

ENFERMAGEM: A CIÊNCIA DA VIDA

VOLUME VIII



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Plínio Ferreira Pires

Enfermagem: a ciência da vida

8ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre

8ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Pires, Plínio Ferreira
P638E Enfermagem: a ciência da vida

/ Plínio Ferreira Pires. – Goiânia-GO

Editora Conhecimento Livre, 2025

145 f.: il

DOI: 10.37423/2025.edcl1234

ISBN: 978-65-5367-737-1

Modo de acesso: World Wide Web

Incluir Bibliografia

1. cuidados 2. prevenção 3. saúde-pública I. Pires, Plínio Ferreira II. Título

CDU: 613

<https://doi.org/10.37423/2025.edcl1234>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORIA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

MSc Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior

MSc Humberto Costa

MSc Thays Merçon

MSc Adalberto Zorzo

MSc Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno

PHD Willian Douglas Guilherme

MSc Andrea Carla Agnes e Silva Pinto

Dr. Walmir Fernandes Pereira

MSc Edisio Alves de Aguiar Junior

MSc Rodrigo Sanchotene Silva

MSc Adriano Pereira da Silva

MSc Frederico Celestino Barbosa

MSc Guilherme Fernando Ribeiro

MSc. Plínio Ferreira Pires

MSc Fabricio Vieira Cavalcante

PHD Marcus Fernando da Silva Praxedes

MSc Simone Buchignani Maigret

Dr. Adilson Tadeu Basquerote

Dra. Thays Zigante Furlan

MSc Camila Concato

PHD Miguel Adriano Inácio

Dra. Anelisa Mota Gregoleti

PHD Jesus Rodrigues Lemos

MSc Karine Moreira Gomes Sales

Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

MSc Pedro Panhoca da Silva

MSc Helton Rangel Coutinho Junior

MSc Carlos Augusto Zilli

MSc Euvaldo de Sousa Costa Junior

Dra. Suely Lopes de Azevedo

Dr. Francisco Odecio Sales

MSc Ezequiel Martins Ferreira

MSc Eliane Avelina de Azevedo Sampaio

MSc Carlos Eduardo De Oliveira Gontijo

Dr. Rodrigo Couto Santos

Dra. Milena Gaion Malosso

PHD Marcos Pereira Dos Santos

CAPÍTULO 1	7
O BRINCAR COMO FERRAMENTA TERAPÊUTICA NO CUIDADO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO	
ISABELA DE FRANCA SOUZA	
Rayane Alves Beserra	
DOI 10.37423/251210533	
CAPÍTULO 2	11
A EXPERIÊNCIA DE PLANEJAR E IMPLEMENTAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO GRUPO ANTI TABAGISMO	
Camila Sanches Tosato	
Rayane Cristine Pereira dos Santos	
Yasmin Orso	
Fernando Roberto Moraes	
Patricia De Gasperi	
DOI 10.37423/251210537	
CAPÍTULO 3	16
ENVOLVIMENTO DO PACIENTE NA HIGIENE DAS MÃOS EM UMA UNIDADE SEMI-INTENSIVA: PERCEPÇÃO E PREFERÊNCIAS	
Maria Júlia Mota Galvão de França	
Priscilla Gonçalves	
Lívia Guimarães Andrade	
DOI 10.37423/251210539	
CAPÍTULO 4	56
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS INTERNADAS POR ACIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO DE 2008 A 2021	
MARIA CRISTINA ALBUQUERQUE SILVA	
SONIA AMANCIO	
DOI 10.37423/251210540	
CAPÍTULO 5	62
REFLEXÕES DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO ACERCA DAS MOTIVAÇÕES PELA FORMAÇÃO E ESCOLHA DA ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO	
Sérgio Guimarães Camara Couto	
Aryane de Jesus Peixoto	
Isabela Canto Ribeiro Monteiro de Barros	
Leonardo Alvarez Santos	
Rayssa Santos das Candeias	
Tharcio Angelo dos Santos	
Maria Manuela Vila Nova Cardoso	
DOI 10.37423/251210543	

CAPÍTULO 6 64

PRIMEIROS SOCORROS NA ESCOLA INFORMAÇÕES QUE SALVAM VIDAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO CURSO DE ENFERMAGEM

Silvana Loreley Gonzalez Tabarez

Anelise Woiciechoski

Daniele Andrade

Nanci da Silva Teixeira Junqueira

DOI 10.37423/251210550

CAPÍTULO 7 77

A INFLUÊNCIA DA ARTETERAPIA NO TRATAMENTO DA PESSOA IDOSA COM TRANSTORNO DEPRESSIVO

Sheyla Tamara Pereira dos Santos

Fabiana de Freitas Figueiredo

Lays Andrade Oliveira

Adriana Delmondes de Oliveira

DOI 10.37423/251210551

CAPÍTULO 8 97

ACOLHENDO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA TERCIÁRIA

Viviane da Conceição Carius Comym

Michelly Ferreira da Silva

David Pereira de Oliveira

Helena Baptista Alves de Oliveira

Maria Eduarda Rodrigues Andrade

Ricardo Teodoro Marques

Fernanda Borges de Aguiar

Carolina Maria de Jesus Rocha dos Santos

Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva

Eliane Ramos Pereira

Janaina Mengal Gomes Fabri

DOI 10.37423/251210554

CAPÍTULO 9 108

PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO COM FOCO NA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CUIDADORES DE PESSOAS COM DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS

Kedma Kaetana Sá Rocha
Izabelle Santos Pereira
Lohan Bacelar Medeiros
Yasmin Lorrane de Souza Araújo
Brehnda Di Paulla Duarte Oliveira
Camilly Silva Pereira
Marlucilena Pinheiro da Silva
Inana Fauro de Araújo
Gerusa Dayanne de Oliveira Medeiros
Débora Prestes da Silva Melo

DOI 10.37423/251210556

CAPÍTULO 10 113

ENFERMALEGRANDO: O BRINQUEDO TERAPÊUTICO COMO INSTRUMENTO DE ENFRENTAMENTO NA HOSPITALIZAÇÃO DE CRIANÇAS COM CÂNCER

Marina Correa da Costa Izidoro
Ludmila Santos de Oliveira
Jessica Ferreira da Silva
Rafaeli Neves BOECHAT Pavuna
Carolina Provedel de Medeiros
Thainá Maria Sant' Anna dos Santos
Vitória Evelyn Oliveira Sabadini
Luiza Valle Moura
Renata da Silva Hanzelmann
Sandra Maria Leal Oliveira

DOI 10.37423/251210557

CAPÍTULO 11 128

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE HOSPITALIZADO COM DENGUE:USO DAS TERMINOLOGIAS E SISTEMA DE APOIO À DECISÃO

Regina Célia dos Santos Diogo
Maria Fernanda Ruschel
Alzira Victor Horácio Ferro
Rosângela Tsukamoto
Jack Roberto Silva Fhon
Heloísa Helena Ciquero Peres
Paula Cristina Nogueira

DOI 10.37423/251210559

Capítulo 1



10.37423/251210533

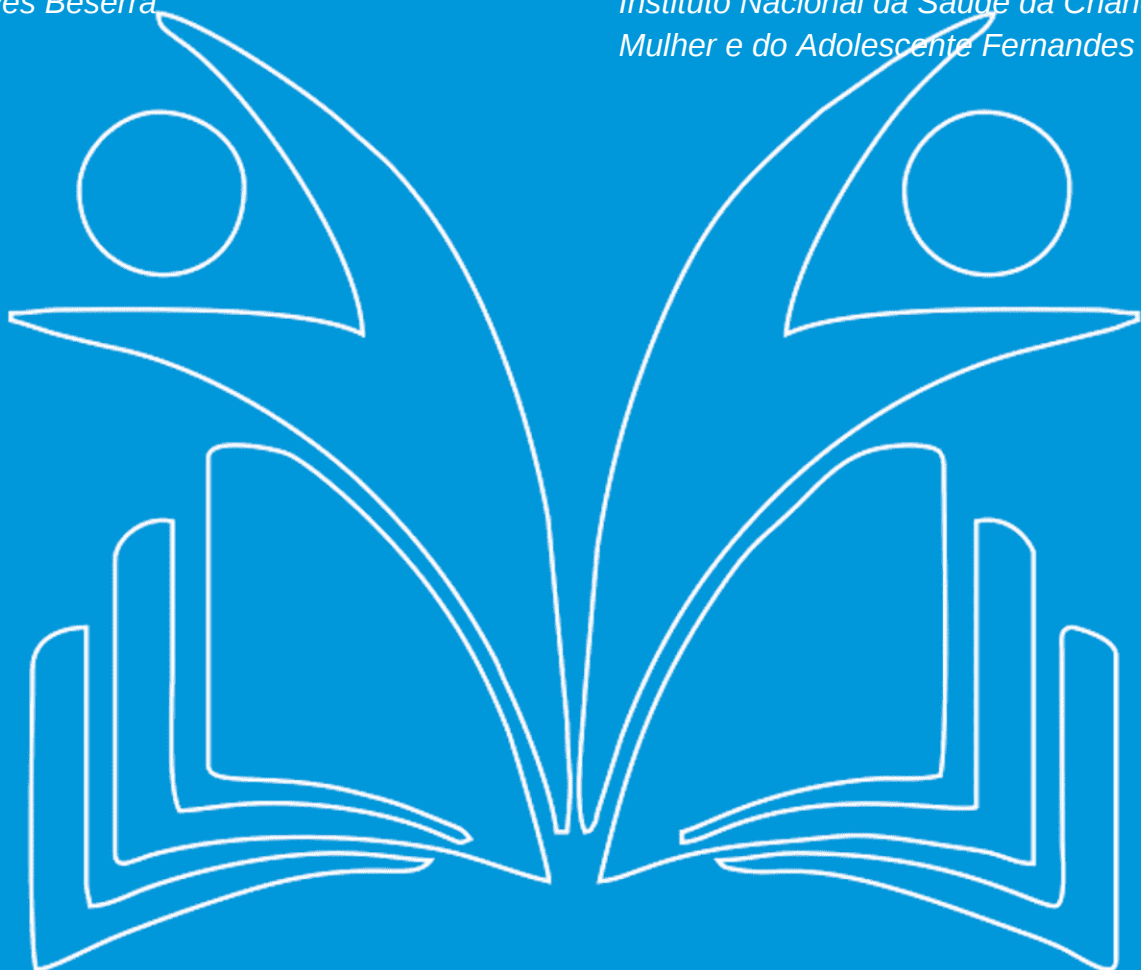
O BRINCAR COMO FERRAMENTA TERAPÊUTICA NO CUIDADO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO

ISABELA DE FRANCA SOUZA

*Instituto Nacional da Saúde da Criança, da
Mulher e do Adolescente Fernandes Figueira*

Rayane Alves Beserra

*Instituto Nacional da Saúde da Criança, da
Mulher e do Adolescente Fernandes Figueira*



INTRODUÇÃO:

Às práticas desenvolvidas no ambiente hospitalar nem sempre estão adequadas à idade do paciente, quando voltado para o paciente pediátrico, tal realidade se agrava devido às peculiaridades do ambiente hospitalar e rotinas próprias, para seres ainda em desenvolvimento que necessitam de uma linguagem adequada a idade para facilitação da comunicação. Tendo isso em vista, pode-se lançar mão de alguns recursos, chamados de tecnologias leves a fim de colaborar para um ambiente mais agradável para essas crianças e adolescentes. Segundo Santos, Jansen e Favero (2010) a hospitalização representa para a criança uma situação diferente de todas as já vivenciadas, haja vista que sua rotina diária é modificada. Ela encontra-se em um ambiente impessoal, repleto de tabus e significados, diferente do seu contexto diário, distante de seus familiares e amigos, e está cercada de pessoas estranhas que a todo o momento a tocam e realizam procedimentos que não raras às vezes lhe causam desconforto. Elias, Moreira e Parra (2017), salientam que o brincar surge como um direito e oportunidade para a criança hospitalizada expor seus sentimentos mais profundos e aliviar suas tensões e estresse decorrentes da hospitalização. **OBJETIVO:** Contribuir com brincadeiras e brinquedos que gerem entretenimento nos momentos livres das crianças em pós e pré operatório quando oportuno e/ou adequado minimizando assim sua ansiedade.

METODOLOGIA:

O presente estudo desenvolveu-se a partir da observação das autoras no cenário prático da residência de enfermagem na unidade de internação cirúrgica pediátrica, onde as mesmas perceberam a necessidade de adicionar uma atividade no tempo ocioso da criança, que aguardava o procedimento. A partir daí, trabalhou - se em cima da ideia do brincar como ferramenta estratégica elencando seus benefícios e embasando seu uso no ambiente de atenção à saúde. A escolha dos brinquedos a serem incluídos na caixa será baseada de acordo com o perfil das crianças e suas idades para melhor aproveitamento do brincar. O brinquedo e/ou jogo será escolhido conforme o estabelecido pelo hospital, sendo necessário ser de material que permita a desinfecção entre os usos, ou seja, de plástico, rígidos e não porosos, a fim de evitar o risco de transmissão cruzada.

RESULTADOS ESPERADOS:

Espera-se reduzir o tempo ocioso das crianças no período de espera através do brincar e promover um melhor enfrentamento desse período.

CONCLUSÃO:

Através do brincar podemos obter várias mudanças no que diz respeito ao cenário hospitalar para a criança, então ao usar tais estratégias, podemos minimizar a despersonalização que ocorre nesse ambiente a fim de melhorá-los para as crianças, reduzindo o estigma que o envolve, provendo saúde física e mental.

Descritores: enfermagem; cirurgia pediátrica; brincar.

REFERÊNCIAS

CONANDA. Resolução nº 41, de 17 de outubro de 1995. Dispõe sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Diário Oficial da União. Brasília, Seção I, p. 16319-16320, 17/10/95.

ELIAS, JS; MOREIRA, ND; PARRA, CRA Importância do Brincar na Hospitalização de Crianças com Câncer. Psicologia.pt; ISSN 1646-6977, publicado em 08.10.2017. [Acesso em: 24/04/2022] Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1121.pdf>>

JANSEN, MF; SANTOS, RM; FAVERO, L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado a criança hospitalizada. Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2010, v. 31, n. 2, pp. 247-253. [Acesso em: 24/04/2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000200007>>.

BRASIL. Lei Nº 11.104, de 21 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Brasília, DF; 11/03/2005.

CARDOSO, MFS, CORRÊA L., MEDEIROS, ANT. A higienização dos brinquedos no ambiente hospitalar. Rev.prat. hosp. [on-line]. 2005: 7(42). [Acesso em: 09/06/2022] Disponível em:<<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2042/pgs/materia%2029-42.html>>.

GESSNER, R; GRUCHOUSKEI, F; BARRICHELO, J; BARROS, CB; & FREIRE, MHS. (2013). Protocolo de desinfecção de brinquedos em unidade de internação pediátrica: vivência acadêmica de enfermagem / Protocol for disinfection of toys in pediatric hospital unit: academic nursing experience> DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v12i1.15053. Ciência, Cuidado E Saúde, 12(1), 184 -188. [Acesso em: 12/06/2022] Disponível em:

<<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15053/pdf>>

Capítulo 2



10.37423/251210537

A EXPERIÊNCIA DE PLANEJAR E IMPLEMENTAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO GRUPO ANTI TABAGISMO

Camila Sanches Tosato

Universidade de Caxias do Sul

Rayane Cristine Pereira dos Santos

Universidade de Caxias do Sul

Yasmin Orso

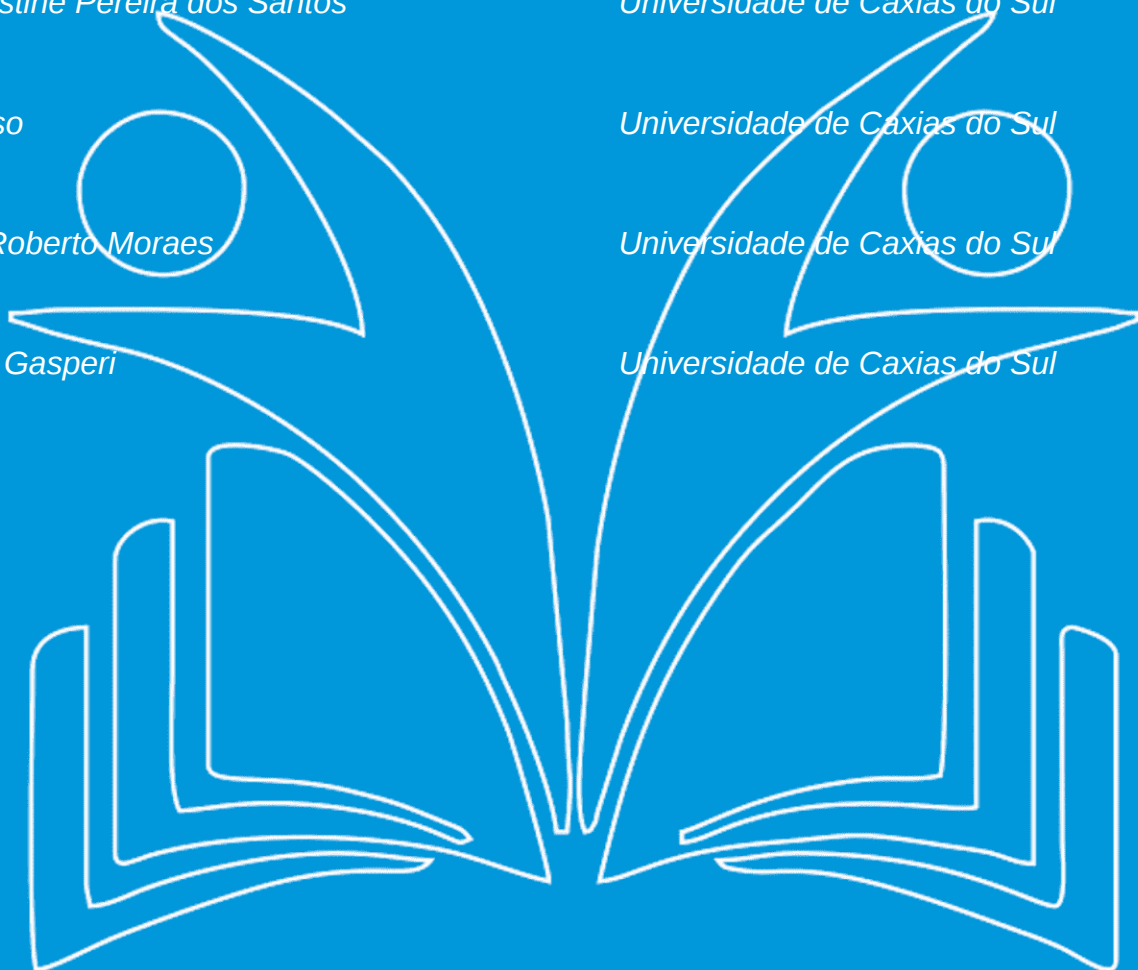
Universidade de Caxias do Sul

Fernando Roberto Moraes

Universidade de Caxias do Sul

Patricia De Gasperi

Universidade de Caxias do Sul



INTRODUÇÃO:

O tabaco remonta desde os primórdios da pré-história, sendo muitas vezes usado em rituais religiosos¹. A pesquisa Vigitel, estima que houve um aumento no número de adultos fumantes no Brasil nos últimos anos, com um salto de 9,3 % para 11,6% entre os adultos². O tabaco é fator de risco, evitável, para diversas doenças, entre elas as cerebrovasculares e diferentes tipos de câncer, e os riscos decorrem tanto do consumo direto como da exposição ao fumo passivo³. O incremento no número de adultos , especialmente mulheres, também pode estar relacionado ao aumento no consumo de cigarros eletrônicos² estes que por sua vez, são também os mais consumidos por adolescentes⁴. O fumo é considerado um problema global entre jovens e adultos. Sabe-se que a principal estratégia para evitar os riscos relacionados ao tabagismo está vinculada à educação em saúde, papel que é assumido pelo enfermeiro⁵ . Educar em saúde implica em planejar e operacionalizar ações de educação que alcancem a população de maneira efetiva, que possibilitem o real compartilhamento de saberes, direcionando-os à busca da saúde. A prevenção ao tabagismo diz respeito ao indivíduo não iniciar o hábito de fumar, à eliminação das fontes de exposição involuntária ao fumo e a promoção de uma educação em saúde atraente, motivadora e efetiva ao abordar o tema junto a adultos e jovens e, para auxiliar neste desafio, o Brasil conta com o Programa Nacional Anti Tabagismo⁶.

OBJETIVO:

Relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem no planejamento e implementação de ações de educação em saúde no combate ao tabagismo.

MATERIAIS E MÉTODOS:

Relato de experiência de acadêmicas no planejamento e implementação de estratégias de educação em saúde no Grupo Antitabagismo em uma UBS do interior do Rio Grande do Sul. As ações relatadas aconteceram em abril e maio 2023 e o público alvo foram pacientes entre 25 e 60 anos que faziam uso de, no mínimo, 40 cigarros diários.

RESULTADO E DISCUSSÃO:

As acadêmicas realizaram uma reunião com os profissionais responsáveis pelo grupo e definiram que a primeira ação seria uma avaliação individual. Após a avaliação, as acadêmicas coordenaram os 5 primeiros encontros que contaram com a apresentação de slides que abordam prejuízos quanto ao uso do cigarro, seguidos de roda de conversa e apoio psicológico com momentos de reflexão, utilizações de Terapias complementares como aromaterapia, musicoterapia, reiki e alongamentos. Estudos evidenciam os benefícios da aromaterapia aplicada por enfermeiros no alívio da fissura por drogas e incremento na qualidade de vida e relaxamento dos usuários, bem como a importância da utilização das Terapias integrativas e complementares no manejo de ansiedade, sentimento comum na população adulta e jovem e nos usuários de tabaco^{7,8}. Ao final dos encontros era proporcionado um coffee break e verificação de sinais vitais, momento em que a integração entre pacientes, e também profissionais, se mostrava ainda mais evidente, destacando a criação de vínculo dos pacientes com as acadêmicas de modo significativo, culminando com a solicitação dos próprios pacientes para que fosse criado um grupo via whatsapp para que pudessem trazer seus relatos, tirarem dúvidas e agendarem uma confraternização fora do grupo. Como retratado por Silva⁹ a equipe de Saúde, na qual inclui-se o enfermeiro, é fundamental na busca pelos pacientes, na educação em saúde e na implementação de ações de prevenção e tratamento do tabagismo.

CONCLUSÃO:

A experiência de gerenciar ações educativas em saúde mostrou-se um desafio para as acadêmicas e também possibilitou uma importante aproximação com a práxis do enfermeiro no campo da educação, possibilitou também perceber a importância de acolher, saber ouvir e apoiar sem julgar. Com esta experiência foi possível também compreender a complexidade dos grupos antitabagismo, uma vez que a busca pelo tratamento e redução no uso do tabaco é multifacetada, incluindo aspectos sociais, emocionais e, muitas vezes, econômicos. Saber ouvir, compreender, criar vínculos verdadeiros e orientar com palavras certas é fundamental para que o sucesso dos grupos antitabagismo se prolongue.

IMPLICAÇÕES PARA O CAMPO DE SAÚDE E ENFERMAGEM:

A união entre pacientes com um mesmo problema e, agora, um mesmo objetivo, mostrar que as ações educativas em saúde podem ser um elo positivo na busca pela mudança de hábitos. O grupo

antitabagismo trouxe diversos benefícios para os pacientes, promovendo a melhora das questões emocionais, sociais e cognitivas.

Descritores: Uso de tabaco, Fumar cigarros, Redução do Consumo de Tabaco, Ações preventivas contra doenças.

REFERÊNCIAS

1. Bernardes Souza B, Patruz Ananias De Assis Pires F, Madeira GM, Felício Da Cunha Rodrigues T, Gatzka M, Heppt MV, et al. Facial aging mobile apps for smoking prevention in secondary schools in Brazil: appearance focused interventional study. *JMIR Public Health Surveill.* 2018;4(3):e10234. doi:10.2196/10234.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2006-2023: tabagismo e consumo abusivo de álcool: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
3. Do Amaral VMF, Da Silva Vieira RC, Warpechowski TR. Programa educacional de prevenção ao tabagismo no meio acadêmico e profissional. *Braz J Health Rev.* 2020;3(3):4980-88.
4. Cigarro eletrônico: 8,7% dos adolescentes usam vapes no Brasil, cinco vezes mais do que o tabaco convencional [Internet]. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2025 [cited 2025 Dec 9]. Available from: <https://www.apm.org.br/cigarro-eletronico-87-dos-adolescentes-usam-vapes-no-brasil-cinco-vezes-mais-do-que-o-tabaco-convencional/>.
5. Goelzer LS. Fumantes sintomáticos sem DPOC com suspeita de doença microvascular pulmonar associada ao tabaco e tratamento com sildenafila: um estudo cruzado, duplo-cego e randomizado [tese]. Campo Grande: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul; 2022.
6. Malta DC, Machado IE, Oliveira NB, et al. O uso de cigarro, narguilé, cigarro eletrônico e outros indicadores do tabaco entre escolares brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019. *Rev Bras Epidemiol.* 2022;25:e220014.
7. Moura ACN de. Construção de cartilha educativa sobre práticas integrativas e complementares no manejo da ansiedade na atenção primária à saúde [monografia]. Teresina (PI): Universidade Estadual do Piauí; 2023. 77 f.
8. Silva NAS. Alívio da ansiedade e da fissura com a aromaterapia: uma revisão integrativa [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2023 [cited 2025 Dec 9] [Internet]. Available from: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/289233>.
9. Silva AMDD da. Plano de intervenção para reduzir o índice de tabagistas nos usuários assistidos pela equipe da Estratégia Saúde da Família de Coqueiro da Cidade de Pintópolis – Minas Gerais [monografia de especialização]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2020.

Capítulo 3



10.37423/251210539

ENVOLVIMENTO DO PACIENTE NA HIGIENE DAS MÃOS EM UMA UNIDADE SEMI-INTENSIVA: PERCEPÇÃO E PREFERÊNCIAS

Maria Júlia Mota Galvão de França

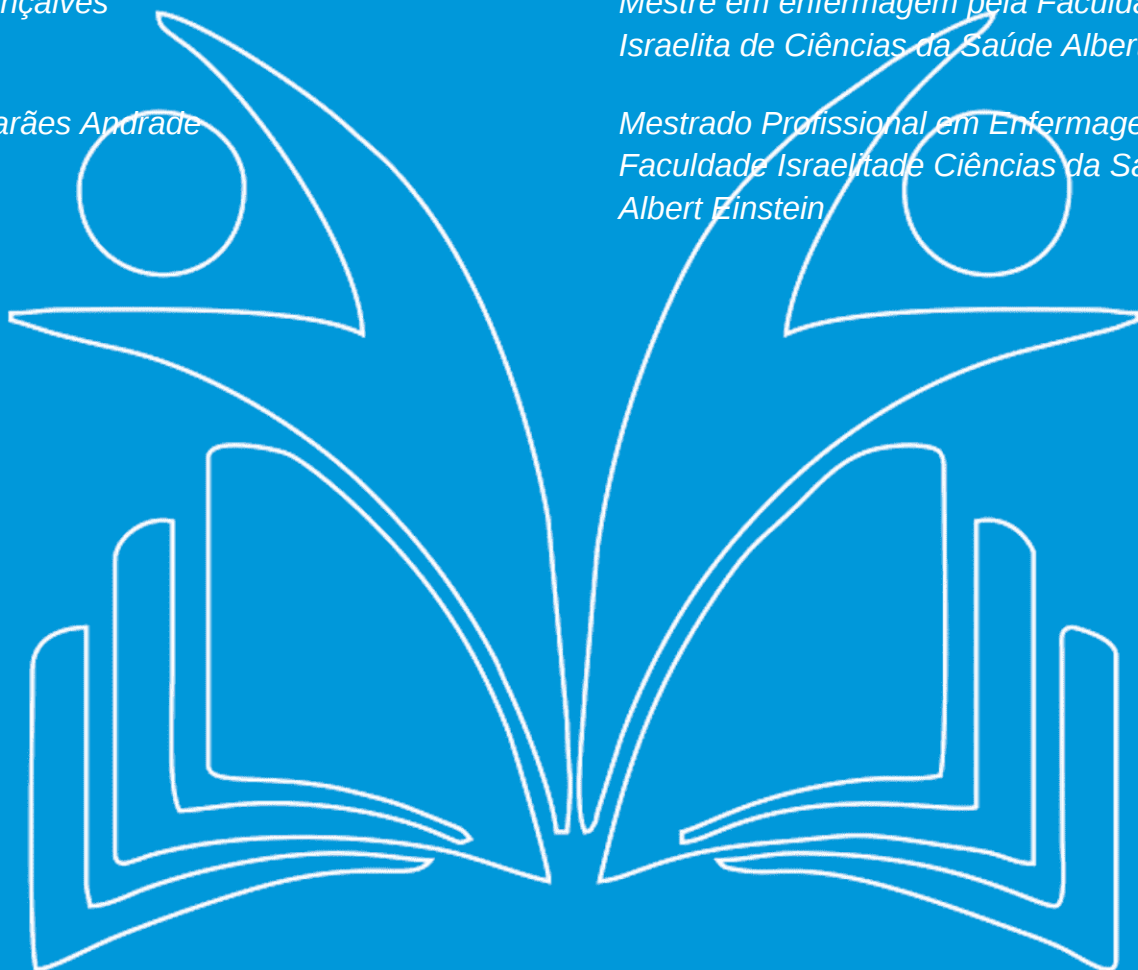
Priscilla Gonçalves

Lívia Guimarães Andrade

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein

Mestre em enfermagem pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein

Mestrado Profissional em Enfermagem pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein



RESUMO:

Introdução: A Higiene das Mãos (HM) é reconhecida como uma das medidas efetivas na prevenção das Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde (IRAS). Como a saúde do paciente pode ser afetada com infecções adquiridas no cuidado assistencial, o mesmo deve ser envolvido no seu autocuidado no que tange a prática da HM. Considerando que este envolvimento faz parte do cuidado centrado no paciente, esta pesquisa teve como **objetivo:** Avaliar a percepção do paciente sobre seu envolvimento na HM, durante sua internação na unidade semi-intensiva; Avaliar se o mesmo reconhece a importância da HM na prevenção das IRAS; Verificar quais as preferências do paciente nas estratégias educativas utilizadas pela unidade sobre a HM e a opinião do paciente acerca da estratégia educativa, sob forma de vídeo produzido pela unidade hospitalar, sobre HM. **Método:** Estudo transversal exploratório descritivo, com abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa 101 pacientes internados no setor de semi-intensiva de um hospital privado na cidade de São Paulo. Para coleta de dados foi utilizado um instrumento validado. **Resultados:** 99 (98%) dos pacientes concordam em participar do seu cuidado em relação a HM e 101 (100%) reconhecem que a HM é importante para prevenção das IRAS. Em relação as estratégias educativas, 47 (42,5%) pacientes preferem “cartazes” para lembrar da prática de HM. **Conclusão:** pacientes reconhecem a HM como medida de prevenção importante para IRAS e demonstram-se dispostos a serem envolvidos no seu próprio cuidado e dos PS. Esta condição, associada as estratégias educativas relacionadas a HM podem apoiar instituições a melhorarem seus resultados na prevenção de IRAS e no cuidado centrado ao paciente.

Descritores: Higiene das Mãos; Envolvimento do paciente; Segurança do paciente; Educação em saúde.

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são reconhecidas como um problema mundial e de saúde pública, no que diz respeito a um maior tempo de internação hospitalar, resistência de microrganismos às medicações, ônus financeiro para o sistema de saúde e o paciente, maior incapacitação dos internados e em casos graves podendo levar a morte. As IRAS são infecções que acometem o paciente durante o processo de assistência, em um hospital ou outro Serviço de Saúde (SS).⁽¹⁾

O paciente que não apresenta evidência clínica no momento da admissão e, após 72 horas de internação, iniciar sinais infecciosos pode ser classificado como IRAS. Ainda, pacientes que apresentem evidências clínicas no momento da internação, seguido de piora clínica durante a internação, também pode ser considerado IRAS. Inclui-se às infecções adquiridas as que aparecem após a alta, e as infecções ocupacionais entre Profissionais de Saúde (PS) da instituição.⁽¹⁾

Nos últimos anos, várias estratégias têm sido desenvolvidas para prevenir e controlar as IRAS visando aprimorar a segurança dos pacientes e PS. Considerando que entre os modos de transmissão microbiana nos SS, as mãos dos PS têm papel central na disseminação de microrganismos para os pacientes, uma área considerada prioritária na Prevenção e Controle das Infecções (PCI) é a melhoria e reforço da importância da prática da HM nos SS.^(2,3)

Ao longo do tempo a inovação tecnológica e seu desenvolvimento contínuo resultou em aprimoramento de estrutura e de processos da HM. Podemos citar, por exemplo: a preparação alcoólica no ponto de assistência que favorece a HM beira leito e o desenvolvimento de produtos que garantem melhor tolerabilidade para as mãos dos PS. No entanto, existem outros fatores que podem impactar a prática da HM e a ocorrência das IRAS, tais como os fatores individuais e organizacionais.^{(2,}

³⁾ Os fatores organizacionais incluem: disponibilizar produtos para a HM. Os fatores individuais incluem: descrever políticas e procedimentos sobre a HM; desenvolver uma cultura de segurança, envolvendo as lideranças e equipes para atuar ativamente na conscientização e melhoria da HM; envolver pacientes e familiares na HM.⁽⁴⁾

Desenvolver cultura de segurança institucional e envolver paciente e seus familiares na melhoria da HM, é um dos cinco componentes da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Entre eles: mudança de sistema, assegurando disponibilidade de infraestrutura necessária; Formação/Educação capacitando e orientando PS;

Envolvimento Do Paciente Na Higiene Das Mãos Em Uma Unidade Semi-Intensiva: Percepção E Preferências

Avaliação e retroalimentação, realizar feedbacks dos funcionários sobre pontos positivos e pontos de melhoria; Lembretes no local de trabalho como folders e cartazes sobre o procedimento e Clima de segurança Institucional garantindo qualidade de HM como prioridade para PS e pacientes.⁽⁵⁾

A campanha “Pacientes para Segurança do Paciente”, uma das seis áreas de ação da Aliança Mundial da OMS, foi projetada para garantir que as perspectivas de pacientes e familiares sejam um ponto de referência central no desenvolvimento do autocuidado do paciente em relação a HM própria e dos profissionais que prestam cuidados. O envolvimento de pacientes e familiares nos SS tem sido recomendado como parte do Cuidado Centrado no Paciente e Família (CCPF).^(6,7)

O CCPF é visto como um planejamento diante as avaliações e prestação de serviços do sistema de saúde que se baseiam em parcerias entre PS e pacientes que garante um cuidado seguro e adequado as necessidades do paciente, esse planejamento é mutuamente benéfico, pois garante o bem-estar do paciente e uma assistência adequada do profissional.⁽⁸⁾

Uma revisão sistemática sobre cuidado centrado no paciente sugeriu que intervenções bem-sucedidas têm as seguintes características-chave: envolver diretamente as perspectivas dos pacientes, usar várias medidas para promover mudanças complexas de comportamento, enfatizar os cuidados centrados nos pacientes e incentivar a equipe para estabelecer e manter uma relação de confiança com seus pacientes. Assim, envolver o paciente a realizar a sua própria HM também pode servir como uma medida importante para prevenir a infecção, e promover um maior envolvimento do paciente em iniciativas de segurança.⁽⁹⁾

Até o momento, as iniciativas para melhorar a prática de HM tiveram como alvo principal os PS. Porém, a inclusão de pacientes nas abordagens de melhores práticas da HM se torna necessária, visto que as áreas e os itens próximos aos pacientes são fontes de transmissão cruzada. Envolver o paciente nesta temática poderá diminuir a transmissão microbiana e risco de IRAS.⁽¹⁰⁾ Portanto, esta pesquisa teve a seguinte questão norteadora: o paciente conhece o seu papel na sua própria HM e na realizada pelos PS? Desta forma, os dados desta pesquisa poderão servir para além de verificar o conhecimento dos pacientes sobre HM e prevenção das IRAS, também identificar as preferências educativas que possam resultar em intervenções de melhoria para um cuidado mais seguro para pacientes e profissionais.

A presente pesquisa foi motivada pelo interesse da autora em incentivar instituições hospitalares ao envolvimento do paciente no seu próprio cuidado e sugerir estratégias educativas mais eficazes, de acordo com a percepção do paciente, para abordar o incentivo à HM.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a percepção do paciente sobre seu envolvimento na HM na unidade semiintensiva.

2.2 Objetivos específicos

Avaliar se o paciente reconhece a importância da HM na prevenção das IRAS.

Verificar quais são as preferências do paciente nas estratégias educativas utilizadas na unidade semi-intensiva sobre a HM.

Verificar a opinião do paciente acerca da estratégia educativa, sob forma de vídeo e produzido pela unidade hospitalar, sobre HM.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Estudo transversal exploratório descritivo com abordagem quantitativa. Nos estudos transversais devem ser realizadas medidas de exposição e efeitos ao mesmo tempo. É utilizada uma abordagem exploratória descritiva quando necessário tornar o problema mais evidente, criando hipóteses, e possibilitando identificar quais características interferem nos problemas levantados pela pesquisa levando em consideração variáveis como idade, sexo ou nível de instrução. A abordagem quantitativa se baseia nos instrumentos estatísticos para que os dados obtidos através das pesquisas possam ser computados e convertidos em números e inclusos em quadros para facilitar a análise.⁽¹¹⁾

3.2 Local de estudo

O presente estudo foi desenvolvido na unidade semi-intensiva do oitavo andar, no bloco A do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), localizado no bairro do Morumbi, cidade de São Paulo - SP.

O setor possui 44 leitos divididos em ala leste, com 22 leitos onde a principal especialidade é a neurologia, e 22 leitos na Ala Oeste onde a principal especialidade é a cardiologia. Entretanto, a depender da ocupação do hospital, o setor pode receber pacientes de diversas especialidades e com níveis de consciência variados. Os pacientes possuem faixa etária média de 67 anos. Com isso, a depender da gravidade e complexidade do mesmo, é permitido a permanência de acompanhantes durante a internação.

No total, 127 PS compõem a equipe multidisciplinar do setor. Em 2021, admitiram-se 276 pacientes, com tempo médio de internação de 4 dias e meio e uma média de altas hospitalares de 272 pacientes e de 4 óbitos. No período de internação os pacientes e acompanhantes são informados dos cuidados adotados, mas ainda não foi implantado no setor uma metodologia de CCPE.

O setor segue a política de HM da instituição, onde os profissionais recebem treinamento in loco sobre HM anualmente. Os pacientes são inseridos em atividades educativas, no momento da admissão ou em até 24 horas após a admissão, juntamente quando passado as orientações do setor. As atividades existentes no setor incluem placa de orientação na porta dos quartos, folder educativo e orientação nos dispensadores de álcool em gel e sabonete. Não há evidências, no setor, de participação ativa do paciente na HM dos profissionais.

3.3 População e Amostra

A pesquisa teve como população alvo pacientes adultos (maiores de 18 anos de idade) internados na unidade do oitavo andar do prédio A do referido hospital privado. A coleta foi intencional, amostra de conveniência.

Os pacientes atenderam aos seguintes critérios de inclusão, para serem convidados a participar da pesquisa:

- Pacientes com internação maior que 24h na unidade semi-intensiva.
- Pacientes com cognição preservada, lúcido e orientado.

Para exclusão do estudo, foram considerados os seguintes critérios:

- Pacientes que apresentaram alguma oscilação cognitiva no decorrer das respostas do questionário.
- Pacientes com programação de exames ou tratamentos que necessitem de saída do setor durante o preenchimento do questionário.

3.4 Instrumento de coleta de dados

Para coleta de dados foi utilizado o instrumento⁽¹²⁾ (ANEXO A) intitulado “Preferências do paciente quanto ao seu envolvimento na prática de higiene das mãos no ambiente hospitalar”, construído e validado pela Enfermeira Renata Guizilini Barison, em sua dissertação⁽¹²⁾ de mestrado na FICSAE defendida no ano de 2018. O instrumento teve como objetivo conhecer a preferência do paciente sobre a sua participação no próprio cuidado e no cuidado prestado pelos PS, na prática de HM.

Possibilitando a identificação da percepção do paciente diante da importância da HM, seu conhecimento sobre IRAS e identificando, possíveis estratégias que sejam pertinentes para demonstrar a importância e forma correta de realização da HM.

O instrumento consistiu em um questionário com 59 questões, sendo suas 09 primeiras questões referente à caracterização do paciente, abordando dados como: idade, ocupação e contato com a área da saúde no cotidiano. As demais questões são divididas em III eixos temáticos para identificar o conhecimento do paciente sobre

IRAS, sendo o eixo I: Percepção do paciente e relação à higiene das mãos realizada pelos profissionais da saúde e pelo próprio paciente em ambiente hospitalar; eixo temático II: Preferência do paciente quanto à sua participação ativa ou passiva na prática de higiene das mãos no ambiente hospitalar e eixo III: Preferências do paciente em relação às estratégias educativas a serem utilizadas para a sua participação na higiene das mãos no ambiente hospitalar. O intuito da divisão em eixos foi para melhor compreensão dos participantes no momento de responder o questionário, com o objetivo de evitar confusão de interpretação e de induzir ou sugerir respostas aos participantes.

Nesta pesquisa, o instrumento validado foi aplicado por meio de google forms em dispositivo eletrônico portátil (tablet), conectado à internet, próprio da pesquisadora. O google forms é uma

ferramenta gratuita que permite que o pesquisador obtenha e organize informações grandes ou pequenas resultantes de uma pesquisa através de questionário. Trazendo como principal vantagem a facilidade na busca de dados e uma ocupação de armazenamento físico muito menor, já que os dados são salvos em drives, proporcionando flexibilidade na aplicação de questionários, otimizando o tempo e os recursos gastos e agilizando o preenchimento e visualização das respostas obtidas. ⁽¹³⁾

3.5 Procedimentos de coleta de dados

Após as aprovações necessárias dos órgãos éticos de pesquisa, a coleta de dados foi iniciada no mês de maio e seguiu até o mês de outubro, com uma duração de 06 meses. Ao chegar no setor, era verificado com a equipe de enfermagem os pacientes que estavam internados e aplicava-se os critérios de inclusão, principalmente no que tange o déficit cognitivo do paciente e tempo de internação.

Feito isto, com tablet em mãos, conectado ao instrumento “Preferência do paciente quanto ao seu envolvimento na prática de higiene das mãos no ambiente hospitalar” via google forms e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) impresso em 02 vias, a pesquisadora abordava os pacientes inclusos nos critérios para realizar o convite de participação no estudo e esclarecer seus objetivos.

Com o aceite em participar e assinatura do TCLE, o paciente iniciava as respostas do Instrumento no tablet com auxílio da pesquisadora. Desta maneira, pacientes com dificuldades de manusear equipamentos eletrônicos não perderam a oportunidade de participar do estudo e a pesquisadora manteve a confidencialidade dos dados.

Durante a leitura do instrumento a pesquisadora permaneceu receptiva a esclarecimentos de dúvidas que surgiam no momento da pesquisa. Considerando a pandemia da COVID-19, a pesquisadora realizou a HM e higiene do tablet entre os usos e manteve a utilização de máscara facial seguindo as normas vigentes do HIAE no período de coleta.

Para registro do número de instrumentos aplicados e alcance dos números estipulados pela estatística, foi preenchido o Guia de Coleta elaborado pela pesquisadora. Para segurança dos dados coletados a pesquisadora salvou diariamente as repostas dos instrumentos em drive.

Vale ressaltar que este projeto cumpriu com as questões éticas e legais com os termos: Termo de Anuência dos Participantes do Projeto, Termo de Anuência dos Gestores da Área, Declaração de Responsabilidade do Pesquisador e o Termo de

Responsabilidade do Pesquisador, assinados por todos os participantes do projeto. 3.6 Análise dos dados

Os dados foram resgatados do google forms, compilados e apresentados em forma de tabelas, gráficos e/ou quadros para posterior análise. Como as variáveis foram todas categóricas (com exceção da idade, que é numérica), foi trabalhado com frequências e porcentagens. Foi estimado as proporções de interesse através de intervalos de 95% de confiança. Para eventuais comparações, foi usado o teste Quiquadrado e/ou o teste de Fisher, com nível de 5% de significância.

3.7 Questões éticas e legais

Tendo em vista as questões ético-legais, a pesquisa foi submetida ao CEP via Plataforma Brasil, sendo aprovada em abril de 2019, pelo número do parecer 5.327.775

A pesquisadora comprometeu-se a manter o sigilo das informações obtidas e a utilizar os dados unicamente para este estudo, por meio do TCLE, que foi apresentado a cada paciente na obrigatoriedade de sancionar qualquer dúvida em relação ao estudo e esclarecer que a participação não traria implicações ao serviço.

Os paciente estiveram à vontade para recusar a participação, garantido e respeitando sua vontade respaldada pela Resolução 466/2012.⁽¹⁴⁾

4 RESULTADOS

Foram abordados para este estudo 104 pacientes com internação superior a 24hrs nas unidades semi-intensiva coronariana e neurológica. Considerando os critérios de exclusão, mantivemos uma amostra de 101 pacientes entre homens e mulheres, diversificando na faixa etária e nível de escolaridade como podemos observar no Quadro 1 abaixo:

Envolvimento Do Paciente Na Higiene Das Mãos Em Uma Unidade Semi-Intensiva: Percepção E Preferências

Quadro 1 – Caracterização dos pacientes participantes.

Variáveis	Total
Idade (anos)	N = 101 (100%)
18 a 30	3 (2,87 %)
31 a 60	34 (33,66%)
61 a 80	43 (42,57%)
Acima 81	21 (20,79%)
Unidade de internação	N = 101 (100%)
Semi Intensiva Neurológica	7 (6,93%)
Semi Intensiva Coronariana	94 (93,07%)
Sexo biológico	N = 101 (100%)
Masculino	62 (61,39%)
Feminino	39 (38,61%)
Escolaridade	N = 101 (100%)
Ensino superior completo	68 (67,3%)
Ensino médio completo	11 (10,9%)
Especialização	10 (9,9%)
Ensino superior incompleto	5 (5%)
Ensino fundamental completo	4 (4%)
Ensino fundamental incompleto	1 (1%)
Mestrado	1 (1%)
Pós-doutorado	1 (1%)
Ocupação	N = 101 (100%)
Trabalhadores de serviços administrativos	40 (39,6%)
Aposentado	20 (19,8%)
Profissionais das ciências e das artes	20 (19,8%)
Desempregado	8 (7,9%)
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio, lojas e mercados	6 (5,9%)
Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca.	2 (2%)
Trabalhadores da produção de bens ou serviços industriais	2 (2%)
Membros superiores do poder público, dirigente de organizações do poder público e de empresas, gerentes	1 (1%)
Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção	1 (1%)
Estudante	1 (1%)
Internação nos últimos 6 meses?	N = 101 (100%)
Sim	101 (100%)
Não	0 (0%)
Conhece alguém que teve infecção hospitalar?	N = 101 (100%)

Envolvimento Do Paciente Na Higiene Das Mãos Em Uma Unidade Semi-Intensiva: Percepção E Preferências

Sim	47 (46,5%)
Não	54 (53,5%)
Acha importante a realização de HM para prevenção de infecção hospitalares?	N = 101 (100%)
Sim	101 (100%)
Não	0 (0%)

A pesquisa foi desenvolvida em eixos. No eixo 1 podemos observar a percepção do paciente em relação à HM realizada pelos profissionais e pelo próprio paciente.

Tal eixo foi constituído de 17 perguntas, sendo 09 relacionadas a percepção da HM dos profissionais e 08 relacionada à HM do próprio paciente. A seguir, serão apresentadas as perguntas relacionadas à HM realizada pelos profissionais, na percepção dos pacientes, na sequência as perguntas relacionadas à HM do próprio pacientes.

Em relação a percepção que os pacientes apresentam diante da HM dos profissionais, foi perguntado quais produtos são utilizados para HM no ambiente hospitalar, sendo que 81 (80,2%) dos pacientes responderam que sabem quais produtos são utilizados. Dos 81 pacientes que alegaram saber foi perguntado quais produtos seriam esses, e a maior parte dos pacientes 42 (51,9%) afirmaram saber que é utilizado “água e sabão e álcool sob forma gel, líquido ou espuma”, porém 33 (40,7%) pacientes que afirmaram que os profissionais utilizam apenas “álcool sob forma gel, líquido ou espuma” e 6 (7,4%) afirmaram que os profissionais utilizam apenas “água e sabão”.

Quando questionado se o paciente tem costume de olhar se o profissional realiza HM, 79 (78,2%) afirmaram que sempre verificam se o profissional realiza HM e 8 (7,4%) afirmaram verificar dependendo do procedimento que será realizado.

Outra pergunta realizada aos pacientes foi se eles sabem em quais situações/procedimentos, os profissionais devem realizar a HM, podemos observar no Quadro 2 a seguir o conhecimento dos pacientes em relação a essas situações de higienização.

Envolvimento Do Paciente Na Higiene Das Mãos Em Uma Unidade Semi-Intensiva: Percepção E Preferências

Quadro 2 – Percepção do paciente em relação a HM dos profissionais.

Eixo Temático	Perguntas	Sim N= 101 (100%)	Não N= 101 (100%)	Não sei responder N= 101 (100%)
Eixo I: Percepção do paciente em relação a HM realizada pelos profissionais	P5 - É necessário realizar HM antes e após tocar o paciente?	100 (99%)	0 (0%)	1 (1%)
	P6 - É necessário realizar HM após ter contato com sague, fezes, urina ou secreções?	101 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
	P7 - É necessário realizar HM após tocar áreas próximas ao paciente?	90 (89,1%)	6 (5,9%)	5 (5%)
	P8 - É necessário realizar HM após retirar as luvas?	74 (73,3%)	20 (19,8%)	7 (6,9%)
	P9 - É necessário realizar HM antes e após realizar medicações, curativos e puncionar veias?	96 (95%)	3 (3%)	2 (2%)

Ainda no eixo 1, serão apresentadas as perguntas em relação a HM dos pacientes. Quando questionado sobre a importância da realização da HM, 98 (97%) dos mesmos afirmaram que acham importante a HM dos pacientes para a prevenção de infecção. Para identificar se a HM desses mesmos pacientes era eficaz ao ponto de prevenção de IRAS, perguntamos se sabiam realizar a técnica correta para HM com “água e sabão e com álcool sob a forma de gel, líquido e espuma”, diante da técnica com “água e sabão” apenas 90 (89,1%) relatou saber a técnica completa e 8 (7,9%) afirmou não saberem a técnica correta, sobre a técnica com “álcool sob forma de gel, líquido e espuma” 85 (84,2%) sabiam realizar a técnica de maneira correta e 13 (12,9%) não sabiam realizar a técnica.

As seguintes perguntas foram direcionadas para as principais situações em que os pacientes consideram necessário realizar a HM, de modo geral, 86 (85,1%) dos pacientes afirmou saber todas as situações que eram necessárias a HM, no entanto 11 (10,9%) relatou não saber as situações necessárias e 4 (4%) não saber responder a questão. Podemos observar no Quadro 3 a seguir o conhecimentos desses pacientes, diante situações específicas questionadas sobre sua própria HM.

Envolvimento Do Paciente Na Higiene Das Mãos Em Uma Unidade Semi-Intensiva: Percepção E Preferências

Quadro 3 – Percepção do paciente em relação a sua própria HM.

Eixo Temático	Perguntas	Sim N= 101 (100%)	Não N= 101 (100%)	Não sei responder N= 101 (100%)
Eixo 1: Percepção do paciente em relação a própria HM.	P14 - É necessário realizar HM antes e após as refeições?	99 (98%)	2 (2%)	0 (0%)
	P15 - É necessário realizar HM antes e após utilizar o banheiro?	100 (99%)	0 (0%)	1 (1%)

A unidade semi-intensiva aceita que os pacientes fiquem com acompanhantes 24hrs, então foi questionado ao paciente sobre a HM dos visitantes ao chegar no quarto, para tocar o paciente e após tocar o paciente. Assim, 101 (100%) dos participantes relataram que acham que os visitantes devem realizar a HM em todas estas situações.

Ao final do eixo, aproveitando que as informações obtidas eram relacionadas também a HM dos pacientes, foi perguntado o que ajudaria a lembrar o paciente de realizar a própria HM. De acordo com as escolhas, a maioria dos pacientes, 46 (45,5%) relatou que o “acesso a informação” é o principal para que todos lembrem de realizar a HM. Entretanto, grande parte da amostra, 37 (36,6%) disseram que “disponibilizar álcool em gel nos dispensers” era o melhor modo de lembrar, 12 (11,9%) dos pacientes preferem a “disponibilidade de água e sabão” como auxílio para lembrar da HM, 3 (3%) relataram que “lavatórios nos quartos” seriam a maneira mais adequada de atentá-los a esta questão e ainda 3 (3%) dos pacientes relataram não saber o que responder.

No eixo 2, quanto as preferências dos pacientes diante à sua participação ativa (lembrando os profissionais da realização da HM quando necessário) e passiva (recebendo orientações específicas dos PS), a grande maioria 99 (98%) dos pacientes não vê problema em participar do próprio cuidado, e apenas 2 (2%) referiram que não gostariam de participar. Desses 99 pacientes que participariam, 61 (61,6%) disseram participar tanto ativamente, quanto passivamente, 29 (29,3%) pacientes participariam apenas de forma passiva e 9 (9,1%) de forma ativa somente.

Aos 70 (69,31%) pacientes que relataram preferência em participar de forma ativa, contemplando os que referiram participar das duas formas, foi questionado se foi necessário solicitar para algum profissional que higienizasse as mãos durante o atendimento/ procedimento, onde 9 (12,8%) relataram que solicitaram e 61 (87,14%) disseram não ser necessário.

Envolvimento Do Paciente Na Higiene Das Mãos Em Uma Unidade Semi-Intensiva: Percepção E Preferências

Dentre os 9 (12,8%) que disseram já ter solicitado a HM, foi questionado qual a resposta do profissional diante do pedido. E, 5 (55,6%) dos pacientes disseram que o profissional realizou a HM, 2 (22,2%) afirmaram que o profissional somente respondeu que já havia realizado a HM e 2 (22,2%) afirmaram que o profissional se recusou a realizar a HM. Para esses 9 (12,8%), foi questionado qual foi a percepção diante a reação do profissional no momento em que foi realizada a solicitação e as respostas foram divididas igualmente, 3 pacientes escolheram cada uma das respostas a seguir: 3 (33,3%) responderam que o profissional se mostrou irritado, 3 (33,3%) responderam que o profissional se mostrou constrangido e 3 (33,3%) o profissional não demonstrou nenhuma reação.

Os Quadros 4 e 5 a seguir apresentam as perguntas e respostas relacionadas a preferência dos pacientes diante a participação ativa, tanto com os cuidados médicos, quanto os cuidados da equipe de enfermagem.

Quadro 4 – Preferência do paciente quanto participação ativa em relação aos cuidados médicos.

Tema da pergunta	Resultados
Se o MÉDICOS(AS) que presta cuidados a você pedisse para lembrá-lo de higienizar as mãos você se sentiria confortável?	Total 70 (69,31%)
Sim	55 (78,6%)
Não	15 (21,4%)
Talvez	0 (0%)
Não sei responder	0 (0%)
Se mesmo com os MÉDICOS(AS) pedindo para lembrar da HM você NÃO se sente confortável, por qual motivo seria ?	Total 16 (22,86%)
Medo	0 (0%)
Timidez/ Vergonha	2 (12,5%)
Acho que não tenho conhecimento suficiente para isso	0 (0%)
Não deveria ser necessário lembrá-lo porque é obrigação do profissional higienizar/ lavar as mãos	14 (87,5%)
Não sei responder	0 (0%)
Se o MÉDICOS(AS) que presta cuidados a você não comentasse nada a respeito da HM você se sentiria confortável em lembrá-lo se fosse necessário?	Total 70 (69,31%)
Sim	46 (63%)
Não	23 (35,6%)
Talvez	1 (1,4%)
Não sei responder	0 (0%)

Envolvimento Do Paciente Na Higiene Das Mãos Em Uma Unidade Semi-Intensiva: Percepção E Preferências

Por qual motivo você se sente confortável mesmo que os MÉDICOS(AS) não comente nada sobre a HM?	Total 46 (65,7%)
Medo de adquirir infecção	29 (63%)
Insegurança quando ao cuidado prestado	8 (17,4%)
É obrigação do profissional higienizar as mãos	9 (19,6%)
Sentimento de desrespeito quanto aos meus direitos	0 (0%)
Não sei responder	0 (0%)

Quadro 5 – Preferência do paciente quando participação ativa em relação aos cuidados da equipe de enfermagem.

Tema da pergunta	Resultados
Se a EQUIPE DE ENFERMAGEM que presta cuidados a você pedisse para lembrá-los de higienizar as mãos você se sentiria confortável?	Total 70 (69,31%)
Sim	60 (85,7%)
Não	10 (14,3%)
Talvez	0 (0%)
Não sei responder	0 (0%)
Se mesmo com a EQUIPE DE ENFERMAGEM pedindo para lembrá-los da HM você NÃO se sente confortável, por qual motivo seria?	Total 10 (14,3%)
Medo	0 (0%)
Timidez/ Vergonha	0 (0%)
Acho que não tenho conhecimento suficiente para isso	0 (0%)
Não deveria ser necessário lembrá-lo porque é obrigação do profissional higienizar/ lavar as mãos	10 (100%)
Não sei responder	0 (0%)
Se a EQUIPE DE ENFERMAGEM que presta cuidados a você não comentasse nada a respeito da HM você se sentiria confortável em lembrá-los se fosse necessário?	Total 70 (69,31%)
Sim	51 (72,8%)
Não	15 (21,4%)
Talvez	1 (1,4%)
Não sei responder	2 (2,9%)
Por qual motivo você se sente confortável mesmo que a EQUIPE DE ENFERMAGEM não comente nada sobre a HM?	Total 51 (72,8%)
Medo de adquirir infecção	34 (66,7%)
Insegurança quando ao cuidado prestado	10 (19,6%)
É obrigação do profissional higienizar as mãos	6 (11,8%)
Não deveria ser necessário lembrá-los, por ser uma obrigação	1 (2%)
Não sei responder	0 (0%)

Envolvimento Do Paciente Na Higiene Das Mãos Em Uma Unidade Semi-Intensiva: Percepção E Preferências

O Eixo 3 abordou as preferências dos pacientes em relação as estratégias educativas a serem utilizadas no ambiente hospitalar. Tal eixo foi constituído de 15 perguntas relacionadas as estratégias, onde 47 (46,5%) pacientes alegaram preferir “cartazes” como estratégia educativa para lembrar da importância da HM durante a internação. A estratégia “orientação verbal” foi preferenciada por 31 (30,7%) dos pacientes entrevistados. O “video educativo” teve 18 (17,8%) pacientes que relataram sua preferência. As estratégias “manual educativo” e “folhetos explicativos” obtiveram igualmente 1 (1%) de preferência. Não souberam responder sobre as suas preferências 3 (3%) dos pacientes. As respostas das especificações relacionadas a tais estratégias são apresentadas nos Quadros a seguir:

Quadro 6 - Preferência dos pacientes em relação a estratégia educativa: cartazes.

Cartazes:	Total 47 (42,5%)
O que você prefere que contenha no cartaz ?	
Informações escritas explicando a técnica de HM	1 (2,1%)
Imagens e legendas explicando a técnica de HM	7 (14,9%)
Informações escritas com imagens explicando a técnica de HM	39 (83%)
Não sei responder	0 (0%)
Em qual local esse cartaz será melhor visualizado ?	
Nas paredes da recepção	11 (23,4%)
Nas paredes próximas aos elevadores	9 (19,1%)
Nos quartos dos pacientes	24 (51,1%)
Nas salas de visita de cada unidade	1 (2,1%)
Não sei responder	2 (4,3%)

Quadro 7 - Preferência dos pacientes em relação a estratégia educativa: orientação verbal.

Orientação verbal	Total 31 (30,7%)
Em qual momento você gostaria de receber a orientação ?	
Na chegada na unidade	21 (67,7%)
Nas visitas diárias	3 (9,7%)
Durante a realização de algum procedimento	4 (12,9%)
Na alta hospitalar	0 (0%)
Não sei responder	3 (9,7%)
Por qual profissional você gostaria de ser orientado ?	
Enfermeiro(a) da unidade	4 (12,9%)
Enfermeiro(a) do Serviço de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH)	3 (9,7%)
Fisioterapeuta	0 (0%)
Médico(a)	1 (3,2%)

Envolvimento Do Paciente Na Higiene Das Mãos Em Uma Unidade Semi-Intensiva: Percepção E Preferências

Técnico(a) de enfermagem	0 (0%)
Qualquer profissional da saúde	23 (74,2%)

Quadro 8 - Preferência dos pacientes em relação a estratégia educativa: vídeo educativo.

Vídeo educativo:	Total 18 (17,8%)
Quem você prefere que apareça apresentando o vídeo educativo ?	
Desenhos de animação falando sobre HM	3 (16,7%)
Paciente reais falando sobre a importância da HM e quando a realizar	3 (16,7%)
Atores falando sobre a importância, quando a realizar e a técnica correta	0 (0%)
Profissionais de saúde falando sobre a importância, usando realizá-la e a técnica correta	7 (38,9%)
Não sei responder	5 (27,8%)
Qual o melhor local para apresentação do vídeo ?	
Na televisão da sala de espera da recepção central	6 (33,3%)
Na televisão das salas de visita das unidades de internação	1 (5,6%)
Na televisão dos quartos dos pacientes	7 (38,9%)
Na televisão da cafeteria frequentada por paciente e visitantes	2 (11,1%)
Não sei responder	1 (5,6%)
Todos	1 (5,6%)
Qual o tempo mais adequado para o vídeo ?	
De 1 a 5 minutos	14 (77,8%)
De 6 a 10 minutos	1 (5,6%)
De 11 a 15 minutos	1 (5,6%)
Acima de 15 minutos	1 (5,6%)
Não sei responder	1 (5,6%)

Quadro 9 - Preferência dos pacientes em relação a estratégia educativa: folhetos explicativos.

Folhetos explicativos:	Total 1 (1%)
O que você prefere que contenha no folheto explicativo ?	
Informações escritas explicando a técnica de HM	0
Imagens e legendas explicando a técnica de HM	0
Informações escritas com imagens explicando a técnica de HM	1 (100%)
Não sei responder	0

Envolvimento Do Paciente Na Higiene Das Mãos Em Uma Unidade Semi-Intensiva: Percepção E Preferências

Em qual local essa folhetos deveriam estar ?	
Na recepção de entrada do hospital	0
Nos balcões de atendimento	0
Nos postos de enfermagem das unidades	0
Nos quartos dos pacientes	1 (100%)
Na cafeteria frequentada por paciente e visitantes	0
Não sei responder	0

Quadro 10 - Preferência dos pacientes em relação a estratégia educativa: manual educativo.

Manual educativo	Total 1 (1%)
O que você prefere que contenha no manual educativo ?	
Informações escritas explicando sobre a técnica de HM	1 (100%)
Desenhos ilustrativos mostrando a técnica e os 5 momentos da HM	0 (0%)
Apenas poucas páginas para leitura	0 (0%)
Informações escritas com desenho sobre a técnica e os 5 momentos da HM	0 (0%)
Não sei responder	0 (0%)
Qual o melhor momento para entregar o manual ao paciente ?	
Nos balcões de atendimento ao paciente	0 (0%)
Na sua chegada a unidade de internação	1 (100%)
Na sua chegada ao quarto	0 (0%)
Não sei responder	0 (0%)

Para finalizar o Eixo 3 serão apresentados os resultados em relação ao vídeo educativo. Ao fim da aplicação do instrumento, os participantes assistiram a um vídeo de dois minutos elaborado pelo SCIH em parceria com a unidade semi-intensiva. O vídeo abordava a importância da HM, convidando o paciente a participar do seu cuidado e indicando que não há nenhum problema em lembrar um profissional de saúde sobre a HM. Os participantes assistiram ao vídeo e relataram suas opiniões, apresentadas no Quadro 11 a seguir:

Quadro 11 – Opinião dos pacientes em relação ao vídeo educativo do setor da semi- intensiva coronariana HIAE.

Vídeo HIAE:	Total 101 (100%)
Sobre o conteúdo ?	
Ótimo	47 (46,5%)
Bom	51 (50,5%)
Suficiente	1 (1%)

Envolvimento Do Paciente Na Higiene Das Mãos Em Uma Unidade Semi-Intensiva: Percepção E Preferências

Insuficiente	2 (2%)
Não sei responder	0 (0%)
Sobre o tempo de duração ?	
Ótimo	19 (18,8%)
Bom	66 (65,3%)
Curto	0 (0%)
Longo	15 (14,9%)
Não sei responder	1 (1%)
Em qual momento deveria ser apresentado ?	
No momento da internação	63 (62,4%)
No primeiro dia, após receber todas as orientações da unidade	11 (10,9%)
No segundo dia de internação	22 (21,8%)
Não sei responder	5 (5%)
Após a apresentação do video você se sentiria confortável em solicitar que os profissionais realizassem HM quando necessário ?	
Sim	87 (86,1%)
Não	12 (11,9%)
Não sei responder	2 (2%)

5 DISCUSSÃO

Pode-se analisar que a maior parte dos pacientes 43 (42,57%) entrevistados foram do sexo masculino e com idade entre 61 e 80 anos. Fato esperado para um setor com unidade coronariana, considerando que a prevalência de Insuficiência Cardíaca (IC) é proporcional ao envelhecimento e mais comum a partir dos 60 anos em pacientes do sexo masculino.⁽¹⁵⁾ Entretanto, uma pesquisa realizada em unidade coronariana indica que a maior parte dos pacientes afetados por IC foram do sexo feminino.⁽¹⁶⁾

Mesmo a maior parte dos participantes apresentando um nível elevado de escolaridade, identificamos uma diferença considerável nos níveis, onde 80 (79,2%) dos pacientes apresentavam níveis de escolaridade acima do superior completo, o restante, 21 (20,9%) relatou interromper os estudos em níveis de escolaridade mais baixos, que foram de ensino fundamental completo até ensino superior

incompleto. Porém, isso não mudou o fato de 100% dos participantes entenderem a HM como uma prática importante para a prevenção de IRAS.

No entanto, o conhecimento do paciente sobre a importância da HM pode não ser suficiente para engajá-lo em participar do seu próprio cuidado. Um estudo demonstra que embora os pacientes tenham consciência que os PS devem higienizar as mãos antes do contato com eles e que a HM é uma medida que pode evitar infecção, cerca de dois terços dos pacientes não pretendem solicitar para um PS higienizar as mãos mesmo notando falha no HM. ⁽¹⁷⁾

Observou-se que 100% dos pacientes alegaram ter passado por internações recentes (nos últimos 6 meses). Um estudo que analisou a recorrência de internação em idosos, explica que há um aumento nas reinternações em decorrência da idade avançada, pois aumenta a predisposição para doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Melitus (DM) e Infecções do Trato Urinário (ITU).⁽¹⁸⁾

Diversas variáveis podem interferir no engajamento dos pacientes sobre o seu papel na melhoria da HM. Um estudo demonstrou que pacientes com menos internações são mais receosos em questionar os PS sobre HM, diferentes de pacientes que já tiveram história de infecção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MSRA) que são mais dispostos a questionar. ⁽¹⁹⁾

Nesta pesquisa, 54 (53,47%) dos pacientes alegaram não conhecerem pessoas que já foram expostas a IRAS. Porém, vários estudos divulgam altos índices de IRAS em diversos setores e tipos de pacientes. Uma pesquisa em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), relatou a ocorrência de infecção hospitalar relacionada a diversos dispositivos, ultrapassando os limites estabelecidos.⁽²⁰⁾ Em outra pesquisa, realizada em unidade semi-intensiva, analisando a população idosa, foi possível perceber um grande aumento na taxa de infecções hospitalares. Dentre 332 pacientes idosos estudados, 72 apresentaram infecções hospitalares.⁽²¹⁾

Independente das diferenças de idade e níveis de escolaridade entre os pacientes, 100% afirmam entender que a HM é de grande importância como medida preventiva para IRAS. Uma pesquisa realizada em 2020, em uma unidade de internação hospitalar, reforça a realização da HM para minimizar a ocorrência de IRAS, considerando que é o método mais efetivo para diminuição dos indicadores e garantindo também a segurança do paciente.^(22, 23, 24)

Envolvimento Do Paciente Na Higiene Das Mãos Em Uma Unidade Semi-Intensiva: Percepção E Preferências

Na unidade semi-intensiva, onde foi realizada esta pesquisa, os pacientes mantêm dispositivos invasivos durante seu tratamento e realizam cirurgias de diversos seguimentos. Vale reforçar que a HM deve acontecer com maior cuidado e atenção quando os pacientes apresentarem esses dispositivos e principalmente quando submetidos a procedimentos cirúrgicos.⁽²²⁾

Estratégias educativas sempre foram implementadas para incentivar a prática de HM, tanto aos PS quanto a população em geral, entretanto uma pesquisa recente realizada durante a pandemia da COVID-19 indica que a adesão da população à HM só se tornou significativa a partir do período pandêmico. Antes deste marco, as estratégias quase sempre se mostravam sem relevância estatística.⁽²⁵⁾

Para garantir entendimento eficaz dos PS em relação a HM, estudos indicam que as práticas convencionais, como orientações e realizar treinamentos periódicos, se mostram muitas vezes ineficientes, sendo necessárias novas estratégias para adesão total dos PS. É importante ser reforçada a HM de forma correta e efetiva, utilizando medidas inovadoras. Um bom ponto para se atentar é a dificuldade em controlar as infecções, reforçando para os PS e pacientes como é importante a sua participação e inibindo as falhas de comunicação existentes.⁽²⁶⁾

Para reforçar ainda mais a HM no ambiente hospitalar, a OMS e ANVISA criaram o protocolo para a prática de HM, esclarecendo a necessidade de que ela seja realizada de forma correta, visando a segurança do paciente e do profissional, criando os 5 momentos que necessitam da HM. Estes momentos incluem: antes de tocar o paciente; antes de realizar um procedimento; após risco de exposição a fluidos corporais; após tocar o pacientes e após tocar superfícies próximas ao pacientes. A OMS padronizou esses momentos para que todos os PS façam a técnica de forma padronizada e que os pacientes saibam desses momentos para que possam participar do seu cuidado.^(23,27)

Acesso a informação, de acordo com 46 (45,5%) dos pacientes é a melhor maneira de garantir a propagação da importância da HM. Os pacientes pontuam que apenas a disponibilização de lavatórios, água e sabão e álcool sob forma de gel não garante a realização da HM. No ano de 2010 a RDC Nº42 passou exigir disponibilização de preparação alcoólica para HM. locais de assistência em saúde. Vale acrescentar que mesmo pacientes com baixos níveis de escolaridade referem que acesso à informação é a melhor maneira de propagação da importância da HM de forma correta.⁽²⁸⁾

Envolvimento Do Paciente Na Higiene Das Mãos Em Uma Unidade Semi-Intensiva: Percepção E Preferências

Foi possível analisar que os pacientes em sua maioria 98 (99%) concordam em participar do seu próprio cuidado em relação a HM e que estão abertos as orientações sobre esse tema. A Portaria nº 529 de 2013 do Ministério da Saúde que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) diz que se deve incluir o paciente em qualquer iniciativa voltada a seu próprio cuidado, visando a segurança do mesmo.⁽²⁹⁾ Vale ressaltar, que para inserir o paciente no seu próprio cuidado é necessário ter uma equipe preparada, uma mudança de cultura, considerando que os PS estão acostumados aos pacientes apenas aceitarem o cuidado que lhe é prestado sem interferências.

Um estudo aborda que as instituições devem estar preparadas para abraçar este novo conceito, evitando afetar o relacionamento entre paciente e PS e experiência dos pacientes de cuidado. Para alguns PS, pode ser difícil aceitar ser desafiado pelos pacientes, o que poderia ter um efeito negativo na relação entre eles.⁽³⁰⁾ Outro estudo aborda que a atitude defensiva dos PS é uma grande barreira a ser removida, além da resistência, do distanciamento emocional e atitudes negativas que podem reduzir significativamente a eficácia do envolvimento dos pacientes.⁽³¹⁾

Campanhas de HM, como por exemplo, a campanha Clean Your Hands da Agência Nacional de Segurança do Paciente de 2004, que envolve pacientes como parceiros, é uma ferramenta útil para aumentar a adesão à HM dos PS. Entretanto, as instituições devem estar preparadas para aderir este novo conceito, evitando afetar o relacionamento entre pacientes e PS e as experiências de cuidado dos pacientes.⁽³²⁾

Uma pesquisa alega que mesmo sendo desafiadora a inclusão dos pacientes é fundamental para a qualidade e segurança do cuidado. E, explica que após a inclusão dos pacientes no seu próprio cuidado, estes prestaram grande apoio facilitando a adesão dos profissionais, que receberam treinamentos específicos para prestar uma orientação eficaz aos pacientes.⁽³²⁾

A pesquisa supracitada acrescenta que antes de incluir os pacientes é necessário saber quais são os conhecimentos que eles possuem, sobre os 5 momentos de HM e experiências vivenciadas em relação a essa prática. Esse tópico foi abordado na presente pesquisa, no Eixo 1 discutindo informações que os pacientes detinham sobre a HM dos profissionais e de sua própria HM.⁽³²⁾

Os pacientes entrevistados referiram se sentirem mais confortáveis em lembrar um enfermeiro do que um médico, mesmo se o profissional dissesse para lembrá-lo. Esse mesmo resultado foi descrito em

outros estudos.^(25, 33) Outra pesquisa refere que este tipo de comportamento sugere um relutância em contrariar figuras de autoridade.⁽³⁴⁾

Um estudo realizado demonstrou que caso o PS não sinalize para os pacientes que se sente confortável em ser questionado, os pacientes apresentam restrições em pedir que os PS realizem a HM. Neste trabalho, apenas 57% dos pacientes concordaram em solicitar essa higienização. Porém, caso o PS deixe claro para o paciente, que pode questionar e solicitar sobre a HM a qualquer momento, os resultados dobram, onde antes apenas 34% dos pacientes lembrariam a equipe de enfermagem, após a comunicação a adesão de pacientes subiu para 83%, e com a equipe médica os dados subiram de 30% para uma adesão de 78%. Mesmo assim, percebemos que os pacientes ainda tem alguma restrição em pedir aos médicos, ao contrário do que seria com a equipe de enfermagem.

Em outros casos os pacientes não deixavam de falar por medo, mas sim por presumirem que os PS já haviam realizado a HM ao entrar no quarto, pois faz parte da rotina, outros imaginavam que podiam confiar neles e que não esqueceriam de realizar essa prática por estarem em ambientes hospitalares. Por esse motivo, mesmo os pacientes sabendo que é necessário a realização da HM para evitar IRAS, apenas 77% pediriam aos profissionais para realizá-la.⁽³⁵⁾

Para garantir a participação dos pacientes, eles devem ser orientados para que a informação correta seja disseminada. Quando questionado como os pacientes gostariam de ser orientados, optaram por diversos métodos de obtenção de informações, porém o mais escolhido foi a “orientação verbal”. De acordo com os relatos é um meio mais próximo e com garantia de entendimento maior. Porém, mesmo a “orientação verbal” sendo a estratégia preferida, os pacientes comentaram não ser realizada pelo PS no setor.

De acordo com as respostas obtidas a estratégia mais escolhida entre os 101 participantes foi o “cartaz” que segundo os pacientes deixa a informação mais nítida e é um modo mais rápido de absorção da informação. Pontuam que os catazes poderiam ser instalados em diversos lugares, principalmente no elevadores, onde foi relatado que os pacientes ficam sem “nada para ver” e o cartaz seria lido “mais frequentemente e com mais atenção”. Um estudo realizou uma avaliação sobre como os pacientes recebem as mensagem dos cartazes e foi evidenciado que se a mensagem for escrita de forma correta e sucinta, pode servir como um lembrete visual e de encorajamento muito eficiente para a inclusão do pacientes na prática de HM.⁽³⁶⁾

Um estudo indica que a utilização de folhetos e manuais educativos, reforçando aos pacientes a importância da parceria deles com os PS, apresentaram uma adesão muito boa, onde 80 – 90% disseram ter lido os folhetos.⁽³⁵⁾ Porém, neste presente estudo quando oferecido aos pacientes a opção de folhetos e/ou manuais educativos, de 101 que compõem a amostra completa, apenas 2 escolheram umas dessas duas opções, indicando que não é uma estratégia que apresentariam uma adesão de qualidade e poderia não apresentar nenhum impacto na participação desses pacientes.

Como outra opção de estratégia educativa, o HIAE realizou a elaboração de um vídeo, convidando os pacientes a participarem do seu cuidado e demonstrando que os profissionais estão abertos para essa cobrança. Um estudo realizado em uma UTIP realizou a apresentação de um vídeo aos pais para que estivessem aptos a realizar a cobrança dos PS e foi relatado que a adesão desses pais foi boa, apresentando uma forte motivação em aprender para garantir a segurança de seus filhos.⁽³⁶⁾

Neste presente estudo os pacientes consideraram o vídeo com conteúdo e tempo adequados, mas não seria a escolha dos pacientes como estratégia educativa, de acordo com os relatos “por ser algo que demanda tempo para a apresentação e algo que eles deveriam assistir em um momento especificado pelo hospital, não apenas no momento de sua escolha”. Mesmo os pacientes não escolhendo essa estratégia, após a demonstração do vídeo a quantidade de pacientes que se sentiriam confortáveis em pedir para os profissionais HM aumentou. Mas, se fosse o caso de se tornar uma rotina apresentarem esse vídeo, os pacientes relataram que preferem que os próprios PS relatem as orientações específicas e os momentos em que devem ser lembrados. Ao questionar aos pacientes o melhor momento de apresentação desse vídeo, a maioria relatou que seria na chegada do paciente no setor, porém dependendo das condições clínicas do paciente.

Um estudo aborda que as estratégias de promoção à HM que envolvam o empoderamento dos pacientes devem fazer parte de uma abordagem multifacetada e incluir pelo menos um dos seguintes elementos: ferramentas educacionais, ferramentas de motivação e lembretes. Além de incluir a permissão explícita ao paciente para lembrar o PS sobre a HM⁽³⁶⁾, o que corrobora com as preferências apresentadas pelos pacientes neste trabalho.

6 CONCLUSÃO

Após a realização deste estudo, foi possível identificar que todos os pacientes reconhecem a HM como medida de prevenção importante para IRAS, mesmo que nunca tenham presenciado nenhum caso de

Envolvimento Do Paciente Na Higiene Das Mãos Em Uma Unidade Semi-Intensiva: Percepção E Preferências

IRAS na família e/ou pessoas próximas e independente do seu nível de escolaridade. Ainda, demonstram-se dispostos a serem envolvidos no seu próprio cuidado da HM e dos PS, entendendo o intuito do cuidado centrado no paciente.

Dentre as estratégias educativas para orientação sobre HM, como: orientação verbal, cartaz, folheto educativo, manual educativo e vídeo educativo, a estratégia com maior escolha, na percepção do paciente, foi “cartazes”. De acordo com relatos dos pacientes, o fato de poder ser fixado em diversos pontos dos hospitais facilita a disseminação de informação e se forem realizados com imagens seguidas de legendas garante um entendimento mais direcionado da informação.

Em relação a estratégia adotada pelo HIAE (o vídeo educativo), mesmo não sendo a estratégia preferida, garantiu a eficiência da disseminação de informações. Pois grande parte dos pacientes que não se sentiam confortáveis em lembrar os PS de realizar a HM, após visualização do vídeo, relataram que assistir os profissionais pedindo para que os pacientes participem do próprio cuidado, fez com que a opinião mudasse e se mostraram mais receptivos a solicitar que o PS realizem a HM.

Conclui-se que se faz necessário incentivos para incluir o paciente no seu próprio cuidado e no cuidado executado pelos PS, em relação à HM. Visando a prevenção das IRAS e segurança da assistência por parte dos dois participantes (PS e paciente). Os pacientes se apresentam receptivos à essa inclusão e entendem sua importância. Esta condição, associado as estratégias educativas relacionadas a HM podem apoiar instituições a melhorarem seus resultados na prevenção das IRAS e no avanço da inclusão do cuidado centrado no paciente.

REFERÊNCIAS

1. World health organization. WHO Report on the burden of endemic health care- associated infection worldwide clean care is safer care [Internet]. WHO 2011 [Citado em 2021 Nov 7]. Disponível em: www.who.int/iris/handle/10665/80135
2. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Guideline for hand hygiene in health-care settings recommendations of the healthcare infection control [Internet]. Atlanta: CDC; 2002 [Citado em 2021 Nov 7]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf2>
3. World Health Organization. WHO Guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge clean care is safer care [Internet]. WHO 2009 [Citado em 2021 Nov 7]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf
4. The Joint Commission. TJC Measuring hand hygiene adherence: overcoming the challenges [Internet]. TJC 2009 [Citado em 2021 Nov 7]. Disponível: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh_monograph.pdf
5. Organização Mundial da Saúde. OMS Guia para a implementação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higiene das mãos [Internet]. OMS 2009. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Guia_de_Implementao_estrategia_multimodal_de_melhoria_da_HM.pdf
6. World Health Organization. WHO Patients for patient safety. Partnerships for safer health care. [Internet]. WHO 2013 [Citado em 2021 Nov 7]. Disponível: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en
7. Conway J, Johnson B, Edgman-Levitan S, Schlucter J, Ford D, Sodomka P, et al. Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system [Internet]. 2006. [Citado em 2021 Nov 7]. Disponível em: http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/PartneringwithPatientsandFamilies.a_spx
8. Cruz AC, Pedreira M da LG. Cuidado Centrado no Paciente e Família e Segurança do Paciente: reflexões sobre uma proximidade emergente. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2020;73(6):e20190672. Available from: <http://www.scielo.br/j/reben/a/mk8PrbvG7bZ696PkRBvHXcK/?lang=pt&format=html>
9. Schwappach DL. Review: engaging patients as vigilant partners in safety: a systematic review. Med Care Res Rev. 2010 [Citado em 2021 Nov 7]. Apr;67(2):119-
48. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1077558709342254>
10. Pittet D, Allegranzi B, Sax H, Dharan S, Pessoa-Silva CL, Donaldson L, et al. WHO Global Patient Safety Challenge, World Alliance for Patient Safety. Evidence- based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. Lancet Infect Dis. 2006 [Citado em: 2021 Nov 7]. Oct;6(10):641-52. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17008173/>
11. Bonita R, Beaglehole R, Kjellstrom T. Epidemiologia básica [livro eletrônico]. São Paulo, Santos; 2010. [Citado em 2021 Nov 7] Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43541/9788572888394_por.pdf?sequence=5

Envolvimento Do Paciente Na Higiene Das Mãos Em Uma Unidade Semi-Intensiva: Percepção E Preferências

12. Barison, R.G. Preferências do paciente sobre o seu envolvimento na prática de higiene das mãos no ambiente hospitalar: construção e validação de um instrumento. 2018. 294p. Dissertação (mestrado) – Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo – SP, 2018.
13. George W, Lucas J. Desenvolvimento de questionário para coleta e análise de dados de uma pesquisa, em substituição ao modelo google forms [trabalho de conclusão de curso]. [Ponta Grossa]: Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Faculdade de Informatica; 2017. 51 f.
14. Brasil. Ministério da saúde. Conselho nacional de saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2013 Dez 12; Seção 1.
15. Original A. Avaliação de pacientes com insuficiência cardíaca admitidos em hospital secundário. 2021;19(2):89–96. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/808/460>
16. Frazão RDF, Abreu RNDC de, Cavalcante T de MC, Sampaio LRL. Avaliação E Desfecho Dos Pacientes Atendidos No Serviço De Emergência Com Queixa De Dor Torácica. Rev. Enferm e Atenção à Saúde. 2022;10(3). Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/4770/5941>
17. Longtin Y, Sax H, Allegranzi B, Hugonnet S, Pittet D. Patients' beliefs and perceptions of their participation to increase healthcare worker compliance with hand hygiene. Infect Control Hosp Epidemiol. 2009 Sep;30(9):830–9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19642899/>
18. Original A. RECURRENCE OF HOSPITALIZATION FOR URINARY TRACT INFECTION IN ELDERLY. 2021;12(4):767–72. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4562/1227>
19. Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. Br J Nurs. 2007 Jan 11-24;16(1):34-8. doi: 10.12968/bjon.2007.16.1.22713. Retraction in: Bailey A. Br J Nurs. 2007 Aug 9-Sep 12;16(15):915. PMID: 17353833. Disponível em:
20. Arantes A, da Silva Carvalho E, Medeiros EAS, Farhat CK, Mantese OC. Use of statistical process control charts in the epidemiological surveillance of nosocomial infections. Rev Saude Publica. 2003;37(6):768–74. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Z5C5Hy73rxLWqxkxJ6Xwprq/?format=pdf&lang=pt>
21. Fortes Villas Bôas PJ, Ruiz T. Occurrence of hospital infection among interned elderly in a university hospital. Rev Saude Publica. 2004;38(3):372–8. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v38n3/20653.pdf
22. Bastos DC. ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação GESTÃO DA TERAPÊUTICA INALATÓRIA NAS. 2018; Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35450/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado_Paula%20Campos.pdf

Envolvimento Do Paciente Na Higiene Das Mãos Em Uma Unidade Semi-Intensiva: Percepção E Preferências

23. Diego Victoria, Ruben Edgard Figueroa, Rogério da Silva Lima, Dirceu Raposo Mello ASQ, Silva JA Da, Brito, Maria Cecília Martins CM. Anexo 01 : PROTOCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE *. Oms/anvisa/ Fiocruz. 2013;1–64. Disponível em:

<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002347fQHsQg.pdf>

24. ANVISA. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos. Agência Nac Vigilância Sanitária [Internet]. 2009;109. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/segurancapaciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf

25. Tipple AFV, Mendonça KM. Adesão à higiene de mãos: uma herança esperada da pandemia da COVID-19. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2021;23:1–3. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/68921> <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/4xqmd%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/93znf> Bueno AAB, Cardoso RB, Fassarella CS, Camerini FG, Caldas CP. Segurança do paciente: Vol. 19, Ciência, Cuidado e Saúde. 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

26. Siman AG, Dutra CCF, Amaro M de OF, Cunha SGS, Santos FBO. Ações para reduzir o risco de infecções relacionados à assistência à saúde. Saúde e Pesqui. 2020;13(3):485–93. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/8340/6360>

27. Recursos DDE, Drh H. Universidade Federal Do Estado Do Rio De Janeiro - Unirio. 2008;1–4. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/1026450/relatorio-de-pesquisa-carmem-alves.pdf>

28. Brasil. Ministério da saúde. Conselho nacional de saúde. Resolução n. 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2010 Out 10;

29. Bueno AAB, Cardoso RB, Fassarella CS, Camerini FG, Caldas CP. Segurança do paciente: Vol. 19, Ciência, Cuidado e Saúde. 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

30. Pearson, Linda J. and V Duncanson. “Involving patients in staff hand hygiene.” Nursing times 102 24 (2006): 46-7 . Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Involving-patients-in-staff-hand-hygiene.-Pearson-Duncanson/dd1295868e7101f490519d98d6b3118a60351154>

31. Howe A. Can the patient be on our team? An operational approach to patient involvement in interprofessional approaches to safe care. J Interprof Care. 2006 Oct;20(5):527-34. doi: 10.1080/13561820600936244. PMID: 17000478. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17000478/>

32. Alzyood M, Jackson D, Brooke J, Aveyard H. An integrative review exploring the perceptions of patients and healthcare professionals towards patient involvement in promoting hand hygiene

compliance in the hospital setting. *J Clin Nurs*. 2018;27(7–8):1329–45. Disponível em: <https://radar.brookes.ac.uk/radar/file/44a42c87-7271-474f-b0ca-730abdafc2a8/1/fulltext.pdf>

33. McGuckin M, Taylor A, Martin V, Porten L, Salcido R. Evaluation of a patient education model for increasing hand hygiene compliance in an inpatient rehabilitation unit. *Am J Infect Control*. 2004 Jun;32(4):235-8. doi: 10.1016/j.ajic.2003.10.005. PMID: 15175621. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15175621/>

34. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc*. 2010 Jan;85(1):53-62. doi: 10.4065/mcp.2009.0248. PMID: 20042562; PMCID:PMC2800278. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20042562/>

35. Pittet D, Panesar S, Wilson K, Longtin Y, Morris T, Allan V, Storr J, Cleary K, Donaldson L. Involving the patient to ask about hospital hand hygiene: a National patient safety agency feasibility study [Internet]. WHO 2010. Disponível em: [https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(10\)00469-X/pdf#relatedArticles](https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(10)00469-X/pdf#relatedArticles)

36. McGuckin M, Storr J, Longtin Y, Allegranzi B, Pittet D. Patient Empowerment and Multimodal Hand Hygiene Promotion: A Win-Win Strategy. *Am J Med Qual*. 2011;26(1):10–7. Disponível em: <https://jdc.jefferson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1053&context=healthpolicyfaculty>

ANEXOS

8.1 Anexo A – Instrumento “Preferências do Paciente quanto ao seu envolvimento na prática de

Higiene das Mãos no Ambiente Hospitalar” (11)

Instrumento “PREFERÊNCIAS DO PACIENTE QUANTO AO SEU ENVOLVIMENTO NA PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS NO AMBIENTE HOSPITALAR”

Caro(a) paciente, convidamos você a responder o questionário intitulado **PREFERÊNCIAS DO PACIENTE QUANTO AO SEU ENVOLVIMENTO NA PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS NO AMBIENTE HOSPITALAR**.

Os objetivos são: 1. Conhecer a sua opinião sobre a prática de Higiene das Mãos realizada pelos profissionais de saúde e pelo próprio paciente durante o atendimento no hospital, e 2. Saber se gostaria de ser envolvido nesta prática de higiene das mãos e quais seriam as suas preferências neste envolvimento.

O questionário é composto por quatro sessões, sendo que a primeira contém QUINZE itens relacionados aos seus dados e o seu conhecimento sobre infecção hospitalar. As outras três sessões têm QUARENTA E CINCO questões divididas em três eixos temáticos.

Por favor, responda às questões escolhendo APENAS UMA das alternativas.

O tempo estimado para respondê-las é de 20 minutos.

Agradecemos a sua colaboração!

Caracterização do paciente e conhecimento sobre a infecção hospitalar - também denominada Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

1. Número de identificação: _____
2. Unidade de internação: () semi intensiva cardiológica () semi intensiva clínica
3. Data da entrevista: dia/mês/ano
4. Data da internação: dia/mês/ano
5. Data de nascimento: dia/mês/ano
6. Sexo: 1- Masculino 2- Feminino
7. Cor:
 1. Branco
 2. Preto
 3. Pardo
 4. Amarelo
 5. Outra _____
8. Religião:
 1. Católica
 2. Evangélica
 3. Espírita
 4. Umbanda
 5. Candomblé
 6. Outra religião: Qual _____
 7. Sem religião

9. *Escolaridade:*

1. Sem instrução
2. Ensino fundamental completo
3. Ensino fundamental incompleto
4. Ensino médio completo
5. Ensino médio incompleto
6. Ensino superior completo
7. Ensino superior incompleto
8. Pós-graduação:
 - 8.1 Especialização
 - 8.2 Mestrado
 - 8.3 Doutorado
 - 8.4 Pós-doutorado

10. *Ocupação:*

1. Membros das forças armadas, policiais, bombeiros e militares.
2. Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações do poder público e de empresas, gerentes.
3. Profissionais das ciências e das artes.
4. Técnicos de nível médio.
5. Trabalhadores de serviços administrativos.
6. Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio, lojas e mercados.
7. Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca.
8. Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais.
9. Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção.
10. Aposentado.
11. Desempregado.

11. *Trabalha na área da saúde?*

1. Sim
2. Não

12. *Esteve internado nos últimos seis meses?*

1. Sim
2. Não

13. *Conhece alguém que teve infecção hospitalar?*

1. Sim
2. Não

14. *Você acha que a higiene / lavagem das mãos é importante para prevenir as infecções hospitalares?*

1. Sim
2. Não

15. *Você acha que a higiene / lavagem das mãos é importante para prevenir as infecções hospitalares?*

3. Sim
4. Não

Fixo Temático I: Percepção do paciente em relação à higiene das mãos realizada pelos profissionais de saúde e pelo próprio paciente no ambiente hospitalar.

Definições:

1- O termo HIGIENE DAS MÃOS é um termo geral que tem como objetivo remover a sujeira e eliminar germes das mãos, utilizando produtos para esta finalidade. Incluem a LAVAGEM DAS MÃOS, a qual se refere ao ato de lavar as mãos com água e sabonete OU a FRICÇÃO DAS MÃOS com produto à base de álcool.

2 - O termo PROFISSIONAL DE SAÚDE, se refere a Médico(a), Enfermeiro(a), Técnico(a) de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo(a) ou outro profissional que entra em contato direto com o paciente e será denominado como PROFISSIONAL.

A) Em relação à higiene das mãos realizada PELOS PROFISSIONAIS:

16.Q.A.1- *Você sabe quais produtos os PROFISSIONAIS utilizam para higienizar/ lavar as mãos ao cuidar dos pacientes?*

1. Sim
2. Não

17.Q.A.1 a) - *Se você respondeu SIM para a questão anterior, quais produtos são utilizados:*

1. Água e sabonete líquido
2. Alcool sob a forma gel, líquida ou espuma.
3. Água e sabonete líquido ou álcool sob a forma gel, líquida ou espuma.

18.Q.A.2- *Você tem costume de olhar se o PROFISSIONAL realiza a higiene/lavagem das mãos?*

1. Sempre
2. Às vezes
3. Nunca

19.Q.A.3- *Você sabe em quais situações / procedimentos o PROFISSIONAL DEVE realizar a higiene / lavagem das mãos durante o atendimento ao paciente?*

1. Sim
2. Não

20.Q.A.4- *Em sua opinião, o PROFISSIONAL DEVE higienizar / lavar as mãos ANTES e DEPOIS de tocar o paciente?*

1. Sim
2. Não
3. Não sei responder

21.Q.A.5- Em sua opinião, o **PROFISSIONAL DEVE** higienizar \ lavar as mãos **APÓS TER CONTATO** com sangue, urina, fezes ou secreções dos pacientes?

1. Sim
2. Não

22. Q.A.6- Em sua opinião, o **PROFISSIONAL DEVE** higienizar \ lavar as mãos **APÓS TOCAR** as áreas próximas ao leito do paciente (por exemplo: grades de proteção da cama, suporte de soro, equipamentos, campainha) mesmo que não tenha tocado no paciente?

1. Sim
2. Não
3. Não sei responder

23.Q.A.7- Em sua opinião, o **PROFISSIONAL DEVE** higienizar \ lavar as mãos **APÓS retirar as luvas**?

1. Sim
2. Não
3. Não sei responder

24.Q.A.8- Em sua opinião, o **PROFISSIONAL DEVE** higienizar \ lavar as mãos **ANTES e DEPOIS** de fazer medicações, curativos e puncionar veia dos pacientes?

1. Sim
2. Não
3. Não sei responder

B) Em relação à higiene das mãos realizada pelo **PRÓPRIO PACIENTE** no ambiente hospitalar:

25. Q.B.1- Você acha importante que os pacientes realizem a higiene / lavagem das mãos durante a internação hospitalar para evitar infecções?

1. Sim
2. Não
3. Não sei responder

26.Q.B.2- Você sabe qual a **FORMA CORRETA** para lavar as mãos com água e sabonete líquido?

1. Sim
2. Não

27.Q.B.3- Você sabe qual a **FORMA CORRETA** para higienizar as mãos com álcool sob a forma gel, líquida ou espuma?

1. Sim
2. Não

28. Q.B.4- Você sabe QUANDO O PACIENTE DEVE realizar a higiene \ lavagem das mãos durante a internação hospitalar?

1. Sim
2. Não

29. Q.B.5- Você acha importante o paciente realizar a higiene \ lavagem das mãos ANTES E APÓS AS REFEIÇÕES?

1. Sim
2. Não

30. Q.B.6- Você acha importante o paciente realizar a higiene / lavagem das mãos APÓS UTILIZAR O BANHEIRO?

1. Sim
2. Não

31. Q.B.7- Você acha importante o VISITANTE/FAMILIAR realizar higiene / lavagem das mãos ANTES e DEPOIS de TOCAR o paciente?

1. Sim
2. Não
3. Não sei responder

32. Q.B.8- Em sua opinião, o que ajudaria a lembrar o PACIENTE de HIGIENIZAR \ LAVAR as suas MÃOS? Escolha a alternativa que considerar mais importante:

1. A presença de placas para higiene das mãos nos quartos.
2. Disponibilidade de produtos para lavar as mãos (água, sabonete, papel toalha).
3. Disponibilidade de álcool sob a forma gel, líquida ou espuma para higienizar as mãos dentro dos quartos.
4. Ter acesso às informações sobre higiene das mãos.
5. Não sei responder.

Fixo Temático II: Preferência do paciente quanto à sua participação ativa ou passiva na prática de higiene das mãos no ambiente hospitalar.

Definições:

1- O termo PARTICIPAÇÃO ATIVA corresponde à atitude do paciente em buscar informações, opinar e atuar no seu próprio cuidado de saúde, no que se refere à higiene das mãos realizada pelos profissionais e por si mesmo. Exemplo: solicitar ao profissional para higienizar as mãos se este não realizar antes de algum cuidado.

2- O termo PARTICIPAÇÃO PASSIVA corresponde à atitude do paciente em apenas receber informações, não opinando e não atuando no seu próprio cuidado de saúde, no que se refere à higiene das mãos realizada pelos profissionais e por si mesmo. Exemplo: receber orientação sobre higiene das mãos dos profissionais, ler cartazes sobre o tema.

33. Q.1-Você gostaria de CONHECER e PARTICIPAR do seu cuidado no que se refere à higiene \ lavagem das mãos no ambiente hospitalar?

- a. Sim
- b. Não
- c. Não sei responder

33. Q.2-Como você GOSTARIA de PARTICIPAR do seu cuidado relacionado à higiene e lavagem das mãos durante a internação hospitalar?

- a. Ativamente: lembrando e solicitando aos profissionais para higienizarem / lavarem as suas mãos.
- b. Passivamente: somente recebendo informações sobre a higiene e lavagem das mãos.
- c. Ativamente e passivamente.
- d. Não sei responder.

A) Em relação à sua participação ativa na higiene das mãos no ambiente hospitalar:

34. Q.A.1 - Você já solicitou a ALGUM PROFISSIONAL para higienizar / lavar as mãos?

- a. Sim
- b. Não

35. Q.A.1 a) Se você respondeu SIM para a questão anterior, qual foi a resposta que o profissional lhe deu:

- a. O profissional disse que já havia higienizado as mãos.
- b. O profissional disse que não era necessário porque usava luvas.
- c. O profissional se recusou a higienizar as mãos.

36. Q.A.1 b) Se você respondeu SIM para a questão anterior, qual foi a sua impressão sobre a REAÇÃO do PROFISSIONAL quanto à sua solicitação para HIGIENIZAR / LAVAR as MÃOS?

- a. O profissional se mostrou irritado.
- b. O profissional se sentiu constrangido.
- c. O profissional não demonstrou descontentamento.
- d. O profissional não demonstrou nenhuma reação.

37. Q.A.2- Se o(a) MÉDICO(A) que presta cuidados a você PEDIR OU CONVIDAR VOCÊ a lembrá-lo de higienizar e lavar as mãos, você se sentiria capaz e confortável em lembrá-lo(a)?

- a. Sim
- b. Não
- c. Talvez
- d. Não sei responder

38. Q.A.3- Se o(a) ENFERMEIRO(A) que presta cuidados a você PEDIR OU CONVIDAR VOCÊ a lembrá-lo de higienizar e lavar as mãos, você se sentiria capaz e confortável em lembrá-lo(a)?

- a. Sim
- b. Não
- c. Talvez
- d. Não sei responder

39. Q.A.4- Se o(a) TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM que presta cuidados a você PEDIR OU CONVIDAR VOCÊ a lembrá-lo de higienizar e lavar as mãos, você se sentiria capaz e confortável em lembrá-lo(a)?

- a. Sim
- b. Não
- c. Talvez
- d. Não sei responder

40. Q.A.5- Se o(a) **MÉDICO(A)** que presta cuidados a você **NAO COMENTAR NADA** a respeito de higienizar \ lavar as mãos, você se sentiria capaz \ confortável de solicitar a ele(a) que o fizesse?

- a. Sim
- b. Não
- c. Talvez

41. Q.A.6- Se o(a) **ENFERMEIRO(A)** que presta cuidados a você **NAO COMENTAR NADA** a respeito de higienizar \ lavar as mãos, você se sentiria capaz \ confortável de solicitar a ele(a) que o fizesse?

- a. Sim
- b. Não
- c. Talvez
- d. Não sei responder

42. Q.A.7- Se o **TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM** que presta cuidados a você **NAO COMENTAR NADA** a respeito de higienizar \ lavar as mãos, você se sentiria capaz \ confortável de solicitar a ele(a) que o fizesse?

- a. Sim
- b. Não
- c. Talvez
- d. Não sei responder

43. Q.A.8- Se você **NAO SE SENTE CAPAZ** ou **À VONTADE** de lembrar o profissional de higienizar \ lavar as mãos mesmo que ele **PEÇA** OU **CONVIDE** você a fazê-lo, indique o motivo:

- a. Medo
- b. Timidez
- c. Vergonha
- d. Não tenho conhecimento suficiente sobre higiene \ lavagem das mãos.
- e. Não deveria ser necessário lembrá-lo porque é obrigação do profissional higienizar \ lavar as mãos

44. Q.A.9- Se você **SE SENTE CAPAZ** ou **À VONTADE** de lembrar o profissional para higienizar / lavar as mãos mesmo que ele **NAO peça** ou **NAO convide** você a fazê-lo, indique o motivo:

- a. Medo de adquirir infecção.
- b. Insegurança quanta ao cuidado prestado.
- c. É obrigação do profissional higienizar \ lavar as mãos.
- d. Sentimento de desrespeito quanta aos meus direitos.

B) Em relação à sua participação passiva na higiene das mãos no ambiente hospitalar:

45. Q.B.1- Qual seria o **MELHOR MEIO** para você obter **INFORMAÇÕES** sobre a **HIGIENE \ LAVAGEM** das **MAOS** no ambiente hospitalar? Escolha a alternativa que considerar mais importante:

- a. Orientação verbal sobre higiene \ lavagem das mãos.
- b. Material educativo impresso sobre higiene \ lavagem das mãos (cartazes, folhetos explicativos, manual do paciente).
- c. Material multimídia sobre higiene \ lavagem das mãos (jornais, televisão, internet, vídeo)
- d. Orientação verbal e material educativo sobre higiene \ lavagem das mãos.
- e. Não sei responder.

46. Q.B.2- Você já recebeu **INFORMAÇÕES**, de algum profissional, sobre a **HIGIENE \ LAVAGEM** das **MAOS**?

- a. Sim
- b. Não

47. Q.B.2.a) Se a resposta for **SM**, assinale o profissional que orientou com maior frequência:

- a. Enfermeiro(a)
- b. Fisioterapeuta
- c. Médico(a)
- d. Técnico(a) de enfermagem
- e. Outro profissional de saúde

Fixo Temático III: Preferências do paciente em relação às estratégias educativas a serem utilizadas para a sua participação na higiene das mãos no ambiente hospitalar.

ATENÇÃO: Após escolher a resposta da questão Q.1 dirija-se direto ao enunciado, descrito por meio de letras (A, B, C, D, E), que corresponde à sua escolha para dar continuidade às questões.

48. Q.1- Qual seria a **MELHOR ESTRATÉGIA EDUCATIVA** para ajudá-lo a **LEMBRAR** da importância de higienizar \ lavar as mãos no ambiente hospitalar? Escolha a alternativa que considerar mais importante:

- a. Orientação verbal sobre higiene das mãos
- b. Cartazes sobre higiene \ lavagem das mãos
- c. Folhetos explicativos sobre higiene \ lavagem das mãos
- d. Manual educativo do paciente sobre higiene \ lavagem das mãos
- e. Vídeo educativo sobre higiene \ lavagem das mãos
- f. Não sei responder

A) Se a sua preferência é **ORIENTAÇÃO VERBAL** realizada pelo profissional como estratégia educativa, responda **APENAS** as questões **A.1** e **A.2**:

49. Q.A.1- Em qual **MOMENTO** você gostaria de receber a **ORIENTAÇÃO VERBAL** sobre higiene \ lavagem das mãos?

- a. Na sua chegada à unidade de internação.
- b. Nas visitas diárias dos profissionais.

- c. Durante a realização de algum cuidado / procedimento.
- d. Na alta hospitalar.
- e. Não sei responder.

50. Q.A.2- Por qual PROFISSIONAL você prefere receber ORIENTAÇÃO VERBAL sobre higiene / lavagem das mãos?

- a. Enfermeiro(a) da unidade
- b. Enfermeiro(a) do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH)
- c. Fisioterapeuta
- d. Médico(a)
- e. Técnico(a) de enfermagem
- f. Qualquer profissional de saúde

B) Se a sua preferência é CARTAZ sobre higiene das mãos como estratégia educativa responda APENAS as questões B.1 e B.2:

51. Q.B.1- A sua preferência é que o CARTAZ sobre higiene / lavagem das mãos tenha:

- a. Apenas informações escritas, com letras legíveis e fácil de ler sobre a técnica de higiene / lavagem das mãos
- b. Apenas imagens ilustrativas, coloridas e com legenda explicando a técnica de higiene / lavagem das mãos.
- c. Informações escritas, imagens ilustrativas e coloridas com legendas explicando sobre a técnica de higiene / lavagem das mãos.
- d. Não sei responder

52. Q.B.2. Em sua opinião, em QUAIS LOCAIS dentro do hospital os CARTAZES podem ser melhor visualizados?

- a. Nas paredes da recepção do hospital.
- b. Nas paredes próximas aos elevadores.
- c. Na parede dos quartos dos pacientes.
- d. Na parede da sala de visita de cada unidade.
- e. Não sei responder.

C) Se a sua preferência é FOLHETO EXPLICATIVO sobre higiene / lavagem das mãos como estratégia educativa, responda APENAS as questões C.1 e C.2:

53. Q.C.1- A sua preferência é que o FOLHETO EXPLICATIVO sobre higiene / lavagem das mãos tenha:

- a. Apenas informação escrita e fácil de entender.
- b. Apenas desenhos ilustrativos sobre a técnica de higiene / lavagem das mãos.
- c. Informação escrita, fácil de entender, com desenhos ilustrando a técnica correta de higiene / lavagem das mãos e poucas páginas para leitura.
- d. Não sei responder.

54. Q.C.2- Em sua opinião, em QUAL LOCAL os FOLHETOS EXPLICATIVOS devem estar disponíveis dentro do hospital?

- a. Na recepção de entrada do hospital.
- b. Nos balcões de atendimento ao paciente.
- c. Nos postos de enfermagem das unidades de internação.
- d. Nos quartos dos pacientes.
- e. Na cafeteria frequentada por pacientes e familiares.
- f. Não sei responder.

 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

D) Se a sua preferência é o MANUAL EDUCATIVO do paciente sobre higiene / lavagem das mãos como estratégia educativa, responda **APENAS as questões D.1 e D.2:**

55. Q.D.1- A sua preferência é que MANUAL EDUCATIVO do paciente sobre higiene / lavagem das mãos tenha:

- a. Apenas informação escrita e fácil de entender.
- b. Apenas desenhos ilustrativos mostrando a técnica e os cinco momentos de higiene / lavagem das mãos pelo profissional de saúde.
- c. Apenas poucas páginas para leitura.
- d. Informação escrita, fácil de entender, com desenhos ilustrando a técnica e os cinco momentos da higiene / lavagem das mãos pelo profissional de saúde e poucas páginas para leitura.

56. Q.D.2 - Em sua opinião, qual deve ser o MELHOR MOMENTO para o paciente receber o MANUAL EDUCATIVO?

- a. Nos balcões de atendimento ao paciente.
- b. Na sua chegada à unidade internação.
- c. Na sua chegada ao quarto.
- d. Não sei responder.

E) - Se a sua preferência é VIDEO EDUCATIVO sobre higiene \ lavagem das mãos como estratégia educativa, responda **APENAS as questões E.1, E.2 e E.3:**

57. Q.E.1 - A sua preferência é que o VIDEO EDUCATIVO sobre higiene \ lavagem das mãos tenha:

- a. Desenhos de animação falando sobre higiene \ lavagem das mãos.
- b. Pacientes reais falando sobre a importância, quando realizá-la e demonstrando a técnica de higiene \ lavagem das mãos no ambiente hospitalar.
- c. Atores falando sobre a importância, quando realizá-la e demonstrando a técnica de higiene \ lavagem das mãos no ambiente hospitalar.
- d. Profissionais de saúde falando sobre a importância, quando realizá-la e demonstrando a técnica de higiene \ lavagem das mãos no ambiente hospitalar.
- e. Não sei responder.

58. Q.E.2- Em sua opinião, qual é o MELHOR LOCAL dentro do hospital para o Video EDUCATIVO sobre higiene \ lavagem das mãos SER VISTO pelo paciente:

- a. Na televisão da sala de espera da recepção central do hospital.
- b. Na televisão das salas de visitas das unidades de internação.
- c. Na televisão dos quartos dos pacientes.
- d. Na televisão da cafeteria frequentada por pacientes e familiares.
- e. Não sei responder.

59. Q.E.3- Qual é a sua preferência quanto ao TEMPO de duração do VIDEO EDUCATIVO, em minutos?

- a. De 1 a 5 minutos
- b. De 6 a 10 minutos
- c. De 11 a 15 minutos
- d. Acima de 15 minutos
- e. Não sei responder

Instrumento desenvolvido e validado por Bertoni, R.G. Preferências do paciente sobre o seu envolvimento na prática de higiene das mãos no ambiente hospitalar: construção e validação de um instrumento. 2016. 294p. Dissertação (mestrado) -- Faculdade Inesita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo -- SP, 2016.



Capítulo 4



10.37423/251210540

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS INTERNADAS POR ACIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO DE 2008 A 2021

MARIA CRISTINA ALBUQUERQUE SILVA

SECRETARIA DE ESTADO DE SAUODO DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SONIA AMANCIO

SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDO DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO



O Acidente de trânsito terrestre (ATT) é um importante problema de saúde pública, causando a morte de aproximadamente 1,3 milhões de pessoas por ano e aproximadamente milhões de pessoas sofrem lesões não fatais, considerado como a primeira causa de mortes entre adultos jovens com idade de 15 a 29 anos (WHO,2015)tendo em vista as repercussões causadas pelo ATT, no âmbito social e financeiro, em 2015 durante a Cúpula da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre o Desenvolvimento Sustentável, 193 estados-membros das Nações Unidas, entre eles o Brasil concordou em reduzir para a metade o número global de mortes e lesões causadas por ATT até 2020 (AGÊNCIA BRASIL, 2015). No Estado do Rio de Janeiro, no período de 2008-2021 os óbitos devidos ATT diminuíram em 79,13%, segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do SUS (SIM/SUS), em contrapartida o número de internações hospitalares aumentou em 35,57%. Esse trabalho objetiva descrever as internações por ATT registradas no Sistema de Internação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) de 2008 a 2021 no estado do Rio de Janeiro, segundo as características sociodemográficas das vítimas e características das internações, Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, de natureza descritiva, que utiliza os dados secundários de internação por ATT do SIH/SUS do Estado do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados no site: <https://www.saude.rj.gov.br/informacao-sus/dados-sus>, no período de setembro a outubro de 2022. Das causas externas (Capítulo XX), da Classificação Internacional (CID-10) foram eleitos apenas as quatro principais causas que registraram as maiores internações por ATT, a saber: pedestres traumatizados em acidente de transporte (V01-V09); ciclista traumatizado em acidente de transporte (V10-V19); motociclistas traumatizados em acidente de transporte (V20-V29) e ocupante de automóvel traumatizado em acidente de transporte (V40-V49),para a descrição das características sociodemográficas das vítimas internadas por ATT foram consideradas as seguintes variáveis:sexo (masculino e feminino);faixa etária (0-14; 15-19; 20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70-79 e 80e+);raça/cor (branco, pardo, indígena, amarelo, preta). Para as características das internações foram consideradas as variáveis:ano de internação, mortalidade durante a internação, uso de unidade de terapia intensiva, tempo médio de permanência. Os resultados obtidos foram tabulados e analisados no Excel, não sendo necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisas da Instituição por se tratar de dados de domínio público. O estudo mostrou que entre 2008 e 2021 aconteceram 134.821 ATT com internação no estado do Rio de Janeiro, dentre todas as categorias de ATT verificou-se que Pedestres, Ciclistas, Motociclistas e Ocupantes de um automóvel apresentaram os maiores percentuais de internação, onde o Motociclista abarcou quase 43,93% das internações por ATT, seguido do Pedestre 35,97%. Os motociclistas tiveram as maiores taxas de internação, ascendendo a partir de

2013 com 35,34 internações/100mil hab. em 2021;na raça/cor destacou-se a cor parda porém nessa variável, o campo Ignorado mostrou valores superiores a 30% para Motociclista e pedestre,o sexo masculino foi a maior vítima do ATT e representou mais de 65% das internações totais, entre os Motociclistas internados, o percentual foi de 86,43% em relação a idade, a faixa etária entre 20-39 teve a maior taxa de internação tanto para motociclistas quanto para ocupantes de automóvel, já os pedestres tiveram suas maiores taxas de internação entre 60anos e 80anos e +.Dentre os pedestres, os idosos sofreram acidentes com maior gravidade, das 10.095 internações, 43% requereram leitos de UTI, a média de internação hospitalar foi de 9,1 dias e tiveram as maiores taxas de óbito durante a internação com destaque para 2020 com 10 óbitos/100 internações, seguido dos Ocupantes de um automóvel (4,8 óbitos/100 internações) no mesmo ano. No estado do Rio de Janeiro, os gastos com ATT de 2008 a 2021 totalizaram R\$191.112.570,88, desse total R\$83.393.855,10 foram gastos com internações envolvendo motociclistas e 36,25% R\$69.285.752,96 envolvendo os pedestres. Conclui-se que o tema é complexo necessitando-se ampliar sua compreensão e acumular conhecimentos a fim de implementar medidas de prevenção e promoção à saúde relacionadas não apenas com as internações ou óbitos, mas os impactos econômicos gerados.

Descritores: Acidente de Transporte Terrestre, Internação, Motociclista, Pedestre.

REFERÊNCIAS

ABILIO, Ludmila Costhek. Uberização: do empreendedorismo para o autogerenciamento subordinado. *Psicoperspectivas*, v.18, n. 3, p. 1-11, 2019. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_attext&pid=S0718-69242019000300041. Acesso em: 26 ago. 2022.

ABNT. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT NBR 10.697: Pesquisa de acidente de trânsito – Terminologia. Rio de Janeiro: ABNT, 1989

AGÊNCIA BRASIL. ONU inclui segurança no trânsito na Agenda 2030. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-09/onu-inclui-seguranca-no-transito-na-agenda-2030>. Acesso em: 21 nov. 2022.

ANDRADE, Silvânia Suely Caribé de Araújo e MELLO JORGE, Maria Helena Prado de. Internações hospitalares por lesões decorrentes de acidente de transporte terrestre no Brasil, 2013: permanência e gastos. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 26 (1):31-38, jan-mar 2017.

BARNET, J; CLOUGH, P. The full social cost of road accidents. In *Road Safety Research, Policing and Education Conference* (pp. 1-11). Canberra: NZ Institute of Economic Research, 1999.

BASTOS, Yara Gerber Lima; ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antônio. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviço pré-hospitalar em cidade do Sul do Brasil, 1997/2000. *Cad. Saúde Pública*. v.21, p.815-22, jun.2005). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300015> .Acesso em: 22 set. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Projeto Viva: vigilância de violências e acidentes. Serviço sentinela de acidentes e violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde/ASIS. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Manual técnico do Sistema de Informação Hospitalar. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle-Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 198 p.: il. 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0066_M.pdf. Acesso em: 22 nov. 2022

CASTRO, Matheus Fernandes de. A Pandemia e os entregadores de aplicativos: algumas considerações sobre a precarização do trabalho. *Revista Espaço Acadêmico*, Ano 20. Edição Especial 2021.

DA SILVA, Fernanda Pereira et al. Riscos e vulnerabilidades dos trabalhadores motociclistas durante a pandemia da Covid-19 no Brasil. *Saúde Coletiva* (Barueri), 11(61), 4798-4807, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i61p4798-4807>. Acesso em: 06 nov. 2022.

DESLANDES, Suely Ferreira; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da; UGÁ, Maria Alicia Dominguez. O custo do atendimento emergencial às vítimas de violências em dois hospitais do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 287-299, 1998.

DING C, RIZZI M, STRANDROTH J, SANDER U, LUBBE N. Motorcyclist injury risk as a function of real-life crash speed and other contributing factors. *Accid Anal Prev*. 2019; 123:374–86.

FIDELIS, F. A. P.; ARAÚJO, K. C. G. M. de; MARTINS FILHO, P. R. S. Internação hospitalar por acidente de motocicleta nas regiões do Brasil. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 6, p. e50011629537, 5 maio 2022.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro et al. Perfil dos atendimentos a acidentes de transporte terrestre por serviços de emergência em São Paulo, 2005. *Rev Saúde Pública*, 43(2), 275–82, abr. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000200008>. Acesso em: 04 nov.2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 11 nov. 2022.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Estimativa dos custos dos acidentes de trânsito no Brasil com base na atualização simplificada das pesquisas anteriores do IPEA. Brasília: IPEA, 2020.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Estimativa dos custos dos acidentes de trânsito no Brasil com base na atualização simplificada das pesquisas anteriores do IPEA. Brasília: IPEA, 2015.

LIMA, T. F. DE .; MACENA, R. H. M.; MOTA, R. M. S.. Acidentes Automobilísticos no Brasil em 2017: estudo ecológico dos anos de vida perdidos por incapacidade. *Saúde em Debate*, v. 43, n. Saúde debate, 2019 43(123), out. 2019.

MELLO, Jorge et al. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2004, v. 7, n. 2. pp. 228-238). Acesso em: 10 ago. 2022.

MORGAN, R.; KING, D. O motorista idoso. *Jornal da ABRAMET*, São Paulo, v. 15, n. 6, p. 4-8, 1996.

NAZARIO, N. O.; ALBERTON, B.; TRAEBERT, E. TENDÊNCIA TEMPORAL DE INTERNAÇÕES POR ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE (ATT) EM SANTA CATARINA, 2008 A 2016. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, [S. l.], v. 48, n. 1, p. 144–154, 2019. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/452>. Acesso em: 23 jan. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde/Banco Mundial. Segunda Conferência Global de Alto Nível sobre Segurança no Trânsito - Tempo de Resultados. Brasília, 18-19 nov. 2015. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/events/2015/11/06/2nd-global-high-level-conference-on-road-safety>. Acesso em: 21 nov.2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Gestão da velocidade: um manual de segurança viária para gestores e profissionais da área. Brasília. D.F.: OPAS, 2012. ISBN 978-92-75-31709-9. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/road-traffic-injuries/speed_manual_portuguese.pdf?sfvrsn=c5bdee59_8&download=true. Acesso em: 21 nov.2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Segurança de veículos motorizados de duas e três rodas: um manual de segurança para gestores e profissionais da área.

Washington, DC: 2018). Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49695>. Acesso em: 25 ago.2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Trânsito: Um olhar da Saúde sobre o tema. 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49709/9789275720387_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 18 set. 2022.

PORDEUS, Augediva Maria Jucá et al. Fatores associados à ocorrência do acidente de motocicleta na percepção do motociclista hospitalizado. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v. 23, n. 3, p. 206-12, jul./set. 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40818208003.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2022.

ROMERO, D. et al. Indicadores: conceitos, fontes e aplicações para a saúde do idoso e envelhecimento [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Edições Livres, 2021. 104 p: il. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/50672/Livro_INFORMACAOeINDICADORES_FIOCRUZ.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 01 dez 2022.

SANTOS, Andréia Cristina dos. Sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações. Rio de Janeiro: s.n., 2009. 226f.

SLEE, Tom. Uberização: a nova onda do trabalho precarizado. São Paulo: Editora Elefante, 2017.

STATISTA. Number of road traffic-related injuries and fatalities in the U.S. from 1990 to 2016. USA, 2018.

SUCURSAL de BRASÍLIA. FHC corta IPI para reduzir preço de carro. Folha de São Paulo. 25 fev.1999. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/dinheiro/fi25029924.htm>. Acesso em: 30 nov. 2022.

WHO. World Health Organization. Health Estimates for the years 2000–2012. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates. Acesso em: 25 jan. 2023.

WHO. World Health Organization. Lesões no trânsito. Disponível em:

Capítulo 5



10.37423/251210543

REFLEXÕES DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO ACERCA DAS MOTIVAÇÕES PELA FORMAÇÃO E ESCOLHA DA ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO

Sérgio Guimarães Camara Couto

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Aryane de Jesus Peixoto

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Isabela Canto Ribeiro Monteiro de Barros

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Leonardo Alvarez Santos

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rayssa Santos das Candeias

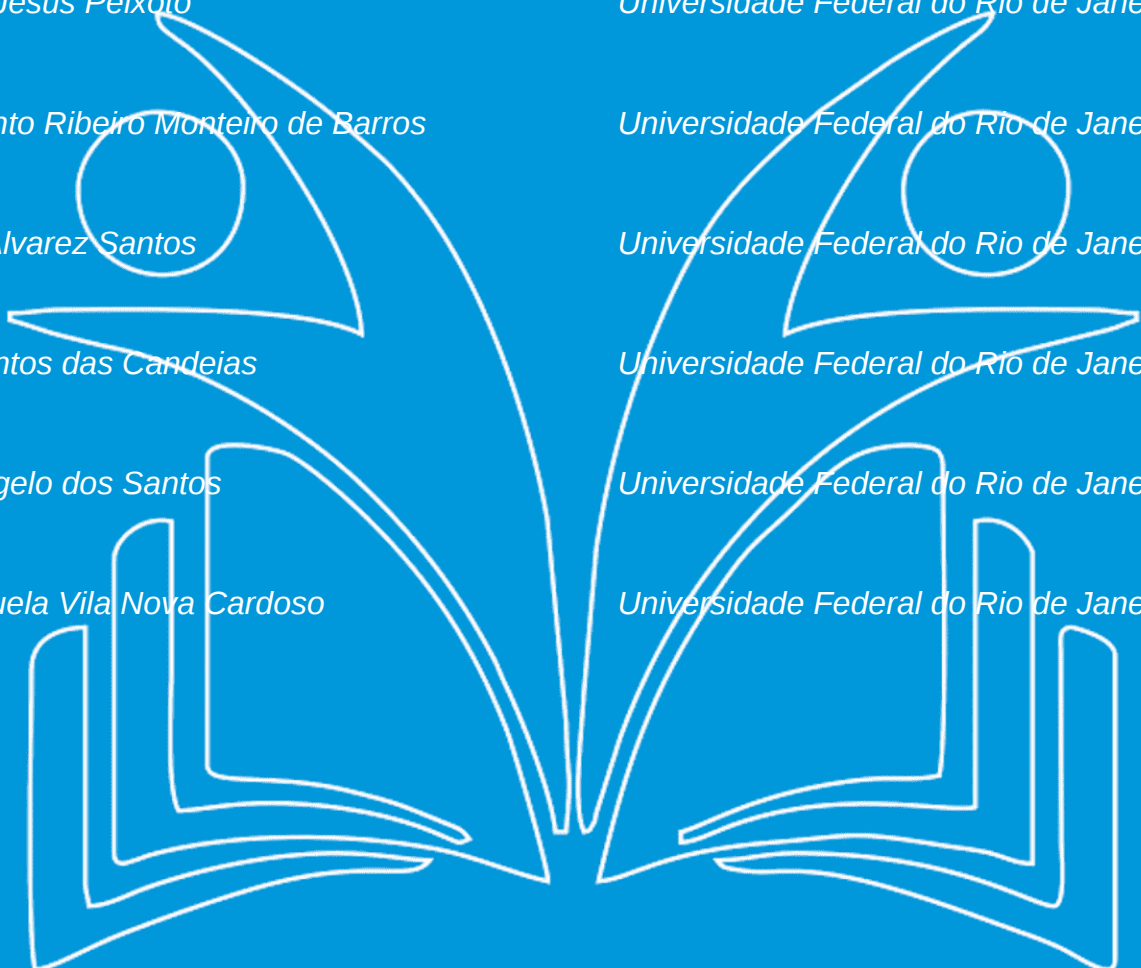
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Tharcio Angelo dos Santos

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Maria Manuela Vila Nova Cardoso

Universidade Federal do Rio de Janeiro



INTRODUÇÃO: Se a enfermagem é uma profissão socialmente desvalorizada, reconhecida por esforços subservientes, apagada do pedestal das profissões de saúde e sem retorno financeiro proporcional, o que de fato há por trás do desejo de estudantes de graduação pela formação e futura vida profissional? Esta questão provocou estudantes de graduação a desenvolverem o presente estudo. **OBJETIVO:** Refletir sobre as motivações para escolha e permanência no curso de graduação em enfermagem, mesmo diante do panorama da profissão na sociedade. **MÉTODO:** Reflexão crítica construída entre março e julho de 2023, a partir de sínteses individuais dos estudantes/autores do estudo, em disciplina que contextualiza o exercício profissional do enfermeiro, por meio de método ativo de aprendizagem. **RESULTADOS:** O grupo é vasto e cada integrante reflete de seu ponto de vista, concordando ou discordando do ponto de vista de outros, como seres particulares e únicos. Para seguir o árduo caminho da enfermagem, as motivações destacadas foram: o prazer em cuidar, a crença no fazer diferente e elevar o patamar da enfermagem, a vontade de legitimar o conhecimento científico, a interação com grupos humanos, a construção de memórias positivas e a luta pelos princípios do SUS. Por outro lado, temos o egocentrismo de acreditar que seremos a exceção entre muitos, reconhecidos e valorizados. Dentre as mais variadas inspirações, todos apresentamos motivações que nos levam a caminhar, permanecer e acreditar, algum sentido nas escolhas subjetivas. Muitos de nós nos identificamos com a situação-problema, por vivenciarmos diariamente a pressão para sermos competentes, demonstrando conhecimentos, habilidades e empatia, ainda que, em alguns momentos, nossa voz e nossa saúde física e/ou mental não sejam valorizadas. Apesar disso, seguimos com nossas inspirações subjetivas em busca do exercício da enfermagem, que é uma profissão baseada na ciência, destinada aos cuidados dos indivíduos, famílias e comunidades, por vezes para além de nós mesmos, num movimento de “Fazer pelo outro aquilo que não consegui fazer por alguém que amei muito”. Esta fala emerge na nossa reflexão e resume a sensibilidade e a carga emocional presente em nossas respostas. **CONCLUSÕES:** Sejam conscientes ou inconscientes, individuais ou coletivas, as motivações têm significado. Os estudantes compreendem a escolha pela enfermagem como um importante rumo a trilhar, acreditando em um futuro especial, positivo e de sucesso profissional e, ainda, que a enfermagem irá transformar a própria existência e a passagem pela vida em algo melhor do que já existe. **IMPLICAÇÕES PARA O CAMPO DA SAÚDE E ENFERMAGEM:** O estudo favorecerá o reconhecimento, respeito e valor pela profissão já no processo de formação, o que favorecerá também mudanças na valorização da enfermagem pela sociedade.

Descritores: Estudantes de Enfermagem; Enfermagem

Capítulo 6



10.37423/251210550

PRIMEIROS SOCORROS NA ESCOLA INFORMAÇÕES QUE SALVAM VIDAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO CURSO DE ENFERMAGEM

Silvana Loreley Gonzalez Tabarez

Universidade de Caxias do Sul

Anelise Woiciechoski

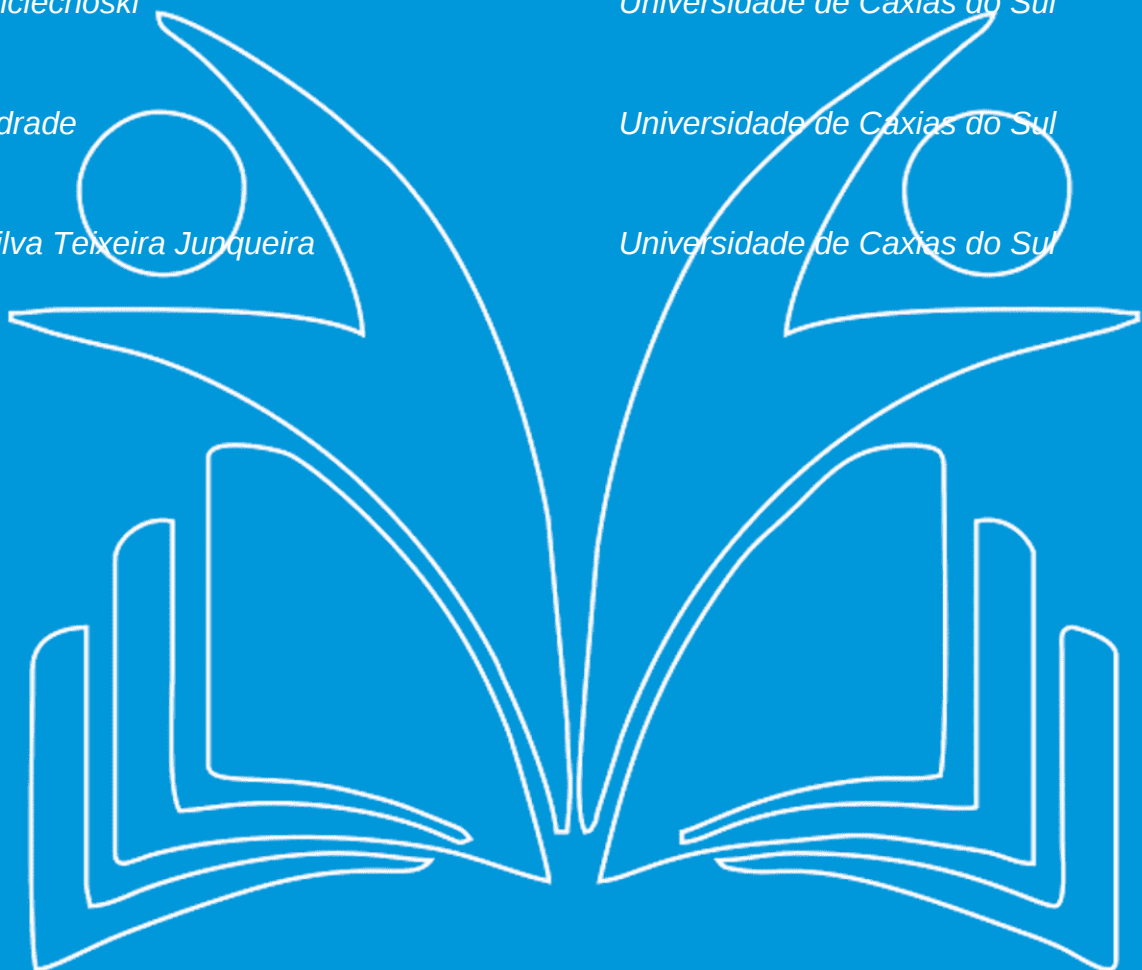
Universidade de Caxias do Sul

Daniele Andrade

Universidade de Caxias do Sul

Nanci da Silva Teixeira Junqueira

Universidade de Caxias do Sul



RESUMO

Os primeiros socorros consistem em intervenções imediatas e essenciais diante de situações de urgência e emergência, sendo o ambiente escolar um espaço estratégico para ações educativas voltadas à prevenção de agravos e à preservação da vida. Este artigo tem como objetivo relatar a experiência acadêmica desenvolvida por estudantes do curso de Enfermagem em um projeto de extensão universitária, voltado à capacitação de alunos e professores de uma escola da rede privada do município de Caxias do Sul (RS) sobre noções básicas de primeiros socorros. Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa, descritiva e participativa, realizado no mês de junho de 2023, no âmbito da disciplina de Enfermagem em Primeiros Socorros. As atividades foram desenvolvidas por meio de rodas de conversa, palestras educativas e práticas demonstrativas de técnicas de primeiros socorros, fundamentadas em metodologias ativas e na educação em saúde. Os resultados evidenciaram elevada participação e interesse da comunidade escolar, além de maior compreensão das condutas adequadas frente a situações como engasgo, quedas, convulsões e parada cardiorrespiratória. Observou-se ainda a redução do medo de agir e o fortalecimento da autonomia dos participantes. Para os acadêmicos, a experiência contribuiu para o desenvolvimento de competências comunicacionais, educativas e éticas, reforçando o papel social do enfermeiro como educador em saúde. Conclui-se que ações extensionistas em primeiros socorros no ambiente escolar constituem estratégia eficaz para a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a aproximação entre universidade e comunidade.

Palavras-chave (DeCS): Primeiros socorros; Educação em saúde; Enfermagem; Extensão universitária; Ambiente escolar.

1. INTRODUÇÃO

Os primeiros socorros consistem em um conjunto de intervenções imediatas, simples e provisórias, realizadas diante de situações de urgência e emergência, com o objetivo de preservar a vida, reduzir danos, prevenir complicações e promover maior segurança até a chegada de atendimento especializado. A literatura científica evidencia que a rapidez e a adequação dessas ações iniciais exercem influência direta sobre o prognóstico das vítimas, podendo reduzir significativamente agravos súbitos à saúde (PHTLS, 2020; SMELTZER; BARE, 2019).

Estima-se que grande parte dos eventos traumáticos e clínicos agudos ocorra em ambientes comunitários, como residências, escolas, locais de trabalho e espaços públicos, onde nem sempre há a presença imediata de profissionais de saúde. Nesse contexto, o preparo da população leiga para reconhecer situações de risco e agir de forma adequada torna-se uma estratégia fundamental de saúde pública. (BRASIL, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

A Organização Mundial da Saúde recomenda que a educação em primeiros socorros seja incorporada como conteúdo essencial nos ambientes educacionais, uma vez que contribui para o desenvolvimento de competências individuais e coletivas, fortalecendo a capacidade de resposta da comunidade frente a emergências. A capacitação de professores, funcionários e estudantes favorece atitudes mais seguras, reduz comportamentos inadequados e amplia a autonomia dos indivíduos diante de situações inesperadas (WHO, 2021).

No âmbito da formação em saúde, o profissional — e, por extensão, o estudante em processo formativo — assume um papel social estratégico na disseminação de conhecimentos que ultrapassam os limites institucionais, alcançando a comunidade de forma ampliada. Essa responsabilidade social está alinhada às Diretrizes Curriculares Nacionais, que preconizam uma formação crítica, humanizada e comprometida com as necessidades reais da população (BRASIL, 2014).

No cenário brasileiro, a promulgação da Lei nº 13.722/2018, conhecida como Lei Lucas, representa um marco legal relevante ao estabelecer a obrigatoriedade da capacitação em noções básicas de primeiros socorros para profissionais da educação básica e de recreação infantil. Tal legislação reforça a necessidade de institucionalizar ações educativas permanentes, reconhecendo que o conhecimento em primeiros socorros pode ser determinante para evitar desfechos fatais e minimizar sequelas em situações de emergência (BRASIL, 2018).

Dessa forma, discutir a importância dos primeiros socorros na comunidade escolar torna-se essencial para sensibilizar gestores, educadores e profissionais de saúde quanto à implementação de programas educativos contínuos, capazes de fortalecer a cultura da prevenção, do cuidado e da responsabilidade coletiva frente à saúde e à vida.

Diante do exposto, reforça-se a relevância da temática dos primeiros socorros na formação em saúde, especialmente no processo formativo do estudante de Enfermagem, bem como a necessidade de ampliar o acesso da comunidade social a conhecimentos corretos e seguros sobre condutas frente a situações de urgência e emergência. Nesse contexto, o presente artigo tem como objetivo relatar a experiência acadêmica vivenciada em ações educativas, por meio de palestras e atividades extensionistas de primeiros socorros, desenvolvidas em um cenário escolar, evidenciando sua contribuição para a formação acadêmica e para o fortalecimento da educação em saúde na comunidade.

2- REFERENCIAL TEÓRICO

IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PRECOCE

Evidências científicas recentes demonstram que intervenções realizadas nos primeiros minutos após um acidente ou agravo agudo à saúde são determinantes para a sobrevivência e para a redução de sequelas. A Organização Mundial da Saúde destaca que a resposta imediata, quando realizada por pessoas leigas devidamente treinadas, pode reduzir de forma significativa a mortalidade associada a eventos como parada cardiorrespiratória e engasgo, ambos frequentemente observados em ambientes escolares e de cuidado infantil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Estudos internacionais apontam que indivíduos capacitados em primeiros socorros apresentam maior segurança, rapidez e assertividade na tomada de decisão, elevando em até quatro vezes a probabilidade de realização de um socorro adequado quando comparados a populações não treinadas. Esses achados reforçam a relevância da capacitação contínua como estratégia de prevenção de desfechos graves e promoção da segurança coletiva (DREYER et al., 2022).

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO NO AMBIENTE ESCOLAR

Crianças e adolescentes constituem um dos grupos mais vulneráveis à ocorrência de acidentes, especialmente no ambiente escolar, em razão da intensa movimentação corporal, da alimentação coletiva, da prática de atividades recreativas e esportivas e do desenvolvimento cognitivo ainda em formação. Dados epidemiológicos recentes indicam que as emergências mais prevalentes nesse contexto incluem:

- Quedas, responsáveis por parcela expressiva das lesões atendidas em serviços de urgência e emergência pediátrica;
- Engasgos, frequentemente relacionados à aspiração de alimentos ou corpos estranhos;
- Crises convulsivas, que podem ocorrer tanto em crianças com diagnóstico prévio quanto de forma inesperada;
- Reações alérgicas, incluindo quadros de anafilaxia, cuja incidência apresenta tendência de crescimento em nível global (UNICEF, 2021; INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY, 2020).

Esses dados evidenciam que as emergências no ambiente escolar não configuram eventos ocasionais, mas sim situações recorrentes que exigem preparo técnico, protocolos institucionais e ações permanentes de prevenção e capacitação.

Responsabilidade social das instituições educacionais

A Organização Mundial da Saúde reconhece as escolas como espaços estratégicos para a promoção da saúde e a prevenção de agravos, recomendando que sejam estruturadas como ambientes seguros, com políticas institucionais voltadas à prevenção de acidentes e à capacitação regular de seus profissionais. A escola, enquanto espaço de convivência e formação cidadã, assume papel central no desenvolvimento de competências relacionadas à segurança, ao cuidado e à resposta adequada frente a situações de emergência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Diversos países têm incorporado essas recomendações em seus marcos regulatórios, reforçando a compreensão de que a preparação para emergências deve integrar o cotidiano escolar, contribuindo para a proteção da vida e para o fortalecimento da responsabilidade coletiva.

Lei Lucas e políticas nacionais

No contexto brasileiro, a promulgação da Lei nº 13.722/2018, conhecida como Lei Lucas, estabelece a obrigatoriedade da capacitação em noções básicas de primeiros socorros para profissionais da educação básica e de recreação infantil. Essa legislação representa um avanço significativo ao institucionalizar a prevenção e reconhecer a importância do preparo técnico para a redução de riscos e danos em situações de emergência escolar (BRASIL, 2018).

A Lei Lucas dialoga diretamente com políticas nacionais de educação em saúde, como a Política Nacional de Educação em Saúde (PNES) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que defendem a formação contínua, a aprendizagem significativa e a construção coletiva do conhecimento como ferramentas essenciais para a transformação social e a melhoria da qualidade de vida da população (GONÇALVES et al., 2023).

Formação em enfermagem e extensão universitária

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem preconizam uma formação crítica, ética, humanizada e socialmente comprometida, orientada pelas necessidades reais da população. Nesse contexto, a extensão universitária configura-se como um espaço privilegiado de aprendizagem prática, ao integrar teoria, cuidado e responsabilidade social (BRASIL, 2014).

Projetos extensionistas desenvolvidos em escolas possibilitam ao estudante de Enfermagem vivenciar situações reais de ensino em saúde, ampliando competências como comunicação, liderança, tomada de decisão, trabalho em equipe e educação em saúde. Tais experiências contribuem para a formação de profissionais mais preparados para atuar de forma resolutiva, preventiva e comprometida com a comunidade (LIMA et al., 2022).

Lacunas de conhecimento no ambiente escolar

Apesar dos avanços normativos, estudos recentes evidenciam que parcela significativa de professores e funcionários escolares apresenta desconhecimento quanto às condutas adequadas frente a situações de engasgo, quedas, crises convulsivas e outras emergências comuns. A ausência de treinamentos periódicos e atualizados favorece a adoção de práticas inadequadas, que podem agravar o quadro clínico da vítima (FERREIRA et al., 2023; RIBEIRO; COSTA, 2021).

Dessa forma, ações educativas contínuas mostram-se fundamentais para a atualização de conhecimentos, o fortalecimento da segurança institucional e a construção de ambientes escolares mais preparados para responder a emergências.

Extensão universitária e aproximação com a comunidade

As ações de extensão universitária realizadas em ambientes escolares promovem a aproximação entre universidade e sociedade, favorecendo a democratização do conhecimento científico e a implementação de práticas de saúde fundamentadas na prevenção e na promoção da saúde. Além disso, essas vivências fortalecem o compromisso social da formação em Enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento de profissionais mais sensíveis às demandas comunitárias e alinhados aos princípios do Sistema Único de Saúde (MARTINS et al., 2023).

3- METODOLOGIA

Metodologia e caracterização da ação extensionista

Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e participativo, desenvolvido a partir de uma ação extensionista vinculada à disciplina de Enfermagem. No decorrer da disciplina de Primeiros Socorros, ofertada no mês de junho de 2023, foi proposta aos acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul- UCS a realização de uma atividade de extensão universitária, com caráter educativo, preventivo e comunitário. A iniciativa teve como objetivo promover a capacitação de alunos e professores de uma escola da rede privada do município de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, no que se refere aos princípios básicos de primeiros socorros, fortalecendo o vínculo entre universidade e comunidade.

A atividade extensionista foi planejada a partir dos pressupostos da educação em saúde, fundamentada em metodologias ativas e participativas, valorizando a troca de saberes entre acadêmicos e comunidade escolar. Conforme Freire (2011), o processo educativo deve ser dialógico, respeitando os conhecimentos prévios dos participantes e promovendo a construção coletiva do saber. Nesse sentido, as ações desenvolvidas buscaram superar o modelo tradicional de transmissão de conteúdo, priorizando estratégias que favorecessem a participação ativa dos envolvidos.

A metodologia adotada envolveu a realização de rodas de conversa, palestras educativas e atividades práticas, configurando-se como um relato de experiência com abordagem qualitativa, descritiva e participativa. As rodas de conversa foram utilizadas como espaço de escuta, diálogo e problematização das situações cotidianas vivenciadas no ambiente escolar, permitindo identificar dúvidas, crenças e experiências prévias relacionadas a situações de urgência e emergência. De acordo com Minayo (2014), esse tipo de abordagem favorece a compreensão dos significados atribuídos pelos sujeitos às suas vivências, contribuindo para intervenções mais contextualizadas e efetivas.

As palestras educativas tiveram caráter expositivo-dialogado, abordando temas como conceitos básicos de primeiros socorros, prevenção de acidentes, engasgos, quedas, ferimentos, queimaduras e parada cardiorrespiratória, respeitando a faixa etária e o contexto dos participantes. Essa estratégia encontra respaldo em autores como Berbel (2011), que destaca a importância de metodologias que articulem teoria e prática, promovendo aprendizagem significativa.

Complementarmente, foram desenvolvidas atividades práticas das técnicas de primeiros socorros, com demonstrações e simulações, possibilitando que os participantes exercitassem procedimentos básicos de forma segura e orientada. Segundo Bordenave e Pereira (2018), a aprendizagem prática favorece a fixação do conteúdo e amplia a autonomia dos indivíduos frente a situações reais, especialmente em contextos que exigem tomada de decisão rápida, como as emergências.

A aproximação com a comunidade escolar ocorreu de forma planejada e ética, respeitando os princípios da extensão universitária previstos pelo Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras (FORPROEX, 2012), que compreende a extensão como um processo educativo, cultural e científico que articula ensino e pesquisa e viabiliza a relação transformadora entre universidade e sociedade.

Dessa forma, a atividade extensionista desenvolvida na disciplina de Primeiros Socorros do Curso de Enfermagem da UCS, contribuiu não apenas para a formação acadêmica e profissional dos estudantes, mas também para o empoderamento da comunidade escolar, promovendo a disseminação de conhecimentos essenciais para a prevenção de agravos e a preservação da vida, reforçando o papel social da universidade na construção de uma sociedade mais consciente e preparada para situações de urgência.

4- RESULTADOS E DISCUSSÕES

A experiência acadêmica desenvolvida no âmbito da disciplina de Enfermagem em Primeiros Socorros evidenciou resultados significativos relacionados tanto ao processo formativo dos acadêmicos de Enfermagem quanto ao impacto educativo na comunidade escolar. A etapa inicial, voltada à pesquisa e sistematização dos principais temas de urgência e emergência — desmaios, convulsões, manobras de desengasgo e parada cardiorrespiratória (PCR) — possibilitou aos estudantes aprofundar conhecimentos técnicos e pedagógicos, fundamentais para a atuação educativa em saúde.

A organização de um roteiro estruturado, contemplando conceitos, sinais e sintomas e técnicas de primeiros socorros, contribuiu para a clareza e a adequação da linguagem utilizada durante a intervenção. Esse planejamento prévio mostrou-se essencial para a efetividade da ação educativa, uma vez que, conforme Berbel (2011), metodologias ativas exigem intencionalidade pedagógica e alinhamento entre objetivos, conteúdos e estratégias de ensino.

A realização da oficina de Primeiros Socorros em uma escola da rede privada do município de Caxias do Sul (RS), com crianças na faixa etária entre 10 e 11 anos e professores da instituição, evidenciou a pertinência do ambiente escolar como espaço estratégico para ações de educação em saúde. Estudos apontam que a escola constitui um cenário privilegiado para o desenvolvimento de competências relacionadas à prevenção de agravos e à promoção da saúde, especialmente quando as ações são conduzidas de forma participativa e contextualizada (BRASIL, 2018; WHO, 2021).

A escolha da roda de conversa como estratégia metodológica favoreceu a interação, a escuta qualificada e a valorização das experiências prévias dos participantes. Durante esse momento, observou-se expressiva participação dos alunos e professores, com relatos de vivências cotidianas e questionamentos, especialmente relacionados às situações de engasgo e PCR. Esses achados reforçam a importância do diálogo como ferramenta pedagógica, conforme defendido por Freire (2011), ao possibilitar a construção coletiva do conhecimento e o fortalecimento da autonomia dos sujeitos.

As demonstrações práticas e a posterior execução das técnicas de primeiros socorros pelos participantes configuraram-se como um dos principais resultados da intervenção. A participação ativa de todos os envolvidos nas simulações evidenciou maior interesse, engajamento e compreensão dos procedimentos apresentados. A literatura destaca que a aprendizagem baseada na prática favorece a assimilação dos conteúdos e amplia a confiança dos indivíduos para agir diante de situações reais, especialmente em contextos de urgência e emergência (BORDENAVE; PEREIRA, 2018).

Outro aspecto relevante observado foi a redução do medo de agir e o aumento da percepção de responsabilidade frente a situações emergenciais, tanto por parte das crianças quanto dos professores. Esse resultado está em consonância com estudos que apontam que ações educativas em primeiros socorros contribuem para o empoderamento da comunidade, promovendo respostas mais seguras e oportunas diante de agravos à saúde (FORPROEX, 2012; WHO, 2021).

No que se refere aos acadêmicos de Enfermagem, a experiência extensionista favoreceu o desenvolvimento de competências comunicacionais, educativas e éticas, além de estimular a reflexão crítica sobre o papel social do enfermeiro como educador em saúde. A vivência prática junto à comunidade permitiu articular teoria e prática, fortalecendo a formação profissional alinhada às Diretrizes Curriculares Nacionais e aos princípios da extensão universitária.

O feedback positivo obtido ao final da atividade, tanto por parte dos acadêmicos quanto dos participantes da escola, reforça a relevância de iniciativas extensionistas no contexto da formação em Enfermagem. A receptividade da comunidade escolar e o interesse em novas ações educativas evidenciam o potencial transformador da extensão universitária como estratégia de aproximação entre universidade e sociedade.

Dessa forma, os resultados e a discussão apresentados demonstram que a utilização de metodologias participativas, aliadas à prática das técnicas de primeiros socorros, constitui uma estratégia eficaz para a promoção do conhecimento, da autonomia e da segurança no ambiente escolar, reafirmando a importância dessas ações no fortalecimento da educação em saúde e na formação acadêmica em Enfermagem.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência acadêmica relatada evidencia a relevância do ensino de Primeiros Socorros no contexto da formação em Enfermagem, especialmente para estudantes da área da saúde, ao contribuir para o desenvolvimento de competências técnicas, educativas e éticas essenciais à atuação profissional. O domínio de conhecimentos básicos em situações de urgência e emergência mostrou-se fundamental não apenas para o aprimoramento da formação acadêmica, mas também para a promoção da segurança e da autonomia da comunidade.

Destaca-se, ainda, a importância das atividades de extensão universitária como estratégia de aproximação entre universidade e sociedade, possibilitando a aplicação do conhecimento científico à realidade comunitária. A inserção dos acadêmicos em ações educativas junto à comunidade escolar favoreceu a troca de saberes, o fortalecimento do vínculo institucional e a disseminação de práticas seguras de cuidado, reforçando o papel social da universidade na promoção da saúde.

Nesse sentido, torna-se evidente a necessidade de as instituições de ensino superior incentivarem e ampliarem iniciativas extensionistas, integradas ao ensino, que promovam a educação em saúde e contribuam para a formação de profissionais críticos, comprometidos e socialmente responsáveis. A experiência apresentada reforça o potencial transformador dessas ações e aponta para a importância de sua continuidade e ampliação em diferentes contextos comunitários.

REFERÊNCIAS

- BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011.
- BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. *Estratégias de ensino-aprendizagem*. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2018.
- BRASIL. Lei nº 13.722, de 4 de outubro de 2018. Torna obrigatória a capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino. *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem*. Brasília: MEC, 2014.
- BRASIL. Ministério da Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem*. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Brasília, DF: MEC, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- DREYER, A. et al. Effectiveness of first aid training programs for laypeople: a systematic review. *Resuscitation*, Amsterdam, v. 170, p. 1–10, 2022.
- FERREIRA, L. R. et al. Conhecimento de professores sobre primeiros socorros no ambiente escolar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 76, n. 2, e20220541, 2023.
- FORPROEX. *Política Nacional de Extensão Universitária*. Manaus: FORPROEX, 2012.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
- GONÇALVES, M. A. et al. Educação em saúde e políticas públicas: contribuições da educação permanente para a promoção da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 136, p. 245–256, 2023.
- INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY (ILAE). *Guidelines for seizure management in children*. Geneva: ILAE, 2020.
- LIMA, R. S. et al. A extensão universitária como estratégia formativa na enfermagem: impactos na formação profissional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 26, e210456, 2022.
- MARTINS, P. L. et al. Extensão universitária e compromisso social na formação em enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 13, e24, 2023.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- PHTLS. *Prehospital Trauma Life Support*. 9. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2020.
- RIBEIRO, A. P.; COSTA, M. C. Primeiros socorros no ambiente escolar: percepção e preparo de profissionais da educação. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 1–12, 2021.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

UNICEF. Child injury prevention: global status report. New York: United Nations Children's Fund, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). First aid training and education: guidelines. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. First aid systems: guidance for policy-makers. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. First aid training for lay responders. Geneva: WHO, 2022.

Capítulo 7



10.37423/251210551

A INFLUÊNCIA DA ARTETERAPIA NO TRATAMENTO DA PESSOA IDOSA COM TRANSTORNO DEPRESSIVO

Sheyla Tamara Pereira dos Santos

Faculdade FASIPE

Fabiana de Freitas Figueiredo

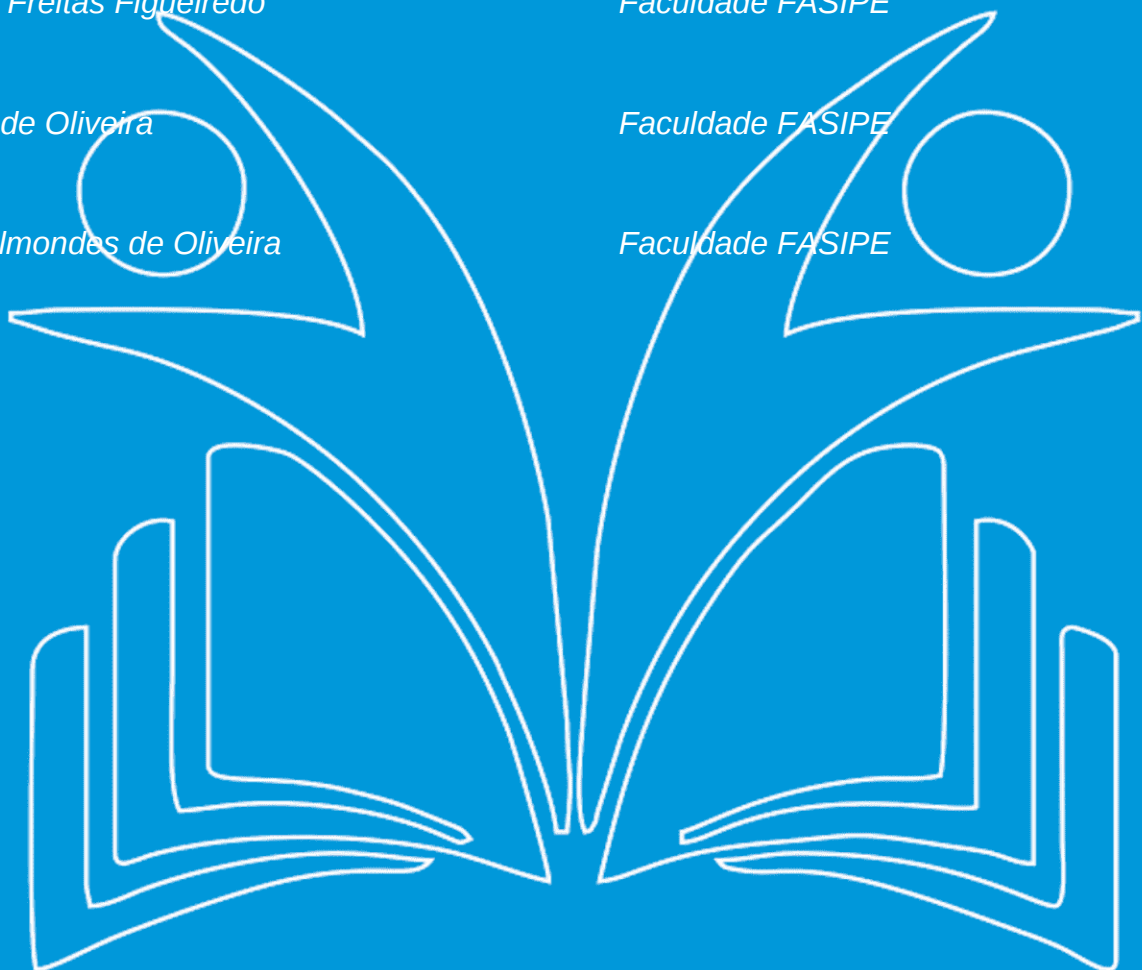
Faculdade FASIPE

Lays Andrade Oliveira

Faculdade FASIPE

Adriana Delmondes de Oliveira

Faculdade FASIPE



RESUMO

O número de pessoas com 60 anos ou mais no mundo está crescendo rapidamente e o envelhecimento é um fato amplamente documentado por todos os países e organizações internacionais. No Brasil o aumento da expectativa de vida no país também cresceu abruptamente. Doenças crônicas não transmissíveis, como por exemplo, a depressão em idosos, são muitas vezes o resultado de uma combinação de fatores genéticos, ambientais, fisiológicos e até comportamentais que dependem do estilo de vida do indivíduo. Embora não seja uma emergência, é importante cuidar dessa situação. Objetivo: Analisar e compreender as produções científicas disponíveis na literatura sobre a importância que as atividades lúdicas trazem para pessoa idosa com transtorno depressivo, auxiliando para a qualidade de vida no processo do envelhecimento. Metodologia: revisão bibliográfica narrativa, análise e interpretação das literaturas publicadas em livros e artigos científicos eletrônicos que foram selecionados da base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde, para construção do presente trabalho. Resultados e discussão: Foram analisados 16 artigos sobre os benefícios que a arteterapia traz para vida da pessoa idosa com transtorno depressivo. O período de publicação dos artigos está compreendido entre 2012 e 2022. Ao analisar os artigos, foram encontrados os benefícios da arteterapia para pessoas com depressão e as reflexões desenvolvidas sugerem que a arteterapia é um método eficaz de canalização e transformação dos conflitos decorrentes da doença mental, pois constitui um canal de expressão da subjetividade humana, permitindo o acesso e a colaboração com conteúdo internos. Conclui-se que a arteterapia propõe uma transformação das tradicionais formas de tratamento na área da enfermagem e se destaca como uma ferramenta importante no trabalho do enfermeiro possibilitando a humanização, promoção da saúde mental e comodidade para os pacientes.

Descritores: Envelhecimento populacional. Arteterapia. Saúde Mental. Qualidade de vida.

1. INTRODUÇÃO

O número de pessoas com 60 anos ou mais no mundo está crescendo rapidamente e o envelhecimento é um fato amplamente documentado por todos os países e organizações internacionais e nacionais. No Brasil o aumento da expectativa de vida no país também cresceu abruptamente. Possivelmente, esse aumento deve ser acompanhado da melhora ou manutenção da saúde e qualidade de vida (Freitas et al., 2020).

Dados epidemiológicos mostram que as principais patologias que adoece e causa complicações graves na população idosa estão incluídas no grupo de doenças não transmissíveis, sendo as doenças crônicas as que se ligam diretamente com a mortalidade e morbidade tendo suas taxas elevadas devido à exógena e exacerbação de doenças crônicas (Toldrá et al., 2020). Elaborar ações estratégicas para os idosos e colocá-las em prática é um dos grandes desafios a serem enfrentados pelas Políticas de Saúde Pública, uma vez que estas ações dependem de um olhar integral para que possam proporcionar uma melhor qualidade de vida para os idosos (Silva et al., 2021).

No entanto, situações de doenças, acidentes e estresse emocional podem levar a patologias nas quais necessitam auxílio. Muitas vezes não conseguindo lidar com as sensações e os sentimentos negativos, evoluindo para um quadro depressivo. Visto que a terceira idade é uma faixa etária vulnerável a uma variedade de condições, incluindo transtornos mentais, especialmente a depressão (Moraes, 2017).

A depressão (CID 10 – F33) é uma doença psiquiátrica crônica e recidivante que causa alteração de humor, caracterizada por desgosto profundo e interminável, associada a sentimentos de dor, frustração, desesperança, baixa autoestima e culpa, além de alterações do sono e do apetite (Rufino et al., 2018). O envelhecimento populacional aumenta a carga de doenças da população, principalmente no que diz respeito às doenças mentais, principalmente a depressão. Isso é especialmente importante para o Brasil, onde se estima que até 2045 o número de idosos no país ultrapassará o número de crianças (Costa et al., 2021).

Tendo em vista esse aumento nos índices de idosos com diagnóstico de depressão começou a se pensar em tratamentos ocupacionais como a arteterapia, dança e terapia ocupacional, são formas de atividades essenciais no tratamento geriátrico que corroboram para aumentar os níveis de hormônios de endorfinas, mitigando os efeitos adversos causados pela doença mental (Ramos et al., 2019). As atividades que estimulam a função sensorial, cognitiva e motora em idosos são importantes para

manter a inteligência e reduzir a deterioração mental. Essas atividades preservam suas habilidades cognitivas e garantem uma melhor qualidade de vida aos idosos (Freitas et al., 2020).

Por envolver diversas áreas da arte e suas possibilidades, a arteterapia fragmenta a rotina de tratamento que só é mantida por medicamentos, traz benefícios não apenas para o processo de cura, mas também para a rotina do paciente. Embora essa prática terapêutica tenha sido introduzida recentemente na sociedade, tem se mostrado um complemento eficaz para o tratamento da ansiedade e depressão. A relação entre arte e saúde tem motivado novas técnicas de tratamento visando a readaptação psicológica e social do indivíduo (Silva et al., 2021).

Diante do exposto, o estudo tem como objetivo analisar a importância da arteterapia em tratamento de idosos com transtorno de ansiedade e depressão e levando ao questionamento que norteou a pesquisa “Quais benefícios a arteterapia pode contribuir na melhora funcional da pessoa idosa?”

2. REVISÃO DE LITERATURA

Arteterapia é o uso da arte como base para um processo de cura que proporciona resultados em um período muito curto. Compreender as descobertas científicas sobre os benefícios e contribuições da arteterapia para o envelhecimento permitirá identificar possíveis lacunas e orientar novas pesquisas que contribuam para esse tema. Trata-se de uma ferramenta que potencializa a singularidade pessoal, pois permite que os idosos sigam um caminho de expressão, comunicação e síntese de suas experiências pessoais. A seguir serão abordados os temas: história da arteterapia, depressão: a necessidade de externar as angústias internas, efeitos da arteterapia na população idosa, relevância da arteterapia para prevenção da depressão.

2.1 HISTÓRIA DA ARTETERAPIA

Dentre as técnicas de intervenção mais recentes há a arteterapia que surgiu no final do século XIX como alternativa terapêutica, utilizada como ferramenta para promover saúde e intensificar o estímulo ao idoso. Esta prática atualmente está inserida em diversos campos de atuação, aplicada em forma de terapia no processo de enfermagem, na qual irá observar as necessidades do paciente e buscar a otimização individual (Silva et al., 2021).

Afinal, a expressão artística exterioriza como cada pessoa se sente por dentro, algumas naturalmente por meio de seus dons, outras por estímulos, como forma de revelar e confrontar suas emoções, dependendo do estilo de sua época. Dessa forma, o lazer e a arte como terapia podem ser coadjuvantes no tratamento da depressão (Medeiros; Toledo; Sousa, 2020).

O termo "arteterapia" surgiu no final da década de 1940, Adrian Hill foi um dos primeiros a usá-lo no Reino Unido para definir a técnica de criação de imagens como terapia e, quase ao mesmo tempo, Margaret Naumburg também usou o termo para definir seu trabalho nos Estados Unidos da América, liberando o inconsciente através da expressão artística espontânea. Embora ambas usem o termo "arteterapia", há uma diferença definitiva em suas abordagens: Hill usa a arte como terapia, demonstrando o poder curativo inerente ao processo criativo, enquanto Margaret aplica arte à terapia, revelando a importância estabelecida dos relacionamentos. *Terapeuta, Paciente e Criação Artística* (Silva, 2015).

No Brasil, um nome que se destaca por sua enorme influência nos fundamentos teóricos da arteterapia é Nise da Silveira, que desenvolveu um trabalho em 1946, usando a arte para tratar pessoas com transtornos mentais ao inserir a arte no contexto terapêutico, Nise notou e reportou a grande evolução benéfica no quadro clínico de seus pacientes, além de ajudá-la a ter uma percepção diferenciada da angústia humana (Medeiros e Silva, 2021).

Arteterapia é o uso da arte como base para um processo de cura que proporciona resultados em um período muito curto. Compreender as descobertas científicas sobre os benefícios e contribuições da arteterapia para o envelhecimento permitirá identificar possíveis lacunas e orientar novas pesquisas que contribuam para esse tema. Trata-se de uma ferramenta que potencializa a singularidade pessoal, pois permite que os idosos sigam um caminho de expressão, comunicação e síntese de suas experiências pessoais. Ao representar conteúdos conscientes e inconscientes, a expressão artística ajuda a integrar os aspectos emocionais e cognitivos da saúde e da doença, ajuda a ampliar a compreensão de si mesmo e, assim, melhorar a qualidade de vida (Jardim et al., 2020).

2.2 DEPRESSÃO: A NECESSIDADE DE EXTERNAR AS ANGÚSTIAS INTERNAS

A depressão é um distúrbio clínico fortemente associado aos idosos, pois aumenta a morbimortalidade e afeta negativamente a capacidade funcional e a qualidade de vida desses indivíduos, sendo

ocasionada por aspectos de ordem biológica, psicológica e social, tendo como principais sintomas o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer na realização das atividades (Silva et al., 2021).

Na população idosa, essa é uma doença comum, tendo maiores índices de ocorrências nas mulheres ou idosos com idades mais avançada. Esse transtorno pode causar alterações temporárias na função cognitiva, e muitas vezes difícil diferenciar essa condição da demência. É a principal causa de incapacidade em todo o mundo (LIMA et. al, 2018).

A depressão é caracterizada pela amargura, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono e do apetite fadiga e falta de concentração. Aqueles que sofrem desta condição também podem ter várias doenças físicas sem causa aparente. O transtorno depressivo pode ser duradouro ou recorrente, afetando significativamente a capacidade das pessoas serem funcionais no trabalho ou meio social, bem como sua capacidade de lidar com a vida cotidiana. Essa doença, em seu estado leve e moderada pode ser tratada de forma eficaz com terapias que usam o diálogo, comportamentos cognitivos e psicoterapia. Porém, quando atinge seu nível mais grave pode levar ao suicídio. É importante manter ou retomar a reabilitação e interações nas atividades sociais (Andrade et al., 2021).

Portanto, uma grande dificuldade dos profissionais de saúde é diagnosticar corretamente essa condição clínica, que em muitos casos está relacionada ao fato de a maioria dos idosos negar sua depressão e não procurar tratamento. Quando se trata de depressão em idosos, é muito importante estabelecer um diagnóstico diferencial porque coexistem outros transtornos que podem ser físicos ou psiquiátricos e até confundidos com uma possível demência (Silva et al., 2021).

Esses indicadores traduzem a necessidade de um olhar holístico para a possibilidade do diagnóstico de depressão em idosos, uma vez que ainda é comum a atribuição errônea dos sintomas depressivos ao processo de envelhecimento, por parte do próprio idoso, de seus familiares e de alguns profissionais de saúde (Andrade et al., 2021).

2.3 EFEITOS DA ARTETERAPIA NA POPULAÇÃO IDOSA

A arteterapia pode proporcionar benefícios significantes na fase de envelhecimento. Segundo Valladares-Torres (2018) a vida dos idosos que fazem arteterapia é enriquecida com novas formas de perceber-se a realidade mesmo naqueles com demência ou doença de Alzheimer, pois a interação com

a arte é uma recreação prazerosa, que estimulam a melhora da função cognitiva, permitindo o alívio da doença.

Exercícios como terapia ocupacional e participação em atividades artísticas e recreativas também desempenham um papel fundamental no tratamento de idosos com depressão. Essas intervenções psicoterápicas, são um meio para ajudá-los a reorganizar seus projetos de vida (Pinheiro e Gomes, 2014).

Esta técnica é um treinamento da mente para estimular o inconsciente. Nesse contexto a arte vem para promover o prazer e ajudar a superar os sintomas depressivos, podem ser usadas para estímulo na melhora da função motora cognitiva e sensorial, a autoestima, a autoconsciência e a resiliência emocional e a resposta será própria a cada um, com diferentes narrativas culturais e saberes. Além de poder na resolução de conflitos interpessoais (Jardim, 2020).

Foi possível observar os benefícios da arteterapia para a promoção do bem-estar das pessoas idosas, uma vez que a ela propicia mudanças nos campos afetivo, interpessoal e relacional; apresentando melhora do equilíbrio emocional. Conteúdo produzidos pelo consciente e inconsciente, ajudam a ampliar a compreensão de si mesmo, melhorar o entendimento sobre as emoções e sentimentos diante da realidade e desafios da vida. Os benefícios destacados são melhora da autoestima, relacionamentos e forma de ver a vida ocasionando uma sensação geral de bem-estar (Valladares-Torres, 2018).

2.4 RELEVÂNCIA DA ARTETERAPIA PARA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO

Destaca-se que o fortalecimento dos vínculos sociais e familiares é um fator importante para a manutenção do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos, prevenindo a depressão, com vistas a aumentar o engajamento social dos idosos com suas famílias, principalmente com outras faixas etárias (Santos, 2018).

As intervenções educativas podem ser realizadas de diferentes maneiras, com atividades em grupo especialmente projetadas para construir e fortalecer os vínculos com os idosos, promovendo a interação social e ajudando as comunidades a viver melhor. Após a edição da Portaria 849, o Ministério da Saúde incorporou a arteterapia a esse novo conjunto de práticas. Com o objetivo de promover a

saúde e a qualidade de vida, as atividades artísticas são utilizadas como ferramenta de cuidado e abrangem a arte em todas as suas manifestações (BRASIL, 2017).

As terapias integrativas têm atuado como um canal para abrir e transformar as formas tradicionais de tratamento. Uma vez que não se limitam à expressão, mas visam à reabilitação, porque provê espaço para fala, expressão e percepção (Freitas et al., 2020). É um instrumento valioso no cuidado em saúde mental que contém diversos recursos artísticos em diferentes aplicações e formas de abordagem. É uma ferramenta de transformação subjetiva que deve ser explorada e disseminada para promover a humanização, a socialização e a qualidade de vida da pessoa idosa. Por meio de atividades recreativas os idosos passaram a acreditar no próprio potencial. Apoiá-los com carinho e afeto, trazendo segurança e confiança, são ingredientes essenciais à reestruturação de suas vidas (Silva e Costa, 2021).

Melhorias significativas foram efetivas nos aspectos físicos e biológicos dos idosos participantes ativamente das atividades lúdicas. Visto que a arteterapia estimula o idoso a reviver suas memórias adormecidas, incentivando-o a retornar aos seus movimentos passados, e ao mesmo tempo reinserindo o idoso ao cotidiano de sua vida (Sousa et al., 2019). Percebe-se que a presença e contribuição da arte no tratamento de pacientes com determinado tipo de demência é uma realidade tanto nas sociedades atuais quanto ao longo da história e que esse recurso agrega positivamente ao tratamento dessas pessoas (Valladares-Torres, 2018).

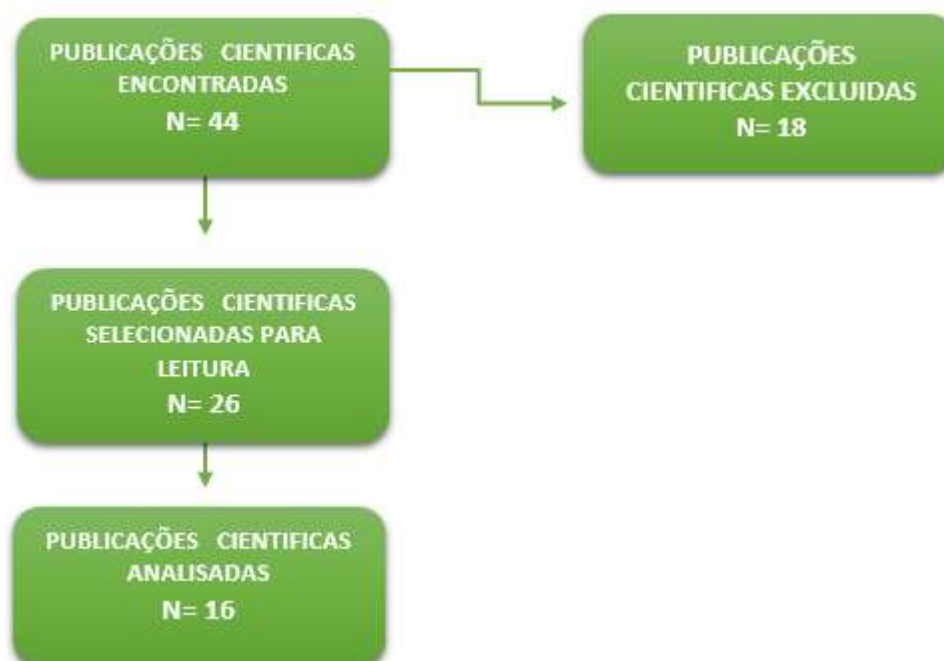
3. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura, sendo o critério de inclusão adotado trata-se da data de publicação dos estudos e do idioma, os artigos utilizados devem ter sido publicados nos últimos dez anos em língua portuguesa. E os critérios de exclusão foram: artigos publicados em outros idiomas, livros, teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso. Para o desenvolvimento desta pesquisa, os materiais utilizados foram encontrados nas bases de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde. Para esta pesquisa utilizamos artigos científicos publicados nos periódicos acima citados no período de 2012 a 2022.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2022 a dezembro de 2022. O processamento dos dados encontrados foi realizado por meio dos descritores utilizados, sendo eles: Envelhecimento populacional. Arteterapia. Saúde Mental. Qualidade de vida. Foram elegíveis 44 artigos publicados em periódicos e indexados nas bases de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Google

Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde e independente da língua ou ano de publicação, que contemplaram a captura com os descritores selecionados e seguindo os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. O operador booleano utilizado foi o and. Após a leitura destes artigos na íntegra, para atingir o objetivo proposto, foram selecionados dezesseis artigos para análise que atendiam aos critérios previamente estabelecidos, conforme a Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma - seleção dos artigos científicos sobre benefícios da arteterapia, segundo as bases de dados estabelecidas. Cuiabá, MT, Brasil, 2022.



Fonte: Própria

A análise das informações foi realizada por meio de leitura exploratória do material bibliográfico encontrado, utilizando-se abordagem descritiva. A leitura dos artigos permitiu evidenciar as principais convergências encontradas, que foram sintetizadas, agrupadas e categorizadas. As categorias foram: Importância das atividades lúdicas para a qualidade de vida no processo do envelhecimento; O benefício da arteterapia para população idosa.

Por se tratar de uma revisão integrativa, o presente trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Contudo, todos os trabalhos utilizados e de domínio público foram devidamente referenciados, respeitando os direitos autorais dos pesquisadores. Sendo assim, o estudo seguiu as normas devidas, respeitando a resolução CONEP 466/12.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 16 artigos sobre os benefícios que a arteterapia traz para vida da pessoa idosa com transtorno depressivo. O período de publicação dos artigos está compreendido entre 2012 e 2022. Na intenção de sistematizar, otimizar e apresentar os achados, uma tabela foi elaborada com as informações que subsidiaram a busca, contemplando os seguintes aspectos: Título; Autores; Periódicos; Objetivo e Resultados principais.

Na Tabela 1, pode-se verificar os artigos selecionados para este estudo, apresentando o título, autores, periódicos, objetivo do trabalho e resultados principais.

Tabela 1 - Distribuição dos artigos selecionados segundo título, autores, periódicos, objetivo e resultados principais.
(2012-2022). Cuiabá, MT, Brasil, 2022.

Título	Autores	Periódico	Objetivos	Resultados Principais
1. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação?	Cassia Figueiredo Rossi Dardengo; Simone Caldas Tavares Mafra.	BVS	Analisar o surgimento e a construção dos conceitos de velhice e envelhecimento, abordando as diversas definições, da antiguidade até a contemporaneidade.	A pesquisa mostrou que há pouca mudança conceitual no processo de envelhecimento, seja biologicamente, psicologicamente, cronologicamente ou socialmente.
2. Fatores associados à depressão em idoso	Fabiana Pinheiro Ramos; et al.	BVS	Compreender a depressão na terceira idade, o perfil e o processo de prevenção e tratamento dos sinais e sintomas.	Percebeu-se que a maioria dos estudos observou a associação de sintomas depressivos com diversos tipos de variáveis, explorando uma ampla gama de aspectos relacionados à institucionalização. A análise dos artigos permitiu a seleção de 6 fatores principais associados à depressão: fator 1: aspectos sociodemográficos, fator 2: condições de saúde, fator 3: capacidade funcional,

				fator 4: comportamento, fator 5: cognição e fator 6: medicamentos.
3. Aspectos gerais, sintomas e diagnóstico da depressão	Sueli Rufino; et al.	SciELO	Abordar as principais características clínicas e aspectos epidemiológicos da depressão.	Analisar os aspectos da depressão. A depressão pode comprometer as pessoas em qualquer fase da vida e, embora a incidência seja mais alta nas idades médias, vem crescendo também durante a adolescência e no início da vida adulta. de medicamentos
4. Benefícios da arteterapia para idosos: uma revisão de Nise à pandemia	Monica Tritone Medeiros Elza Maria Tavares Silva	SciELO	Identificar os benefícios da Arteterapia desde seu início no Brasil, por meio dos estudos e práticas da médica psiquiatra alagoana Nise da Silveira, até o modelo que se estendeu posteriormente para os idosos.	Um relato de experiências de profissionais de saúde e idosos utilizando a arteterapia gerou trocas interessantes e importantes lições, superando barreiras entre profissionais e pacientes, o que lhes permitiu vivenciar o trabalho em questões internas e desenvolver ferramentas. Uma abordagem mais resiliente às adversidades.
5. Contribuições da arteterapia para promoção da saúde e qualidade de vida da pessoa idosa	Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim; et al.	SciELO	Analisar as contribuições da arteterapia na promoção da saúde e na qualidade de vida dos idosos.	Atividades expressivas como, pintura, desenho, recorte-colagem, modelagem e tecelagem foram utilizadas em diferentes intervenções para trabalhar o bem-estar e os efeitos da arteterapia sobre o envelh saudá continua... , autoajuda.

6. Terapêuticas medicamentosas e exercícios físicos na prevenção e tratamento de depressão em idosos: revisão sistemática.	Giovanne L. Mendes; et al.	SciELO	Revisão sistemática da literatura acerca dos efeitos da associação de exercícios físicos regulares e bem orientados às terapêuticas medicamentosas convencionais, tanto na prevenção quanto no tratamento da depressão em idosos.	Pretende revisar a literatura sobre os efeitos da atividade terapêutica e da atividade física na prevenção da depressão em idosos. Tais atividades melhoraram a interação de idosos com o meio social e individual do processo de envelhecimento.
7. Prevalência e aspectos epidemiológicos de depressão em idosos	Tanise Nazaré Maia Costa; et al.	SciELO	Identificar a prevalência de depressão no ambulatório de Saúde do Idoso.	A ocorrência de depressão está relacionada a fatores como idade, estado civil, classe social e condições sociais. É um distúrbio que afeta todas as pessoas em algum momento da vida, seja um humor de curta duração durante a depressão ou depressão, ou uma forma mais grave, prejudicando o desempenho físico e mental.
8. Efeitos das atividades lúdicas no idoso com alteração cognitivo leve: revisão de literatura	Sarah Brandão Pinheiro; Mariana Lima Gomes	BVS	Demonstrar, por meio de pesquisa bibliográfica, os benefícios das atividades lúdicas voltadas para a estimulação cognitiva em pacientes idosos com alteração do cognitivo leve.	O estudo encontrou resultados positivos em relação a estimulação cognitiva associada com atividades lúdicas.
9. Práticas integrativas e complementares no tratamento da depressão: revisão integrativa	Jessé Jerônimo Fernandes e Silva; Russany Silva da Costa.	SciELO	Identificar, por meio de uma revisão integrativa da literatura científica, estudos que analisaram a	Há evidências de que práticas complementares podem aliviar sintomas depressivos e me continua... qualidade de vida de

			eficácia de práticas integrativas e complementares no tratamento da depressão.	pessoas com depressão.
10. Arteterapia na promoção da saúde mental: relato de experiência	Raphaella Castro Jansen; et al.	SciELO	Relatar a experiência da utilização da arteterapia como instrumento de promoção da saúde mental.	Estudos apontam que oficinas terapêuticas são importantes recursos que viabilizam a reabilitação e a reinserção de pessoas com transtornos mentais na sociedade, além de aumentar a autonomia do paciente, estimular a interação social e a remissão dos sintomas que causam o sofrimento psíquico.
11. Arteterapia e idosos: uma revisão bibliográfica	Mayara do Nascimento Tavares; et al.	SciELO	Abordar sobre arteterapia para idosos e seus auxílios e/ou assistência na vida da pessoa idosa.	Pesquisas mostram que o envelhecimento implica no surgimento de necessidades de saúde com uma frequência cada vez maior de problemas. Especialmente problemas crônicos que ocorrem ao longo da vida de uma pessoa além das falhas características do envelhecimento.
12. Arteterapia: a Arte como Instrumento no Trabalho do Psicólogo	Alice Casanova dos Reis	SciELO	Refletir sobre a arte como instrumento de trabalho no campo específico da Psicologia. Apoiando-se na revisão de literatura sobre a temática, o artigo parte de um olhar histórico, examinando o contexto em que a arteterapia surge e seu	Este artigo examina a arteterapia com o objetivo de refletir sobre a arte como ferramenta de trabalho em um campo específico da psicologia. Com base em uma revisão da literatura relevante, este artigo examina os antecedentes do surgimento e desenvolvimento da arteterapia... partir de uma perspectiva histórica.

			desenvolvimento no Brasil.	
13. Depressão em Idosos: Implicações sociais e outras intercorrências	Gustavo Leitão de Figueiredo Medeiros; Miguel Aguila Toledo; Milena Nunes Alves de Sousa.	SciELO	Identificar, na literatura científica, as implicações sociais e outras intercorrências da depressão em idosos, sob o prisma da atenção primária à saúde. Este estudo desenvolveu-se por meio de uma revisão integrativa	Percebeu-se que a depressão é uma condição clínica muito presente em idosos, por conseguinte, uma enfermidade que necessita atenção, devido suas complicações para com este grupo etário. Destaca-se que a depressão, por ser um agravamento de saúde mental e comprometer a qualidade de vida da pessoa idosa, necessita de cuidados especiais, visto que, quando não tratada por antecipar sua morte.
14. A importância das atividades lúdicas para a qualidade de vida no processo do envelhecimento	Paulo Ricardo Cordeiro de Sousa; et al.	BVS	Analisar as produções científicas disponíveis na literatura sobre a importância das atividades lúdicas para a qualidade de vida no processo do envelhecimento.	Pode-se observar uma melhora nas funções e rotina do idoso, o equilíbrio emocional também apontou melhora significativa através do autoconhecimento, suas emoções puderam ser expostas através da atividade e convivência com outros que estão na mesma fase da vida.
14. Eficácia da Arteterapia como tratamento complementar a depressão em idosos	Karina Almeida da Silva; et al.	SciELO	Analisar a eficácia da arteterapia como um tratamento complementar ao farmacológico para idosos portadores da depressão, além de apresentar os sintomas da doença e a maneira como a	Apesar das limitações e escassez de estudos relacionados ao tema, evidencia-se que a arteterapia demonstrou ser uma ótima forma de tratamento complementar a depressão, visto que com as sessões os idosos participantes puderam estabelecer relação contínua... s, comb...

			mesma se manifesta nessa parcela da população.	sintomas evidentes. mais
14. Arteterapia influencia na qualidade de vida da pessoa idosa? Revisão sistemática de vida no processo do envelhecimento	Ana Zuli Vidal Moreira de Freitas; et al.	SciELO	Realizar uma Revisão Sistemática para verificar o efeito da Arteterapia na qualidade de vida de idosos independentes.	Destacou-se que a arteterapia traz benefícios aos que a utilizam. Apontando resultados significativos, com melhoras na socialização, na autoestima, na qualidade de vida, na saúde, na qualidade de interação entre os idosos.

Fonte: Própria

4.1 Importância das atividades lúdicas para a qualidade de vida no processo do envelhecimento.

O processo de envelhecimento compreende alterações físicas, sociais, psíquicas e comportamentais do indivíduo, essas mudanças causam grande impacto na vida do idoso, pois em anos sua vida era de uma maneira e em um curto espaço de tempo sofre mudanças sendo complicado para a maioria lidar com tais alterações. Estas mudanças chegam aos profissionais de saúde e assistentes sociais de maneira complexa quando se tem um crescimento significativo na população idosa mundial. Dentro desse contexto é exigido da equipe multiprofissional que lida com este público estratégias de cuidado eficazes que gere no idoso possibilidades de cuidado e prevenção de complicações gerados a partir do envelhecimento. (Costa et al., 2021).

Partindo do princípio da necessidade de intervenções para a promoção e prevenção em saúde da população idosa, atividades que possam ser incluídas em sua rotina e realidade, preenchendo o tempo que o indivíduo ficava ocioso anteriormente, começaram a ser utilizadas como estratégia para a melhora da qualidade de vida e bem-estar desses indivíduos. Através de atividades dinâmicas pode-se ofertar autonomia, sentimento de pertencimento ativo a sociedade e bem-estar físico no idoso, proporcionando uma realidade que foi desgastando com o avançar do processo de envelhecimento e as atividades lúdicas contribuem significativamente para o alcance desses objetivos (Reis, 2014).

Inúmeros são os benefícios que as atividades lúdicas proporcionam ao idoso, o estímulo da parte sensorial pode ser um belo exemplo, por decorrência de diversas patologias crônicas a parte sensorial do idoso é prejudicada e atividade que o faça exercitar pode retardar seu progresso. A oportunidade de desenvolver a atividade em grupo pode gerar mais integração social, auxiliando na melhora cognitiva, possibilitando ao idoso sentimentos de felicidade, empatia, realização e independência que se reduz consideravelmente na velhice (Sousa et al., 2017).

Após um período de exercício dessas atividades já pode observa uma melhora nas funções e rotina do idoso, em seu equilíbrio emocional através do autoconhecimento, suas emoções podem ser expostas através da atividade e conviver com outros que estão na mesma fase da vida deixa mais distante o sendo de solidão que muitos queixam-se, por ter a família mais distante, enfrentar a viuvez e na maioria das vezes morarem sozinhos e não terem uma rede de apoio solida, sentimentos negativos são diminuídos e em longos períodos extinguidos através de relatos da população idoso que está em contato com atividades lúdicas em seu cotidiano e rotina (Jardim et al., 2020).

4.1.2 O benefício da arteterapia para população idosa

O conceito de arteterapia se baseia na atividade de expressão artística como método terapêutico, sendo base para manter a comunicação entre o paciente e o profissional através de manifestações artísticas de forma estética. O estudo da arteterapia é destinado como área de especialização para diversos profissionais da área da saúde, como enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas, porém também é utilizado por educadores com o objetivo clínico. Este método terapêutico pode se dividir em algumas áreas como plástica, sonora, literária, dramática e corporal tendo dentro de cada uma técnica característica como desenho, música, pintura, poesia, canto e artesanato (Reis, 2014)

A utilização dessas atividades como recurso terapia, se associado a acompanhamento médico regular, promove ao idoso a possibilidade de ter um processo de envelhecimento saudável. A melhora da autoestima, pois o indivíduo vê utilidade em sua existência, reduz a ansiedade, melhora seu convívio social e mobilidade. A diversidade de opções que abrange a arteterapia possibilita ao idoso a escolha conforme sua melhor identificação e realidade, podendo se adequar e ser sugerida pelo profissional que intermediará qual terá mais impacto em suas necessidades biopsicomotoras, assim focalizando os resultados esperados pelo paciente e pelo profissional, fortalecendo assim o vínculo entre eles, pois a integração entre ambos é indispensável (Medeiros e Silva, 2021).

Em paciente que utilizam arteterapia como um tratamento, portanto, já tem um problema em questão, os profissionais devem se atentar ao encontrarem resistência, pois a indicação pode ter sido feita sobre alguma pressão de familiares ou pessoas próximas. A prática da escuta ativa desses pacientes é de suma importância para a boa adesão ao tratamento, dessa forma o idoso não irá se sentir pressionado ou sentir que sua vontade está sendo anulada, pois no momento do diálogo o profissional mostrou que se importa com suas vontades e desejos (Colom Toldrá et al., 2014).

A maioria dos idosos fragilizados por alguns tipos de transtorno depressivo vê a arteterapia como um meio de saída em meio a um momento de tristeza em que a fase da vida o levou. Depois de algumas sessões realizadas já é possível ouvir relatos dos pacientes em relação a queixas de indisposição, bem-estar físico, aceleração no processo de recuperação de alguma patologia tratada, como também em resultado de exames, pois seu autocuidado também é beneficiado com os inícios dessas atividades, este fato só estimula ainda mais o idoso a dar continuidade em seus processos terapêutico com auxílio da arte (Belarmino et al., 2017).

5. CONCLUSÃO

Em conclusão, pode-se afirmar que existe relação entre a prática de atividades recreativas e a qualidade de vida, principalmente no que diz respeito à estimulação cognitiva em idosos. Da revisão da literatura, verifica-se que as pessoas com mais de 60 anos têm maior probabilidade de desenvolver depressão e que vários fatores contribuem para a sua ocorrência, a pesquisa mostra que as práticas de atividade física associadas à arteterapia tornam os idosos mais interessados e emocionalmente fortes para combater e aliviar os sintomas depressivos e outros problemas relacionados à idade porque, além de promover a estimulação psicomotora, ele também fornece interação social.

REFERÊNCIAS

- ASSUNÇÃO, W. C. SILVA, J. B. F. da. Aplicabilidade das técnicas da terapia cognitivo-comportamental no tratamento de depressão e ansiedade. *Revista Educação, Psicologia e Interfaces*. v. 3 n. 1 2019.
- ANDRADE, P. F. M; SOUZA, S. da C. de, K.; OLIVEIRA do A, G.; ARCOVERDE N, E.; C. de A. R., A.; QUEIROZ M, G.; BRITO, C. R. de, J.; SANTOS R. dos, W.; LOPES D. de S., M. L.; ARAUJO A. de. A qualidade de vida, sintomas de depressão e adesão ao tratamento em pacientes com transtorno depressivo maior. *Revista Ciência Plural*, [S. l.], v. 8, n. 1, p. e25741, 2021. DOI: 10.21680/2446-7286.2022v8n1ID25741. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/25741>. Acesso em: 14 de maio. 2022.
- BELARMINO. I. C. P; SANTOS. D dos; CAVALCANTE. I. P. O lúdico na educação e saúde: uma percepção da enfermagem. II CONBRACIS, II congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. 16 de junho de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>>. acessado em: 18 mai. 2022;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. 2021. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pics/praticasintegrativas> acessado em 18 de mai. 2022.
- CASTILHO. J. A; MEDEIRO. M. O. S. F; SANTOS. J. S. N. T; AMARAL. J. B; SILVA. R. S; Desafios do envelhecimento e a participação na universidade aberta à terceira idade: percepção de idosos; *Rev. Baiana Enfermagem*. 2020.
- COLOM TOLDRÁ, R.; GUIMARÃES C., R., de A. A., B.; F. S., A. C. Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais: DOI: 10.15343/0104-7809.20143802159168. *O Mundo da Saúde*, v. 38, n. 2, p. 159-168, 1 abr. 2014.
- COSTA, T.N. M et al. Prevalência e aspectos epidemiológicos de depressão em idosos. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3. 2021.
- DARDENGO, C. F. R.; MAFRA, S. C. T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? *Revista de Ciências Humanas*, [S. l.], v. 18, n. 2, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/RCH/article/view/8923>. Acesso em: 07 set. 2022.
- FREITAS, A. Z. V. M de.; et al. A arteterapia influencia na qualidade de vida do idoso? Revisão sistemática. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 9, n. 11, pág. e79191110329, 2020.
- GOMES, E. A. P., VASCONCELOS, F. G. e CARVALHO, J. F. Psicoterapia com Idosos: Percepção de Profissionais de Psicologia em um Ambulatório do SUS. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2021, v. 41 [Acessado 11 de março 2022], e224368. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003224368>>. Epub 22 Out 2021. ISSN 1982-3703.<https://doi.org/10.1590/1982-3703003224368>.
- JANSEN, R. C; et al. Arteterapia na promoção da saúde mental: relato de experiência. *Revista de Enfermagem UFPI*. 2021.

JARDIM, V. C. F. da S. et al. Contribuições da arteterapia para promoção da saúde e qualidade de vida da pessoa idosa. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]. 2020, v. 23, n. 4 [Acessado 18 maio 2022], e200173.

PINHEIRO, S. B; e GOMES, M. L. Efeitos das atividades lúdicas no idoso com alteração do cognitivo leve. Revista Pesquisa em Fisioterapia. Abr;4(1):71-77.2014.

RAMOS F. P.; et al. Fatores associados à depressão em idoso. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 19, p. e239, 9 jan. 2019.

REIS, Alice Casanova dos. Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do Psicólogo. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 34, p. 142-157, 2014.

RUFINO, S. et al. Aspectos gerais, sintomas e diagnóstico da depressão. Revista Saúde em foco. V 10. 2018.

SANTOS, Jovelina Fernandes dos. Intervenções educativas como possibilidade de prevenção da depressão em idosos. Rio de Janeiro, v.03 p.31-38. 2018.

SILVA, K.A da, et al. Eficácia da Arteterapia como tratamento complementar da depressão em idosos. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.], v. 10, n. 7, pág. e14010716411, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i7.16411.

SILVA, JIF e; COSTA, RS da. Práticas integrativas e complementares no tratamento da depressão: revisão integrativa. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.], v. 10, n. 16, pág. e168101623595, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i16.23595.

SILVA, Ângelo Vieira da. Depressão: doença ou problema espiritual. Belo Horizonte, v. 19, n. 58, p. 460-464, jan./abr. 2021.

SILVA, Antônia Oliveira. O idoso e o contexto atual da saúde. Escola Anna Nery [online]. 2015, v. 14, n. 4 [Acessado 05 setembro 2022], pp. 664. Epub 14 Jan 2016. ISSN 2177-9465

SOUSA, P. R. C. et al. A importância das atividades lúdicas para a qualidade de vida no processo do envelhecimento. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.]. 2017.

TAVARES, Renata Evangelista et al. Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. Revista brasileira de geriatria e gerontologia, v. 20, p. 878-889, 2017.

TAVARES, do N. M. e; ALVES, K. M. Luna; e LIMA, de S. L. Arteterapia e idosos: uma revisão bibliográfica.2018.

TOLDRÁ, R. C. et al. Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. O mundo da saúde, São Paulo, v. 38 n.2, p.158-168, jan./abr. 2014.

VALLADARES-TORRES, Ana Claudia Afonso. A contribuição da arteterapia na remissão de transtornos depressivos e da toxicomania. Rev. Científica arteterapia cores da vida. Goiânia. Ano 2018.

MARTINS, Gabriela Carneiro. et al. Psicoterapia online para idosos com sintomas depressivos em distanciamento físico: relato de uma experiência. REV. BRAS. PSICOTERAPIA, PORTO ALEGRE, 23(1), 59-72, 2021.

MENDES, G. L et al. Terapêuticas medicamentosas e exercícios físicos na prevenção e tratamento de depressão em idosos: revisão sistemática. Arquivos Brasileiros de Educação Física. v. 3, n. 1, Jan./Jul., 2020.

MEDEIROS, M. T. e SILVA, E. M. T. Benefícios da arteterapia para idosos: uma revisão de Nise à pandemia. Rev. Longe viver, Ano III, n. 11, Jul/ago./set. São Paulo, 2021.

MEDEIROS, G. L. de F. TOLEDO, M. A. e SOUSA, M. N. A. Depressão em Idosos: Implicações sociais e outras intercorrências. Revista M. e P. v14. 2020.

MORAES, Helena et al. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul [online]. 2017, v. 29, n. 1 [Acessado 09 junho 2022], pp. 70-79

Capítulo 8



10.37423/251210554

ACOLHENDO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA TERCIÁRIA

Viviane da Conceição Carius Comym

Michelly Ferreira da Silva

David Pereira de Oliveira

Helena Baptista Alves de Oliveira

Maria Eduarda Rodrigues Andrade

Ricardo Teodoro Marques

Fernanda Borges de Aguiar

Carolina Maria de Jesus Rocha dos Santos

Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva

Eliane Ramos Pereira

Janaina Mengal Gomes Fabri

Universidade Federal Fluminense (UFF);

Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO).

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia

Universidade Federal Fluminense (UFF);

Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO)

Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO)

Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO)

Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO)

Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO)

Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO)

Universidade Federal Fluminense (UFF)

Universidade Federal Fluminense (UFF)

Universidade Federal Fluminense (UFF);

Instituto Nacional de Traumatologia e

RESUMO

Os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentam muitos desafios desde a suspeita de um diagnóstico até a chegada à instituição. Na ortopedia frequentemente esses usuários ficam por longos anos na fila de espera. Visando minimizar desconfortos e maiores danos a essas pessoas, a equipe de Acolhimento da Instituição atua diretamente na porta de entrada. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é relatar e refletir sobre a experiência do acolhimento aos usuários em um instituto público federal de traumatologia e ortopedia, desenvolvido no âmbito da enfermagem com o apoio de uma equipe multiprofissional, evidenciando suas contribuições para a humanização da assistência, a redução do sofrimento e o fortalecimento das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) em uma unidade de saúde pública terciária. Método: Estudo descritivo, qualitativo, relato de experiência da Enfermeira da Humanização de uma instituição de saúde pública federal de alta complexidade situada na cidade do Rio de Janeiro. Resultados: No momento que o usuário entra na Instituição estabelecem-se as prioridades da fila de atendimento de acordo com o estado de fragilidade e vulnerabilidade física e/ou psíquica. Os usuários são atendidos seguindo o princípio da discricionariedade válida perante o direito e não somente perante a lei, de acordo com a maior vulnerabilidade dentro das prioridades estabelecidas pela legislação brasileira. Em seguida é encaminhado aos estagiários da equipe do Acolhimento que direciona o usuário ao setor agendado, minimizando deslocamentos desnecessários. Os usuários da instituição relatam que o serviço de Acolhimento é muito importante para o atendimento deles, pois se sentem seguros ao procurar ajuda em um ambiente desconhecido e com estrutura física de grande dimensão. Sentem-se também felizes de saber que são vistos de forma única e indivisível. Relatam redução da ansiedade, medo e preocupações com o procedimento cirúrgico. O Acolhimento é uma estratégia fundamental, que consiste na reorganização do processo de trabalho de maneira a atender a todos que procuram os serviços de saúde, fortalecendo o princípio da universalidade e a busca da integralidade e da equidade promovendo reflexões e ações de Humanização dos Serviços de Saúde, fundamentadas na ética e na cidadania (BRASIL, 2013). Conclusão: Quando prestamos um atendimento humanizado podemos minimizar a dor do usuário e consequentemente melhorar a sua experiência, por conseguinte reduzir os efeitos deletérios à saúde. O atendimento humanizado é uma forma viável prevista pelas políticas de saúde para solucionar questionamentos e problemas de forma empática e acolhedora. Implicações para o campo da saúde e enfermagem: A equipe de Acolhimento promove bem-estar para os usuários e satisfação da equipe de enfermagem colaborando com a melhoria do clima organizacional.

Descritores: Acolhimento, Humanização, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui uma das maiores políticas públicas de saúde do mundo, orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 1990; Paim et al., 2012). Apesar de seus avanços estruturais e normativos, os usuários do SUS enfrentam inúmeros desafios desde a suspeita diagnóstica até o acesso efetivo aos serviços especializados, especialmente na atenção terciária. Esse percurso é frequentemente marcado por longos períodos de espera, incertezas, sofrimento físico e desgaste emocional, que impactam diretamente a experiência do cuidado (Cecílio; Merhy, 2003; Ayres, 2004).

No campo da ortopedia e traumatologia, tais desafios tornam-se ainda mais evidentes. Muitos usuários convivem por anos com limitações funcionais, dor crônica e restrições sociais enquanto aguardam consultas especializadas ou procedimentos cirúrgicos. Ao chegarem à instituição de alta complexidade, esses sujeitos carregam consigo expectativas, medos e vulnerabilidades que ultrapassam a dimensão biológica do adoecimento.

Nesse contexto, o acolhimento emerge como uma estratégia fundamental para reorganizar o processo de trabalho em saúde, qualificando a porta de entrada e promovendo uma escuta sensível às necessidades singulares dos usuários. Mais do que uma ação pontual, o acolhimento configura-se como uma postura ética e política, alinhada à Política Nacional de Humanização (PNH), que reconhece o usuário como sujeito de direitos e protagonista do cuidado (Brasil, 2013).

Este capítulo tem como objetivo relatar e refletir sobre a experiência do acolhimento aos usuários em um instituto público federal de traumatologia e ortopedia, desenvolvida no âmbito da enfermagem com o apoio de uma equipe multiprofissional, evidenciando suas contribuições para a humanização da assistência, a redução do sofrimento e o fortalecimento das diretrizes da Política Nacional de Humanização em uma unidade de saúde pública terciária.

O SUS, a Atenção Terciária e os Desafios do Acesso

A atenção terciária no SUS é caracterizada pela oferta de serviços de alta complexidade tecnológica, destinados ao diagnóstico e tratamento de condições que demandam recursos especializados. Instituições como os institutos nacionais de referência concentram grande demanda de usuários provenientes de diferentes regiões, o que gera fluxos intensos e estruturas físicas extensas.

O acesso a esses serviços costuma ser precedido por um longo itinerário terapêutico, que inclui múltiplas consultas, exames, encaminhamentos e períodos prolongados de espera. Esse percurso pode intensificar sentimentos de insegurança, ansiedade e descrença no sistema de saúde, especialmente entre usuários em situação de maior vulnerabilidade social, econômica ou emocional.

Além disso, a lógica tradicional de organização dos serviços, centrada em filas, senhas e critérios estritamente normativos, pode invisibilizar necessidades subjetivas e situações de sofrimento que não se enquadram imediatamente nos protocolos formais. Nesse cenário, o acolhimento surge como uma resposta ética e organizacional às limitações do modelo fragmentado de atenção.

Acolhimento como Dispositivo da Política Nacional de Humanização

A PNH propõe o acolhimento como diretriz transversal para os serviços de saúde, compreendendo-o como a reorganização do processo de trabalho de modo a garantir acesso, escuta qualificada e responsabilização compartilhada pelo cuidado (Brasil, 2013). Acolher significa receber o usuário desde sua chegada, reconhecendo suas demandas explícitas e implícitas, e oferecendo respostas possíveis e responsáveis.

Diferentemente de uma triagem meramente técnica, o acolhimento pressupõe a construção de vínculo, o respeito à singularidade e a consideração das dimensões físicas, psíquicas, sociais e emocionais do sujeito. Trata-se de um exercício ético que articula direitos, cidadania e cuidado, ampliando a compreensão de saúde para além da ausência de doença, em consonância com a noção de cuidado integral e produção de subjetividades no trabalho em saúde (Merhy, 2002; Ayres, 2009) e também com o que preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS) ao definir saúde, em 1946, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (Ministério da Saúde, 2020).

No âmbito da atenção terciária, o acolhimento assume papel estratégico ao mediar a relação entre usuários e uma instituição de grande porte, frequentemente percebida como impessoal e complexa. Ao humanizar a porta de entrada, cria-se um ambiente mais seguro, orientador e inclusivo, capaz de reduzir tensões, oferecer escuta e facilitar o percurso do cuidado.

A Enfermagem no Acolhimento: Dimensão Ética e Relacional

A prática do acolhimento encontra na enfermagem um campo privilegiado de atuação, em virtude da formação orientada para o cuidado integral, a escuta sensível e a articulação entre diferentes setores da instituição (Backes et al., 2011; Silva; Sena, 2006). A enfermeira que atua no acolhimento não se limita à execução de protocolos, mas exerce um papel mediador, identificando vulnerabilidades, priorizando demandas e orientando o usuário de forma clara e empática.

Essa atuação exige competências técnicas, comunicacionais e éticas, além de sensibilidade para reconhecer situações de fragilidade física e/ou psíquica que demandam atenção prioritária. O julgamento profissional, ancorado na legislação vigente e nos princípios do SUS, é exercido com base na discricionariedade válida perante o direito, considerando não apenas a norma, mas a justiça social e a equidade.

Ao reconhecer o usuário como ser único e indivisível, a enfermagem reafirma seu compromisso histórico com a humanização do cuidado e com a defesa da dignidade humana no cotidiano dos serviços de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, construído a partir da prática profissional desenvolvida no setor de Humanização de uma instituição pública federal de alta complexidade, referência nacional em traumatologia e ortopedia, localizada na cidade do Rio de Janeiro.

O relato fundamenta-se na observação sistemática do cotidiano de trabalho, nos registros institucionais não estruturados, nas interações com usuários e profissionais e na reflexão crítica da enfermeira responsável pelo acolhimento e equipe multiprofissional, que atua como referência técnica e ética do processo de acolhimento. A escolha pelo relato de experiência justifica-se por permitir a valorização do saber produzido na prática, reconhecendo o cotidiano dos serviços de saúde como espaço legítimo de produção de conhecimento científico.

A condução do acolhimento se desenvolve de forma articulada, sustentada por uma equipe multiprofissional composta por duas acadêmicas de enfermagem, uma acadêmica de psicologia, seis estagiários de nível médio, três profissionais administrativos e uma assistente social. Essa organização do trabalho oferece suporte operacional, informacional e relacional ao processo de acolhimento,

favorecendo a escuta qualificada, a avaliação de vulnerabilidades e a tomada de decisões éticas ao longo do cuidado.

A análise da experiência foi orientada pelos princípios da PNH e pelo referencial da integralidade do cuidado, buscando compreender como o acolhimento se materializa na atenção terciária em ortopedia e traumatologia.

RESULTADOS:

A Prática do Acolhimento na Porta de Entrada da Instituição

No momento em que o usuário adentra a instituição, o acolhimento configura-se como a primeira tecnologia leve acionada no cuidado. A enfermeira, juntamente com a equipe multiprofissional realiza a escuta inicial, identifica demandas explícitas e implícitas, avalia o grau de vulnerabilidade física, psíquica e social e esclarece dúvidas relacionadas ao funcionamento institucional e ao itinerário assistencial.

A partir dessa avaliação, são estabelecidas prioridades de atendimento, considerando-se tanto os critérios normativos previstos na legislação brasileira quanto o princípio da equidade, que orienta a oferta diferenciada de cuidado àqueles em maior situação de fragilidade. O julgamento clínico e ético da enfermeira é central nesse processo, pois permite ultrapassar a lógica estritamente burocrática e reconhecer necessidades singulares.

A equipe multiprofissional atua como suporte fundamental à enfermeira, especialmente no direcionamento dos usuários, no acompanhamento aos setores agendados e na mediação de informações. Estagiários do acolhimento auxiliam na orientação e no deslocamento dentro da instituição, reduzindo esforços físicos desnecessários, comuns em usuários ortopédicos com mobilidade reduzida, dor crônica ou uso de dispositivos auxiliares.

Essa organização do trabalho mostra-se particularmente relevante na atenção terciária em ortopedia, onde a extensão da estrutura física e a complexidade dos fluxos podem intensificar o sofrimento e a desorientação dos usuários (Oliveria et al., 2018; Moreno et al., 2018).

Percepções dos Usuários sobre o Acolhimento

Os resultados da experiência evidenciam que o acolhimento exerce impacto significativo na vivência dos usuários atendidos na instituição. Os relatos apontam que a presença de um profissional de referência, especialmente o enfermeiro, no momento da chegada ao serviço, gera sensação de segurança, confiança e pertencimento.

Usuários em acompanhamento ortopédico frequentemente chegam à instituição após longos períodos de espera e sofrimento, trazendo consigo medo relacionado ao procedimento cirúrgico, à anestesia e à possibilidade de perda funcional. A escuta qualificada e a orientação clara contribuem para a redução da ansiedade, do medo e das preocupações, favorecendo maior adesão ao tratamento.

A atuação integrada da equipe multiprofissional potencializa esses efeitos, ao garantir continuidade no apoio e no direcionamento do usuário. Essa experiência positiva associa-se à forma como as prioridades são avaliadas, as demandas legitimadas e as respostas construídas de maneira ética e acolhedora ao longo do acolhimento.

Esses achados convergem com estudos realizados em serviços de alta complexidade, que apontam o acolhimento como fator associado à satisfação do usuário, à humanização do cuidado e à melhoria da experiência hospitalar em contextos ortopédicos e cirúrgicos (Silva et al., 2017; Souza; Santos, 2021).

Impactos do Acolhimento na Humanização e na Organização do Trabalho

Além dos benefícios para os usuários, o acolhimento repercute positivamente na organização do trabalho em saúde. Ao qualificar a porta de entrada, reduz-se a ocorrência de conflitos, retrabalho e desinformação, promovendo maior fluidez nos fluxos institucionais.

Para a equipe de enfermagem, a prática do acolhimento favorece a satisfação profissional e o fortalecimento do sentido do trabalho, ao permitir o exercício pleno do cuidado humanizado. A melhoria do clima organizacional decorre da valorização das relações, do trabalho em equipe e do reconhecimento do impacto positivo da atuação profissional.

É importante ressaltar que o acolhimento também contribui para a redução de registros de manifestações junto ao setor de Ouvidoria¹, uma vez que oferece um espaço qualificado para esclarecimento de dúvidas e orientação dos usuários. Além disso, o acolhimento atua na mediação

com outros setores, quando necessário, favorecendo ajustes no agendamento de consultas no sistema e a reorganização do acesso assistencial, inclusive em situações de ausência do usuário, quando há possibilidade de encaixe, evitando prolongamentos desnecessários no tempo de espera para nova marcação.

Implicações para o Campo da Saúde e da Enfermagem

A experiência relatada demonstra que o acolhimento é uma estratégia viável e potente para a humanização da assistência em unidades de saúde pública terciária. Sua implementação contribui para a efetivação das políticas de saúde, especialmente da PNH, ao promover acesso qualificado, equidade e integralidade do cuidado.

Para a enfermagem, o acolhimento reafirma o papel estratégico da profissão na mediação entre usuários, serviços e políticas públicas, fortalecendo sua identidade profissional e seu compromisso ético com o cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência relatada demonstra que o acolhimento, quando conduzido a partir de uma perspectiva humanizada e ética, constitui uma estratégia potente para qualificar a atenção terciária em traumatologia e ortopedia. Ao reconhecer o usuário como sujeito singular, o acolhimento possibilita minimizar a dor, o sofrimento e a ansiedade associados ao adoecimento e ao longo percurso até o acesso ao cuidado especializado.

Nesse processo, a condução do acolhimento se apoia na articulação de competências clínicas, relacionais e éticas que permitem avaliar vulnerabilidades, estabelecer prioridades e construir vínculos consistentes com os usuários. A atuação da equipe multiprofissional integra-se a essa dinâmica ao oferecer suporte operacional e garantir a continuidade do cuidado, fortalecendo a prática do acolhimento sem fragmentar sua condução.

O acolhimento contribui ainda para a melhoria da experiência do usuário, para a redução de efeitos deletérios à saúde e para o fortalecimento do clima organizacional, repercutindo positivamente na satisfação da equipe de enfermagem. Trata-se de uma prática viável, prevista nas políticas públicas de saúde, que responde de forma empática e resolutiva às demandas dos usuários na atenção terciária.

Assim, reafirma-se o acolhimento como tecnologia relacional indispensável à humanização dos serviços de saúde e como campo privilegiado de atuação da enfermagem na consolidação dos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo. Cuidado e humanização das práticas de saúde. Disponível em: [iniciais_humanizacao.pmd](#)

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde e sociedade, v. 18, p. 11-23, 2009. Disponível em: pt

BACKES, Dirce Stein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; BÜSCHER, Andreas. O cuidado de enfermagem como prática empreendedora: oportunidades e possibilidades. Acta paulista de enfermagem, v.23, p. 341-347, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000300005>

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que significa ter saúde?, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>. Acessado em: 10/12/2025.

CECÍLIO, LC de O.; MERHY, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde, v. 1, p. 197-210, 2003.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. In: Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2002. p. 189-189.

MORENO, Elaine Cristina Santos Garcia et al. Acolhimento com classificação de risco em um hospital da rede pública: percepção dos usuários. Saúde e Pesquisa, v. 11, n. 1, p. 89-97, 2018.

OLIVEIRA, J. L. C. et al. Acolhimento e classificação de risco em serviços hospitalares: desafios para a atenção terciária. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 336-343, 2018.

PAIM, Jairnilson et al. Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Veja, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2012.

SILVA, K. L. et al. Acolhimento e integralidade do cuidado em hospitais públicos. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 462-475, 2017.

SOUZA, R. S.; SANTOS, A. M. A experiência do usuário na atenção ortopédica especializada. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 55, p. 1-9, 2021.

Capítulo 9



10.37423/251210556

PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO COM FOCO NA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CUIDADORES DE PESSOAS COM DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS

Kedma Kaetana Sá Rocha

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

Izabelle Santos Pereira

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

Lohan Bacelar Medeiros

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

Yasmin Lorrane de Souza Araújo

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

Brehnda Di Paulla Duarte Oliveira

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

Camilly Silva Pereira

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

Marlucilena Pinheiro da Silva

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

Inana Fauro de Araújo

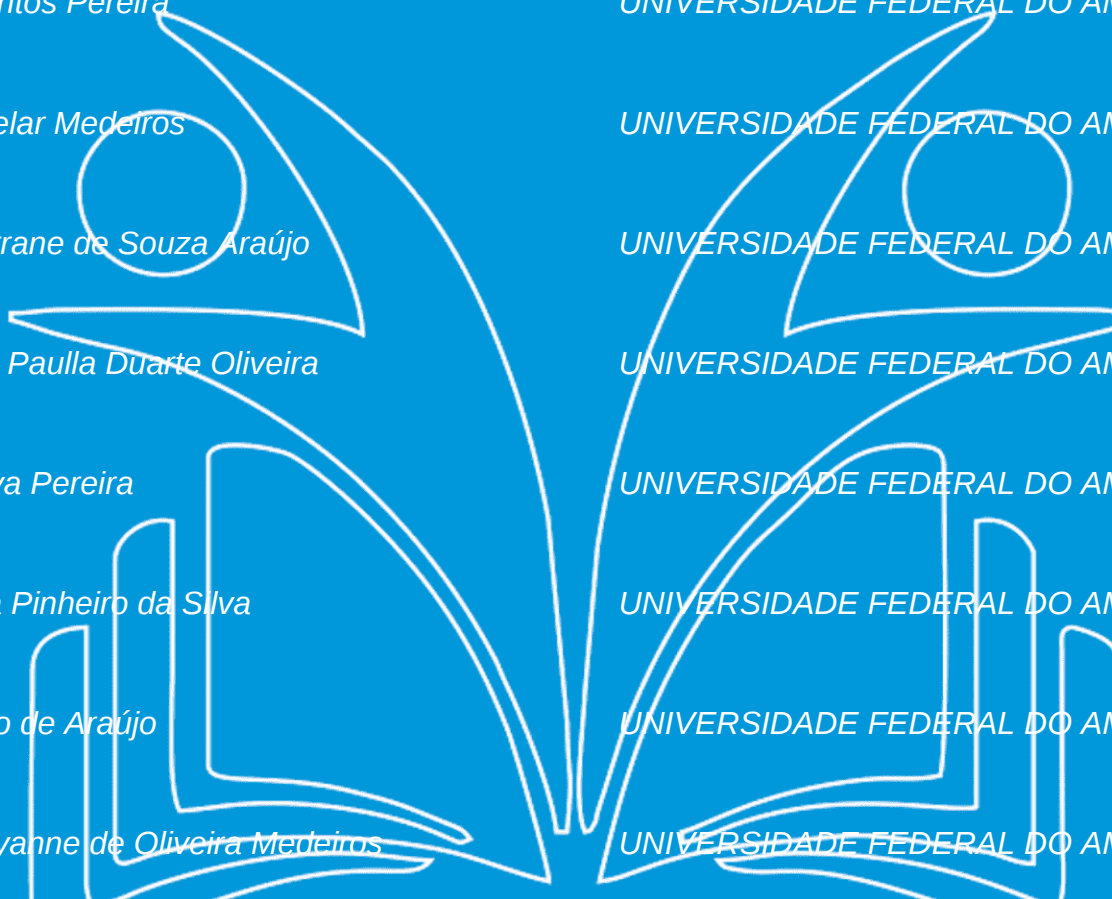
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

Gerusa Dayanne de Oliveira Medeiros

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

Débora Prestes da Silva Melo

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ



INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças neurodegenerativas, como Doença de Parkinson - DP e/ou Doença de Alzheimer - DA, tem gerado impactos significativos na organização familiar. Essas condições provocam perdas progressivas de funções cognitivas e motoras, demandando cuidados contínuos e integrais com os pacientes. Nesse cenário, o prestador de cuidados assume papel central no suporte diário ao indivíduo doente, sendo exposto a sobrecargas, sejam elas físicas, emocionais ou sociais.

A rotina exaustiva de cuidado com o outro pode levar à negligência do autocuidado, especialmente no que se diz respeito à alimentação. A diminuição do tempo disponível para o preparo de refeições, a irregularidade nos horários de alimentação e a priorização de alimentos ultraprocessados tornam-se práticas recorrentes no cotidiano desses cuidadores, contribuindo para o surgimento e/ou agravamento de doenças na saúde.

Diante disso, a promoção do autocuidado, com ênfase na alimentação saudável, se configura como uma estratégia essencial para a manutenção da saúde e da qualidade de vida dos cuidadores. A enfermagem enquanto profissão, ocupa uma posição estratégica no desenvolvimento de ações educativas que favorecem as escolhas alimentares mais adequadas para o dia a dia desses indivíduos.

OBJETIVO

Desenvolver e relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem, em uma ação educativa em saúde voltada à promoção do autocuidado alimentar entre cuidadores do Projeto Reviver da Universidade Federal do Amapá, que oferece assistência à pessoas que convivem com DP e/ou DA. Visando ampliar conhecimentos sobre alimentação saudável, estimular a adoção de práticas alimentares mais adequadas no cotidiano, bem como contribuir para a prevenção dos agravos à saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência com abordagem descritiva e qualitativa, desenvolvido no âmbito do Projeto Reviver, vinculado à Universidade Federal do Amapá. O público alvo foi composto por cuidadores de pessoas com DP e/ou DA acompanhadas pelo projeto.

A ação educativa foi realizada durante um encontro temático da equipe de enfermagem, onde foi aplicado um instrumento elaborado pelos autores para identificar as práticas alimentares e possíveis mudanças ocorridas após o diagnóstico do paciente. Posteriormente, foi realizada uma dinâmica educativa com exposição dialogada, abordando conceitos de alimentação saudável, organização das refeições e importância do autocuidado.

Como estratégia metodológica participativa, foi desenvolvida uma dinâmica de construção coletiva de uma cartilha educativa, na qual os cuidadores selecionaram e organizaram informações sobre hábitos alimentares, estimulando a troca de experiências e o protagonismo dos participantes.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Os dados obtidos mostraram que uma parte significativa dos cuidadores apresentou alterações negativas nos hábitos alimentares após assumir o cuidado do paciente. Cerca de 20% relataram mudanças nos horários das refeições, esquecimento ou diminuição de refeições diárias, atribuídas à rotina cansativa e à falta de tempo. Com isso, a probabilidade desse cuidador de adquirir disfunções na saúde é alta, incluindo por exemplo diabetes mellitus e hipertensão arterial.

Por outro lado, viu-se que 36,66% dos cuidadores disseram ter adotado hábitos alimentares mais saudáveis após o diagnóstico do paciente, motivados principalmente pela tentativa de melhorar a alimentação do paciente e da família como um todo. Ainda que essas mudanças não tenham sido inicialmente motivadas pelo autocuidado, contribuíram para a maior disposição física e emocional desses cuidadores.

Em seguida, foi apresentado de forma didática através de slides a importância de uma alimentação adequada, com a escolha dos alimentos certos e de um horário apropriado. O encontro finalizou com uma dinâmica, onde os cuidadores puderam produzir uma cartilha de adoção de hábitos saudáveis. Essa construção gerou um momento de integração com a equipe, promovendo reflexões e aprendizados, favorecendo o reconhecimento da alimentação como elemento central para o bem-estar e a prevenção de agravos à saúde desses indivíduos.

CONCLUSÃO

A experiência relatada mostra que a promoção do autocuidado com foco na alimentação saudável é fundamental para cuidadores de pessoas com doenças neurodegenerativas. A ação educativa contribuiu para ampliar os conhecimentos, estimular mudanças de comportamento e valorizar o cuidado consigo mesmo como uma condição indispensável para o cuidado com o outro.

Diante disso, a ampliação de iniciativas semelhantes em diferentes contextos de atenção à saúde faz-se fundamental, reforçando o papel da enfermagem na educação em saúde e na promoção da qualidade de vida de cuidadores e pacientes.

Implicações para o campo da Enfermagem

As ações educativas em saúde voltadas à promoção do autocuidado alimentar demonstraram ser estratégias eficazes para sensibilizar os cuidadores quanto à importância da adoção de hábitos saudáveis, mesmo com a sobrecarga do cuidado contínuo. Diante disso, a enfermagem se destaca como uma área estratégica na condução dessas práticas educativas, que vão além do modelo assistencial centrado apenas na doença, agregando abordagens preventivas, educativas e mais humanizadas no cuidado.

O enfermeiro enquanto profissional que mantém contato direto e contínuo com os cuidadores, possui um papel imprescindível na identificação dessas vulnerabilidades. A atuação da equipe de enfermagem na educação em saúde possibilita orientar escolhas alimentares mais compatíveis com a realidade sociocultural desses cuidadores, reafirmando as reflexões sobre a importância do cuidado consigo mesmo e fortalecendo a autonomia desses indivíduos.

A escolha e utilização de metodologias ativas, como dinâmicas educativas e construções coletivas, favorece a participação, troca de experiências e fortalecimento do vínculo entre os profissionais, acadêmicos e cuidadores. Diante da eficácia da estratégia apresentada, indica-se realizá-la com outros grupos, adaptando àquela realidade e contribuindo para a manutenção da qualidade de vida.

Descritores: Alimentação; Cuidadores; Doenças Neurodegenerativas;

REFERÊNCIAS

Manhães Alves G, De Oliveira Cunha TC. A IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO. *Humanas Amp Sociais Apl*

[Internet]. 21 fev 2020 [citado 28 jul 2023];10(27):46-62. Disponível em: <https://doi.org/10.25242/8876102720201966>

Sousa SM, Ferreira DF, Gonçalves LH, Polaro SH, Fernandes DD. Sobrecarga do cuidador familiar da pessoa idosa com Alzheimer. *Enferm Bras* [Internet]. 14 jul 2020 [citado 28 jul 2023];19(3):246. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v19i3.3081>

Barros DD, da Silva AP, de Moura DF, Barros MV, Pereira AB, Melo MD, da Silva AL, Rocha TA, Ferreira SA, Siqueira TT, Carvalho MF, Freitas TD, Leite DR, Melo NS, Alves TM, Barbosa TD, dos Santos JS, da Costa MP, Diniz MA, da Fonte RD. A INFLUÊNCIA DA TRANSIÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL SOBRE O AUMENTO DA PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. *Braz J Dev*

[Internet]. 21 out 2021 [citado 28 jul 2023];7(7). Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n7-579>

Burlandy L, Castro IR, Recine E, Carvalho CM, Peres J. Reflexões sobre ideias e disputas no contexto da promoção da alimentação saudável. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2021 [citado 28 jul 2023];37(suppl 1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00195520>

Capítulo 10



10.37423/251210557

ENFERMALEGRANDO: O BRINQUEDO TERAPÊUTICO COMO INSTRUMENTO DE ENFRENTAMENTO NA HOSPITALIZAÇÃO DE CRIANÇAS COM CÂNCER

Marina Correa da Costa Izidoro

Centro Universitário Augusto Motta

Ludmila Santos de Oliveira

*Centro Universitário São José; Conselho
Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro*

Jessica Ferreira da Silva

Centro Universitário São José

Rafaeli Neves BOECHAT Pavuna

Centro Universitário São José

Carolina Provedel de Medeiros

Centro Universitário São José

Thainá Maria Sant' Anna dos Santos

Centro Universitário São José

Vitória Evelyn Oliveira Sabadini

Centro Universitário São José

Luiza Valle Moura

Centro Universitário São José

Renata da Silva Hanzelmann

*Centro Universitário São José; Secretaria
Municipal de Saúde de Nova IGUAÇU*

Sandra Maria Leal Oliveira

*Centro Universitário São José, Instituto
Nacional de Cardiologia*

RESUMO

O objetivo deste trabalho é contextualizar a utilização do brinquedo na hospitalização infantil por câncer. O método desenvolvido foi a revisão sistemática de literatura. A busca foi realizada na base de dados da Scientific Electronic Library Online, Repositório Unip e Research, Society and Development. O período de coleta de dados ocorreu entre o dia 03 de fevereiro de 2023 a 08 de fevereiro de 2023, utilizando 05 artigos. Os critérios de inclusão foram artigos encontrados na base de dados no idioma português, utilizando os descritores brinquedo terapêutico, brinquedo terapêutico no câncer institucionalizado. Os critérios de exclusão foram: estudos que não estavam na base de dados de artigos e estudos que não apresentavam relação com a temática. Como resultados, sugeriram três categorias de reflexão: O brinquedo como recurso na melhoria da interação entre paciente e equipe; O brinquedo ajudando a criança lidar com a doença; O brinquedo como auxílio na ambientação da criança com o hospital. Como conclusão, foi percebido que os profissionais utilizam do brinquedo como recurso para trazer a sensação de acolhimento fazendo com que a criança tenha uma diminuição no sentimento de que o hospital é um lugar ruim. Isto posto, a possibilidade de redução do estresse nas crianças hospitalizadas, conforme descrito em literatura, é a justificativa para o Enfermalegrado utilizar esta ferramenta de produção de alegria e bem-estar infantil.

Descritores: brinquedo terapêutico, brinquedo terapêutico no câncer institucionalizado.

1 INTRODUÇÃO

O momento do diagnóstico do câncer na infância é descrito como altamente ameaçador e de difícil manejo para a família e, também, para a criança. O tratamento da doença exige momentos em que a hospitalização é necessária, e neste período, há procedimentos invasivos e dolorosos que geram estresse e abalo emocional na clientela pediátrica e seus acompanhantes (Fonseca, 2015).

A hospitalização, muitas vezes, significa um momento traumático na vida da criança, pois nesse período que ela precisa encarar uma mudança total na sua vida, como afastamento dos amigos, mudar de casa, sair da escola e além de tudo a alteração total na própria rotina, tendo que se adequar a outro ambiente completamente diferente. Neste contexto, o hospital representa a esperança na cura, como também um local que desperta medos e incertezas não somente na criança, mas para todo o núcleo familiar (Moreira-Dias; Silva, 2018).

No caso de doenças oncológicas, deve-se ter em mente que até a doença entrar em remissão, podem acontecer procedimentos cirúrgicos, transfusionais, repetidos ciclos de quimioterapia, além de necessidade de dieta regrada. Estes fatores podem tornar todo o período de hospitalização mais difícil do que a realidade impõe, em função de aspectos intrínsecos ao universo infantil (Fonseca, 2015).

Neste sentido,

o Brinquedo Terapêutico constitui-se num brinquedo estruturado para a criança aliviar a ansiedade causada por experiências atípicas para a idade, que costumam ser ameaçadoras e requerem mais do que recreação para resolver a ansiedade associada, devendo ser utilizado sempre que ela tiver dificuldade em compreender ou lidar com uma experiência difícil ou necessitar ser preparada para procedimentos (Kiche e Almeida, 2009).

O objetivo deste trabalho é contextualizar a utilização do brinquedo na hospitalização infantil por câncer. Considerando a necessidade que a criança tem de vivenciar e considerar os aspectos lúdicos de experiências, o brinquedo terapêutico ganha espaço importante no auxílio à equipe de saúde que atende ao público infantil, ao paciente pediátrico propriamente dito, e aos responsáveis familiares que precisam manter a saúde mental equilibrada para dar um suporte emocional à criança hospitalizada.

2. METODOLOGIA

Neste estudo, optou-se por realizar uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de compreender melhor o uso do brinquedo terapêutico em crianças hospitalizadas. Essa abordagem foi escolhida por possibilitar a análise interpretativa das evidências teóricas e das práticas de ações

propostas pelo projeto de extensão do Centro Universitário São José. A investigação fundamenta-se em uma revisão sistemática da literatura, o que permitiu reunir e analisar criticamente o conhecimento científico disponível sobre determinado tema, possibilitando uma visão abrangente do fenômeno estudado.

A busca pelos artigos foi realizada nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Repositório UNIP e Research, Society and Development, no período de 03 a 08 de fevereiro de 2023, resultando na seleção de cinco artigos que atendiam aos critérios propostos. Nosso recorte traz artigos que potencializam a ação do brinquedo como instrumento terapêutico na hospitalização de crianças com câncer, ressaltando sua relevância e benefícios. Utilizados aqueles que descrevem o processo do uso do brinquedo terapêutico e sua intencionalidade na construção de vínculo interpessoal.

Foram incluídos apenas estudos publicados em português, disponíveis nas bases consultadas, que abordassem os seguintes descritores: Brinquedo terapêutico e brinquedo terapêutico no câncer institucionalizado.

Foram excluídos trabalhos que não estavam disponíveis nas bases ou que não apresentavam relação direta com o tema, que não fomentavam o brinquedo terapêutico como instrumento de relevância no processo de internação de crianças.

Ano de Publicação	Nome do Artigo	Autores	Revista	Resultados
2009	Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças	Mariana Toni Kiche; Fabiane de Amorim Almeida	Acta Paulista de Enfermagem	O estudo demonstrou que o uso do brinquedo terapêutico instrucional antes do curativo cirúrgico reduziu o medo, a tensão e a dor das crianças, além de favorecer maior aceitação e colaboração durante o procedimento.

2012	Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na	Ana Gabriela Bertozzo Francischinelli;	Acta Paulista de Enfermagem	Os resultados mostraram que os enfermeiros
	assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros	Fabiane de Amorim Almeida; Daisy Mitiko Suzuki Okada Fernandes		reconhecem os benefícios do brinquedo terapêutico, como melhora na interação e redução da ansiedade da criança, porém seu uso ainda não é rotineiro. As principais dificuldades apontadas foram a falta de tempo e de estrutura para aplicar a estratégia de forma sistemática.

2012	O Brinquedo Terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem	Luís Paulo Souza e Souza; Cássio Cardoso da Silva; Joélia Cristina Antunes de Brito; Ana Paula de Oliveira Santos; Adélia Dayane Guimarães Fonseca; Joanilva Ribeiro Lopes; Carla Silvana de Oliveira Silva; Ana Augusta Maciel de Souza	Journal of Health Science Institute	O estudo revelou que o brinquedo terapêutico ainda é pouco utilizado na rotina pediátrica, apesar de favorecer o vínculo, a comunicação e a expressão de sentimentos da criança. Os profissionais apontaram falta de formação, recursos e capacitação como principais dificuldades para sua aplicação regular.
--------------------	--	---	--	---

2015	Revelando o mundo do tratamento oncológico por meio do brinquedo terapêutico dramático	Marileise Roberta Antoneli Fonseca; Claudinei José Gomes Campos; Circéa Amália Ribeiro; Vanessa Pellegrino Toledo; Luciana de Lione Melo	Revista Texto & Contexto – Enfermagem	O estudo evidenciou que o brinquedo terapêutico dramático permite que crianças em tratamento oncológico expressem sentimentos como medo, ansiedade e insegurança, além de reviver experiências fora do contexto da doença. Essa estratégia contribui para compreender melhor a vivência da criança e favorecer um cuidado de enfermagem mais sensível.
2016	Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas	Patrícia Kuerten Rocha; Camila Cristina Ferreira Caleffi; Jane Cristina Anders; Ana Izabel Jatobá Souza; Verônica Berumén Burciaga; Leonardo Silva Serapião	Revista Gaúcha de Enfermagem	O estudo mostrou que o brinquedo terapêutico estruturado contribui para um cuidado de enfermagem mais humanizado à criança hospitalizada, favorecendo a expressão de sentimentos, a

				compreensão dos procedimentos e a redução de tensões. Também destacou a importância da participação da família durante o cuidado.
2018	A Utilização do Brinquedo durante o Tratamento de Crianças com Câncer: Percepções da Equipe Multidisciplinar	Patrícia Luciana Moreira-Dias; Isabella Partezani Silva	Revista Brasileira de Cancerologia (RBC)	O estudo mostrou que o uso do brinquedo no tratamento oncológico infantil ajuda a criança a compreender a doença, expressar sentimentos e enfrentar o tratamento com mais segurança. Além disso, o brinquedo fortalece o vínculo entre a criança, a família e a equipe de saúde.

Fonte: elaborado pelas autoras.

A análise desses artigos permitiu organizar os resultados em três categorias de reflexão:

- 1º O brinquedo como recurso para melhorar a interação entre paciente e equipe;
- 2º Como estratégia para ajudar a criança a lidar com a doença;
- 3º Como instrumento de auxílio na ambientação da criança no hospital.

3.1 O brinquedo como recurso na melhoria da interação entre paciente e equipe

O brincar é uma atividade natural presente na infância, pois favorece o desenvolvimento motor, emocional e social da criança, além de poder ser utilizado como estratégia para a aceitação da hospitalização e do tratamento, contribuindo para a ressignificação da doença e o aumento da colaboração e da adesão às condutas terapêuticas. (Caleffi et al., 2016).

O Brinquedo Terapêutico é implementado sempre que há a necessidade de auxiliar a compreensão da realidade, contribuindo para a redução de complicações decorrentes do confinamento hospitalar e do enfrentamento de situações desagradáveis e atípicas. (SOUZA et al., 2012).

Sendo assim, o Brinquedo Terapêutico configura-se como um recurso capaz de minimizar os efeitos negativos decorrentes da hospitalização e da realização de procedimentos, favorecendo maior participação da criança. De acordo com Francischinelli, Almeida e Fernandes (2012), essa interação contribui para a otimização do atendimento, além de fortalecer o vínculo e a relação de confiança entre a criança e o profissional de saúde.

Além disso, possibilita que a criança compreenda as explicações, esclareça dúvidas e reconheça a importância e a necessidade de cada procedimento, estimulando sua participação ativa no tratamento e promovendo a humanização do cuidado. A representação dos procedimentos por meio do brincar torna a criança protagonista do processo, reduzindo o estresse e permitindo que o profissional compreenda melhor suas necessidades, intervindo de forma mais individualizada. (Caleffi et al., 2016).

O uso do Brinquedo Terapêutico desloca o foco da doença, permitindo que a criança seja percebida como um indivíduo integral. De acordo com Francischinelli, Almeida e Fernandes (2012) é fundamental que essa prática seja realizada não apenas por exigência, mas também por iniciativa própria do profissional.

A interação entre o paciente e a equipe de saúde torna-se fundamental para a efetividade do cuidado. Nesse sentido, é relevante destacar que o Brinquedo Terapêutico pode ser utilizado por qualquer profissional de saúde, com qualquer criança, em ambientes apropriados e justificáveis. (Fonseca et al., 2015).

De acordo com Francischinelli, Almeida e Fernandes (2012), apesar das diversas vantagens proporcionadas pelo Brinquedo Terapêutico, o excesso e acúmulo de tarefas, demandas intensas, a

escassez de tempo, a falta de recursos e de materiais adequados, inadequações do ambiente hospitalar, bem como o preparo insuficiente, o conhecimento limitado e os ruídos gerados pelas atividades lúdicas, que podem incomodar outros profissionais são fatores que contribuem para a não utilização da estratégia.

Entretanto, torna-se possível afirmar que alguns profissionais ainda realizam o cuidado de forma sistematizada e centrada exclusivamente no procedimento, deixando em segundo plano a assistência humanizada. Embora a técnica seja fundamental, a relação estabelecida entre o profissional de saúde e o paciente torna-se igualmente essencial, uma vez que é por meio dessa interação que se constroem a comunicação efetiva, a compreensão das necessidades do paciente e o vínculo, reconhecendo-o em suas dimensões físicas, emocionais e sociais, além de favorecer a autonomia profissional. Embora essa interação faça parte da prática assistencial, muitas vezes ocorre de forma intuitiva, sem planejamento ou intenção clara. Uma interação qualificada e um cuidado humanizado geram benefícios tanto para o paciente quanto para o profissional. (Francischinelli; Almeida; Fernandes, 2012).

3.2 O brinquedo ajudando a criança lidar com a doença

A experiência da doença na infância, especialmente no contexto do câncer, representa uma ruptura significativa no cotidiano da criança, exigindo adaptações emocionais, cognitivas e comportamentais para as quais, muitas vezes, ela ainda não dispõe de recursos simbólicos suficientes. Nesse contexto, o brincar assume papel central, uma vez que constitui a principal forma de expressão e comunicação da criança. Por meio do brinquedo, a criança organiza sentimentos, elabora vivências difíceis e atribui significados à realidade que a cerca, inclusive à experiência do adoecimento. (Fonseca et al., 2015; Moreira-Dias; Silva, 2018).

Segundo Caleffi et al. (2016), por meio do brincar a criança pode externalizar angústias, processar emoções e ressignificar experiências difíceis vivenciadas no contexto da realidade hospitalar, favorecendo uma resposta mais humanizada frente à doença, reforçando que essa estratégia possibilita a expressão de sentimentos, a compreensão dos acontecimentos e a participação ativa da criança no processo de cuidado, respeitando suas necessidades emocionais e seu estágio de desenvolvimento, contribuindo para a redução do medo, da ansiedade e do estresse associados à hospitalização e ao tratamento.

A literatura descreve três modalidades principais de Brinquedo Terapêutico: o dramático, o instrucional e o capacitador de funções fisiológicas. O brinquedo terapêutico dramático possibilita a expressão simbólica e a descarga emocional, permitindo que a criança represente, por meio da brincadeira, situações relacionadas à hospitalização, aos procedimentos e à própria doença, favorecendo a elaboração de sentimentos como medo e ansiedade. O brinquedo terapêutico instrucional auxilia na compreensão dos procedimentos e do tratamento, ao preparar a criança de forma lúdica para exames, curativos e intervenções invasivas, reduzindo fantasias negativas e promovendo maior colaboração durante o cuidado. Já o brinquedo terapêutico capacitador de funções fisiológicas contribui para a manutenção ou o desenvolvimento de habilidades físicas compatíveis com a condição clínica da criança, estimulando movimentos, coordenação e participação ativa no processo de cuidado, respeitando as limitações impostas pelo adoecimento (Caleffi et al., 2016).

A inserção do brincar no cuidado à criança em situação de doença está alinhada a uma visão ampliada e humanizada da assistência, que reconhece a criança como sujeito ativo do processo terapêutico. Ao utilizar o brinquedo de forma intencional, cria-se um espaço no qual a criança pode expressar-se, aprender e ressignificar a experiência, mesmo diante de um cenário adverso, imposto pelo processo de adoecimento. (Caleffi et al., 2016).

Diversos estudos apontam que a hospitalização e os procedimentos terapêuticos podem gerar insegurança, especialmente quando a criança não compreende o que está acontecendo ou não se sente incluída no processo de cuidado. Nesse sentido, o brinquedo terapêutico mostra-se eficaz ao facilitar a compreensão dos cuidados, promover a expressão de dúvidas e sentimentos e fortalecer o vínculo entre criança, família e equipe de saúde. O brinquedo torna-se, assim, um mediador da comunicação terapêutica, possibilitando uma relação mais próxima, acolhedora e empática. (Francischinelli et al., 2012; Souza et al., 2012; Caleffi et al., 2016)

No contexto de doenças crônicas e tratamentos prolongados, como no caso do câncer infantil, o brincar assume relevância ainda maior. As crianças são expostas a procedimentos invasivos, mudanças corporais e limitações impostas pelo tratamento, o que pode intensificar sentimentos de medo e impotência. As sessões de brinquedo terapêutico, conduzidas por profissionais capacitados, permitem que a criança dramatize situações vivenciadas, manipule simbolicamente materiais relacionados ao tratamento e represente papéis, favorecendo a elaboração emocional da experiência da doença (Fonseca et al., 2015).

A dramatização possibilita que a criança revisite situações difíceis sob uma perspectiva simbólica, reorganizando suas emoções e reduzindo a ansiedade. Ao brincar, a criança deixa de ocupar exclusivamente um lugar de passividade e passa a exercer maior controle sobre a situação, o que contribui para maior tranquilidade, aceitação dos cuidados e fortalecimento da resiliência. Nesse contexto, o brinquedo atua como um recurso de catarse, permitindo a liberação de tensões acumuladas e a reconstrução do equilíbrio emocional. (Fonseca et al., 2015).

Além dos benefícios diretos à criança, o uso do brinquedo terapêutico repercute positivamente na família, especialmente nos cuidadores, que percebem maior segurança emocional e melhor adaptação da criança ao processo de adoecimento. Para os profissionais de saúde, o brincar amplia a compreensão das necessidades emocionais da criança, qualificando o cuidado prestado e fortalecendo a relação terapêutica. (Moreira-Dias; Silva, 2018).

O brinquedo constitui-se, portanto, em um elemento fundamental no processo de comunicação entre a criança e o profissional. Por meio do brincar, a criança explora, questiona, imagina e ressignifica sua realidade, desenvolvendo estratégias de enfrentamento frente à adversidade. A brincadeira preserva aspectos essenciais do desenvolvimento infantil, mesmo diante da doença, ao favorecer a expressão emocional, a autonomia e o sentimento de pertencimento. (Souza et al., 2012; Francischinelli et al., 2012).

Dessa forma, evidencia-se que o brinquedo, especialmente quando utilizado de maneira terapêutica e intencional, é um recurso indispensável no cuidado à criança em situação de adoecimento. Ao possibilitar a expressão simbólica, o alívio emocional e a compreensão da experiência vivida, o brincar contribui para que a criança enfrente a doença de maneira mais segura, humana e integrada ao seu processo de desenvolvimento. (Caleffi et al., 2016; Souza et al., 2012; Francischinelli et al., 2012).

3.3 O brinquedo como auxílio na ambientação da criança com o hospital

O brinquedo terapêutico desponta como aliado indispensável na ambientação da criança ao hospital, transmutando o cenário de separação familiar, dor e passividade em domínio de expressão e domínio lúdico. A hospitalização irrompe como vivência traumática, afastando a criança do lar e instigando fantasias egocêntricas de punição ou culpa, com sequelas emocionais que perduram além da alta, agravadas por sua dificuldade em decifrar o desconhecido (Souza et al., 2012).

Nesse ínterim, o brinquedo estruturado dramático para descarregar raiva e repetir dores compreensíveis, instrucional para manipular seringas e bonecos ante procedimentos, capacitado para sustentar funções fisiológicas erige-se como canal para verbalizar medos, restaurar elos com o lar e reconquistar controle, atuando como válvula catártica que media o egocêntrico ao social (Souza et al., 2012; Ribeiro PJ et al., 2001).

A brinquedoteca hospitalar, mandatada pela Lei Federal nº 11.104/2005, configura-se como um santuário lúdico onde a criança reconquista sua essência brincante, essencial para o desenvolvimento cognitivo, motor, afetivo e social. Pela ótica da equipe de enfermagem em unidade pediátrica, sua aplicação, ainda que esporádica e concentrada na escolinha “Ciranda da Vida” com pinturas e colagens, dissipa ansiedades iniciais, atenua agressividade e suscita colaboração, como atestam relatos de crianças que, pós-atividade, permanecem tranquilas e interagem, aceitando o hospital diurnamente (Souza et al., 2012; e em Souza et al., 2012).

O instrucional, especialmente, desestressa procedimentos dolorosos: a criança, ao manusear materiais como agulhas e soro em bonecos, transita de tensão para relaxamento colaborativo, beneficiando também familiares e acelerando respostas clínicas (Souza et al., 2012; Kiche MT & Almeida FA, 2009; em Souza et al., 2012). Estruturado em modelos como “Cuidar Brincando” com acolhendo para vínculo diagnóstico, brincando para imersão infantil e finalizando para suprir déficits, sistematiza o lúdico, ressignificando hospitalização e procedimentos via BT dramático ou instrucional em crianças de 4-12 anos (Caleffi et al., 2016).

Para a enfermagem pediátrica, sua preeminência reside na elevação do cuidado a paradigma holístico e humanizado, onde o enfermeiro emerge como mentor facilitador, tecendo confiança triádica (criança-família-equipe), fomentando comunicação produtiva e otimizando tratamento com crianças menos agitadas, melhor alimentadas e recuperadas mais célere (Souza et al., 2012; em Souza et al., 2012; Maia EBS et al., 2008).

Apesar de óbices como recursos escassos, ambientes inadequados e formação precária meramente teórica, suprida por leituras pós-graduação, sua rotina é imperativa para mitigar estresse crônico, promover desenvolvimento global e integralidade assistencial, evitando privação do direito ao brincar (Souza et al., 2012; Cintra SMP et al., 2006; Caleffi et al., 2016).

Assim, o brinquedo não é mero entretenimento, mas uma intervenção estratégica que eleva a eficiência do cuidar, a tecnologia ética que consagra a enfermagem como guardiã da agência infantil, restaurando equilíbrio psicofisiológico em meio ao caos hospitalar (Frota M et al., 2007; Azevedo DM et al., 2007).

4. CONCLUSÃO

Como conclusão, foi percebido que os profissionais utilizam do brinquedo como recurso para trazer a sensação de acolhimento fazendo com que a criança tenha uma diminuição no sentimento de que o hospital é um lugar ruim.

Dessa forma, a criança se sente mais à vontade, e além disso participa ativamente de cada parte do seu tratamento. Um exemplo disso é a utilização de estetoscópio no boneco, para que dessa o paciente entenda e se sinta mais confortável a respeito dos procedimentos a serem realizados.

Isto posto, a possibilidade de redução do estresse nas crianças hospitalizadas, conforme descrito em literatura, é a justificativa para o Enfermalegrado utilizar esta ferramenta de produção de alegria e bem-estar infantil.

REFERÊNCIAS

CALEFFI, Camila Cristina Ferreira et al. Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. 2, p. e58131, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/RyLCvmvPjsQ43GrWyTHmb3m/?lang=pt>. Acesso em 11/12/2025

FONSECA, Marileise Roberta Antoneli et al. Revelando o mundo do tratamento oncológico por meio do brinquedo terapêutico dramático. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 24, p. 1112–1120, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/nnpHcgLJnnvF85jWVK6hmcj/?lang=pt>. Acesso em 09/12/2025

FRANCISCHINELLI, Ana Gabriela Bertozzo; ALMEIDA, Fabiane de Amorim; FERNANDES, Daisy Mitiko Suzuki Okada. Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, p. 18–23, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/TnxRF49S47QfGVKfsGW3N9t/?format=html&lang=pt>. Acesso em 12/12/2025

KICHE, Mariana Toni; ALMEIDA, Fabiane de Amorim. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, p. 125–130, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/9Hz7ZTJQH8CNGV6WrNh4HXz/?format=html&lang=pt>. Acesso em 12/12/2025

MOREIRA-DIAS, Patrícia Luciana; SILVA, Isabella Partezani. A utilização do brinquedo durante o tratamento de crianças com câncer: percepções da equipe multidisciplinar. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 64, n. 3, p. 311–318, 2018.

Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/28>. Acesso em 09/12/2025

SOUZA, Luís Paulo et al. O brinquedo terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. *Journal of Health Sciences Institute*, v. 30, n. 4, p. 354–358, 2012.

Disponível em:

https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/2020/12/V30_n4_2012_p354a358.pdf. Acesso em 11/12/2025

Capítulo 11



10.37423/251210559

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE HOSPITALIZADO COM DENGUE: USO DAS TERMINOLOGIAS E SISTEMA DE APOIO À DECISÃO

Regina Célia dos Santos Diogo

*Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo*

Maria Fernanda Ruschel

*Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo*

Alzira Victor Horácio Ferro

*Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo*

Rosângela Tsukamoto

*Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo*

Jack Roberto Silva Fhon

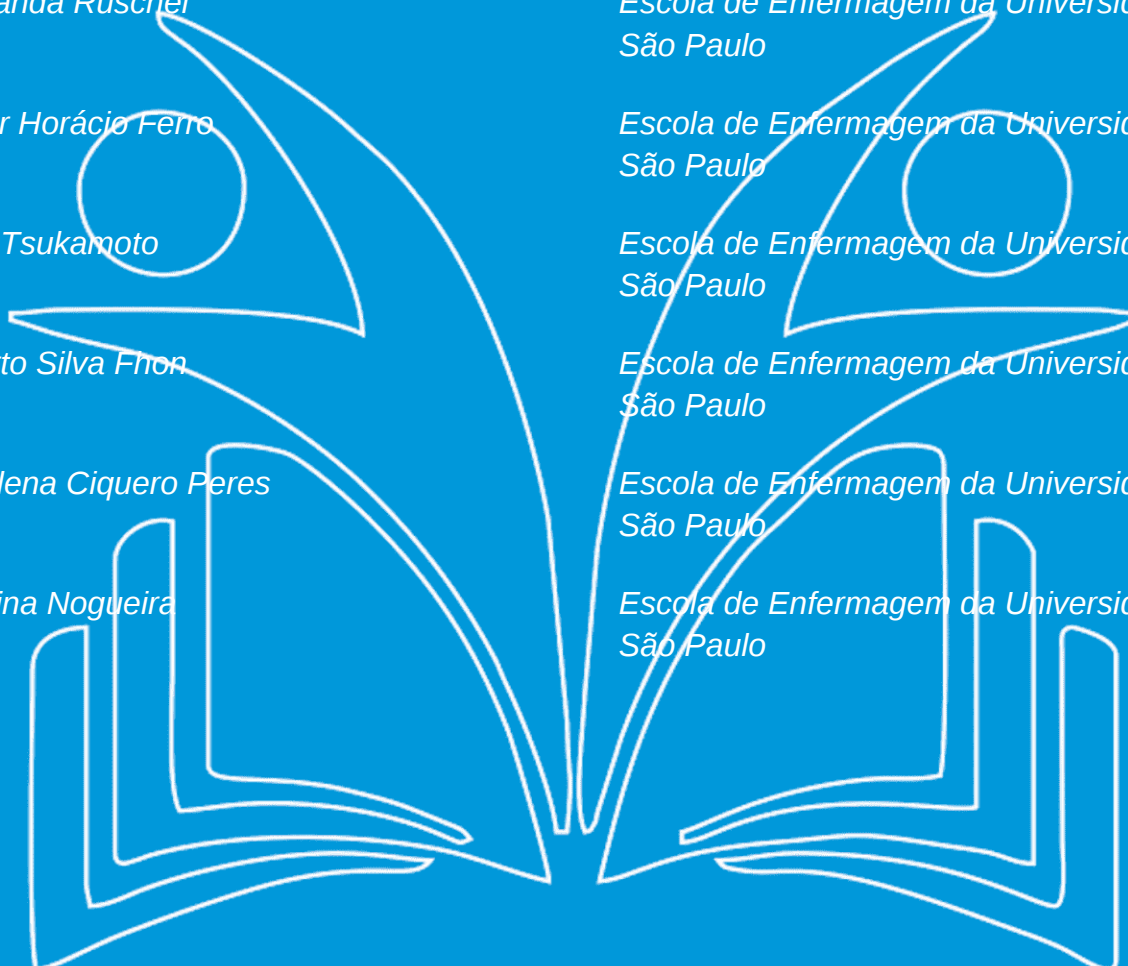
*Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo*

Heloísa Helena Ciquero Peres

*Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo*

Paula Cristina Nogueira

*Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo*



Introdução: A assistência de enfermagem a pacientes hospitalizados com Dengue é essencial para o monitoramento de sinais de gravidade e prevenção de reinternações. O uso de linguagem padronizada e de sistemas de apoio à decisão clínica (SADC) favorece a individualização do cuidado, direciona o raciocínio clínico e a tomada de decisão, contribuindo para desfechos mais favoráveis. **Objetivo:** Analisar a assistência de enfermagem para pacientes hospitalizados com Dengue utilizando o SADC PROCEnf- USP®. **Método:** Estudo retrospectivo de relato de casos clínicos, realizado por estudantes do 5º semestre de graduação em enfermagem, durante a prática clínica em abril/2022 e maio/2023. O PROCEnf-USP®, estruturado segundo a Classificação de Diagnósticos da NANDA Internacional (NANDA-I), a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) e a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), foi utilizado para registro dos dados clínicos dos pacientes com dengue e para apoiar o raciocínio clínico dos graduandos. A análise foi descritiva. **Resultados:** Três pacientes hospitalizados com Dengue foram incluídos. Foram documentados sete Diagnósticos de enfermagem, Dor Aguda (00132), Autogestão ineficaz da náusea (00384), Integridade da pele prejudicada (00046), Comportamentos ineficazes de manutenção da saúde (00292), Ansiedade excessiva (004000), Risco de sangramento (00206) e Risco de volume de líquidos deficiente (00028). Os oito Resultados e as 11 intervenções de enfermagem abrangeram domínios fisiológicos, psicossociais, de conhecimento/comportamento de saúde e comunitários, que geraram 14 atividades prescritas. **Conclusão:** O uso do PROCEnf-USP® possibilitou a identificação de diagnósticos com foco no problema e de risco, fisiológicos e psicológicos, intervenções e resultados, contribuindo para assistência individualizada, integral e possível de ser avaliada. Esta pesquisa pode servir de exemplo para avançar e refinar o uso de linguagem padronizada em enfermagem apoiadas por SADC, bem como gerar novos conhecimentos sobre assistência de enfermagem ao paciente com Dengue na prática clínica.

Palavras-chave: Dengue; Processo de Enfermagem; Terminologia Padronizada em Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Sistemas de Apoio à Decisão Clínica.

1 INTRODUÇÃO

A dengue no Brasil apresenta-se em um cenário de transmissão endêmica e epidêmica em grande parte do território, favorecida pela circulação simultânea de diferentes sorotipos virais¹. Trata-se de uma arbovirose transmitida principalmente pelo mosquito *Aedes aegypti*, que pode variar de formas assintomáticas a quadros graves, com risco de choque circulatório e óbito². Estima-se que a doença cause cerca de 50 milhões de infecções anuais no mundo, resultando em 500 mil hospitalizações e mais de 20 mil mortes³.

No primeiro trimestre de 2025 foram notificados cerca de 493.403 casos prováveis de dengue no Brasil, correspondendo a uma redução de 69,25% em relação ao mesmo período de 2024, mas ainda indicando um elevado nível de transmissão da doença no país⁴. Em âmbito global, a dengue continua a representar um sério risco à saúde pública, com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicando que cerca de 390 milhões de infecções por ano podem ocorrer em todo o mundo e mais de 5,6 bilhões de pessoas em risco de infecção por dengue e outros arbovírus³.

Os casos graves frequentemente exigem hospitalização, sobretudo em situações de plaquetopenia intensa ($<20.000/\text{mm}^3$) ou diante de sinais de alarme, como dor abdominal contínua, vômitos persistentes, hipotensão postural, hepatomegalia dolorosa e alterações hematológicas¹. Nessas circunstâncias, a assistência de enfermagem é fundamental tanto para o monitoramento precoce dos sinais de gravidade quanto para a educação em saúde⁵.

Para subsidiar o cuidado sistematizado, o enfermeiro utiliza o Processo de Enfermagem (PE), método científico que organiza a prática em etapas sequenciais (avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução) e assegura qualidade e continuidade da assistência^{6, 7}. A aplicação do PE é potencializada pelo uso de linguagens padronizadas, como a Classificação de Diagnósticos da NANDA Internacional (NANDA-I)⁸, a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC)⁹ e a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC)¹⁰, que favorecem a comunicação profissional, a tomada de decisão e a avaliação dos desfechos clínicos¹¹.

A documentação estruturada em linguagens padronizadas fortalece a prática baseada em evidências e confere visibilidade ao trabalho do enfermeiro enfermeiro^{12,13}. Entretanto, dificuldades como sobrecarga de trabalho, falta de capacitação e escassez de recursos ainda limitam sua plena implementação^{14, 15, 16}. Nesse contexto, os sistemas de apoio à decisão clínica (SADC) surgem como

ferramentas tecnológicas capazes de auxiliar o raciocínio clínico e organizar informações em tempo real¹⁷.

Um exemplo é o Sistema de Documentação Eletrônica do Processo de Enfermagem da Universidade de São Paulo (PROCEnf–USP®), desenvolvido para apoiar a decisão de enfermeiros e estudantes sobre o julgamento clínico de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem¹⁸. É fundamentado nas teorias de Dorothea Orem e de Wanda Horta e está estruturado de acordo com as etapas do PE e a classificação de linguagem proposta pela unificação das estruturas dos Diagnósticos da NANDA-I, das intervenções da NIC e dos resultados esperados da NOC, denominada Taxonomia NNN^{18,19}.

Apesar dos avanços na compreensão clínica e terapêutica da dengue, ainda são escassos os estudos que analisem a assistência de enfermagem hospitalar apoiada por sistemas tecnológicos e orientada por linguagens padronizadas. Observa-se uma lacuna na literatura quanto à identificação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem específicos para o paciente com dengue, o que limita a padronização e a qualidade do cuidado prestado. Além disso, a incorporação de Sistemas de Apoio à Decisão Clínica (SADC) no processo de enfermagem representa uma estratégia inovadora para subsidiar o raciocínio diagnóstico e otimizar o tempo da documentação assistencial durante a prática clínica.

Justifica-se, portanto, a realização deste estudo por sua relevância para a prática assistencial e para o fortalecimento da enfermagem baseada em evidências, uma vez que a análise do uso do PROCEnf-USP® pode demonstrar como as tecnologias de apoio à decisão contribuem para aprimorar o raciocínio clínico, individualizar o cuidado e melhorar os desfechos de pacientes hospitalizados com dengue, promovendo maior segurança e qualidade na assistência, além de ampliar ações educativas voltadas à prevenção da doença.

2. OBJETIVO

Analisar a assistência de enfermagem prestada a pacientes hospitalizados com dengue utilizando o Sistema de Apoio à Decisão Clínica PROCEnf-USP®.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo baseado em relatos de casos clínicos. Esse tipo de abordagem possibilita subsidiar práticas assistenciais mais qualificadas em situações específicas de cuidado²⁰.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), localizado no campus da Cidade Universitária, zona oeste da cidade de São Paulo. Trata-se de um hospital geral, de grande porte, de nível secundário de atenção, que presta assistência ao corpo docente, discente e servidores da USP, além da população do Distrito de Saúde do Butantã [HU-USP, 2024].

O PROCEnf-USP® vem sendo utilizado nas unidades de clínica médica e cirúrgica do (HU-USP) desde 2009²¹ inclusive por estudantes de graduação durante a disciplina de Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso, possibilitando aprendizado teórico-prático aliado ao cuidado de pacientes internados com dengue.

3.3 População e amostra

A amostra foi não probabilística por conveniência. Foram incluídos pacientes hospitalizados por dengue na Unidade de Adultos do HU-USP entre abril de 2022 e maio de 2023, durante o período de prática clínica dos estudantes do 5º semestre da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em que realizaram prática clínica da disciplina ENC240 – Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso em Cuidados Clínicos e Cirúrgicos, nas Unidades de Clínica Médica e Cirúrgica (adultos). Para este estudo de caso foram excluídos pacientes menores de 18 anos.

3.4 Coleta de dados

A identificação dos pacientes elegíveis foi realizada por meio do sistema de internação hospitalar do HU-USP. O anonimato foi garantido pela utilização exclusiva do número de registro de internação. Com esse identificador, acessou-se o PROCEnf-USP®, sistema utilizado pelos estudantes para registro clínico durante a prática.

O PROCEnf-USP® apoia o processo de enfermagem ao sugerir diagnósticos, resultados esperados e intervenções, sem restringir a decisão do usuário. Após a avaliação, à partir dos dados coletados o sistema sugere os possíveis diagnósticos de enfermagem, onde os enfermeiros e estudantes podem aceitar ou acrescentar outros diagnósticos. A partir dos diagnósticos selecionados, o sistema auxilia a etapa de planejamento da assistência, sugerindo os resultados esperados, as intervenções de enfermagem e as atividades, que após selecionadas, são geradas as prescrições de enfermagem com frequência e horários.

Para esta pesquisa, foi extraída uma lista anônima contendo diagnósticos, resultados e intervenções e atividades definidas para cada paciente, com apoio do serviço de informática do hospital.

3.5 Análise dos dados

Os diagnósticos, resultados e intervenções registrados e extraídos do Procenf, foram organizados em planilhas do Excel®. A análise foi exclusivamente descritiva, com apresentação dos achados em tabelas. O planejamento da assistência foi estruturado segundo o modelo OPT (Outcomes, Present State Test), que prioriza não apenas os problemas identificados, mas também os resultados esperados⁸.

3.6 Aspectos éticos

Por se tratar de pesquisa com dados retrospectivos de prontuários informatizados, o estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da EEUSP (Parecer nº 6.835.098, CAAE: 78661624.5.0000.5392) e do HU-USP (Parecer nº 2168/24), em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devido à inviabilidade de contato com pacientes e familiares.

4. RESULTADOS

Foram incluídos três pacientes hospitalizados com diagnóstico médico de dengue, sendo dois em abril de 2022 e um em maio de 2023. Dois eram do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades de 21, 63 e 72 anos. O paciente do sexo masculino apresentou reinfecção domiciliar, relatando preocupação e tristeza pela segunda hospitalização. Uma paciente contraiu a doença durante viagem

a Minas Gerais e estava ansiosa devido a viagem marcada para fora do país. A outra paciente apresentou dengue em ambiente domiciliar na cidade de São Paulo e possuía histórico de púrpura trombocitopênica idiopática (PTI), diagnosticada em 2019. Todos os pacientes foram hospitalizados devido a plaquetopenia ($<20.000/\text{mm}^3$).

O PROCEnf-USP® foi utilizado pelos graduandos para registrar dados clínicos, apoiar o raciocínio clínico e documentar a assistência de enfermagem. A partir dos registros, foram identificados sete diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (cinco com foco no problema e dois de risco), abrangendo os domínios Conforto, Nutrição, Promoção à Saúde, Enfrentamento/Tolerância ao Estresse e Segurança e Proteção.

Foram definidos oito resultados esperados segundo a NOC, relacionados aos domínios Saúde Fisiológica, Saúde Psicossocial, Conhecimento e Comportamento em Saúde e Saúde da Comunidade. As intervenções de enfermagem identificadas na NIC totalizaram 11, distribuídas entre os domínios Fisiológico Básico, Fisiológico Complexo, Comportamental, Segurança e Comunidade.

O quadro 1 apresenta os diagnósticos, resultados esperados e intervenções selecionadas para os pacientes.

Quadro 1. Planejamento da assistência de enfermagem aos pacientes hospitalizados com dengue – PROCEnf-USP®.

Sinais e Sintomas	Diagnósticos NANDA-I	Resultados Esperados NOC	Intervenções NIC
- Queixa de dor de cabeça;	Dor Aguda (00132)	Controle da dor (1605)	Controle da dor (1400)
- Presença de episódios de náusea;	Autogestão ineficaz da náusea (00384)	Controle de náusea e vômitos (1618)	Controle da náusea (1450)
- Presença de petéquias em MMSS, costas, pescoço;	Integridade da pele prejudicada (00046)	Integridade Tissular: pele e mucosas (1101)	Supervisão da pele (3590)
- Devido a hospitalização; - Viagem marcada;	Ansiedade excessiva (004000)	Nível de Ansiedade (1211)	Apoio emocional (5270) Escuta ativa (4920)

- Níveis baixos de plaquetas;	Risco de sangramento (00206)	Controle de riscos (1902)	Precauções contra sangramento (4010)
- Perdas de líquidos durante episódios de vômito; Inapetência;	Risco de volume de líquidos deficiente (00028)	Controle de riscos: desidratação (1937)	Controle de líquidos (4120) Monitorização de eletrólitos (2020)
- Contraiu em ambiente domiciliar; - Reinternação em período de um mês; - Contraiu em viagens para regiões endêmicas; -Interrompeu tratamento.	Comportamentos ineficazes de manutenção da saúde (00292)	Controle de riscos: perigos ambientais (1938) Controle de risco comunitário: doenças transmissíveis (2802)	Educação em saúde (5510) Controle de doenças transmissíveis (8820) Controle do ambiente: comunidade (6484)

Os diagnósticos Autogestão ineficaz da náusea (00384), Ansiedade excessiva (004000) e Comportamentos ineficazes de manutenção da saúde (00292), estão descritos de acordo com a classificação atual da NANDA-I, 13 edição, 2024-20268, sendo documentados como Náusea (00134), Ansiedade (00146) e Manutenção ineficaz da saúde (00099) no PROCEnf-USP®.

Na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), cada intervenção é acompanhada por um conjunto de atividades que orientam a execução das ações de enfermagem⁹ (Wagner et al., 2025). Essas atividades visam modificar fatores relacionados (causas), atenuar características definidoras (sinais e sintomas) e contribuir para a obtenção dos resultados esperados.

Dessa forma, os itens de prescrição correspondem às atividades de enfermagem, compreendidas como comportamentos ou ações específicas realizadas pelos enfermeiros para implementar intervenções e apoiar pacientes/clientes na obtenção dos resultados desejados. As atividades podem ser adaptadas

de acordo com as necessidades individuais do paciente e os recursos disponíveis no serviço de saúde, garantindo a personalização do cuidado⁹ (Wagner et al., 2025).

Foram planejadas 11 intervenções de enfermagem para os pacientes hospitalizados com dengue, com o objetivo de alcançar os oito resultados esperados. A partir delas, foram prescritos 14 itens de prescrição (atividades), detalhados quanto à frequência e ao horário, por meio do sistema PROCEnf-USP®. O quadro 2 mostra a prescrição de enfermagem documentada pelos graduandos para os pacientes hospitalizados com dengue.

Quadro 2. Prescrição de Enfermagem ao paciente hospitalizado com Dengue documentada no PROCEnf-USP®.

Itens de Prescrição (atividades)	Frequência	Horário
1- Encaminhar ao banho de chuveiro	1x/dia	9
2- Monitorar sinais vitais	4/4h	8 12 16 20 24 4
3- Monitorar grau de desconforto ou dor	4/4h	8 12 16 20 24 4
4- Observar episódios de náusea e vômito	Atenção	M T N
5- Estimular ingestão hídrica	Atenção	M T N
6- Estimular alimentação	Atenção	M T N
7- Manter repouso relativo no leito	Atenção	M T N
8- Observar presença de petéquias, equimoses e hematomas	3X/dia	08 14 22
9- Observar eliminações vesicais e intestinais	Atenção	M T N
10- Promover apoio emocional	Atenção	M T N
11- Orientar sobre importância da Prevenção da dengue no ambiente familiar e na comunidade, através da eliminação de criadouros do mosquito <i>Aedes aegypti</i>	Atenção	M T N
12- Orientar sobre cuidados para evitar sangramento	Atenção	M T N
13- Orientar uso de repelente contra mosquitos	Atenção	M T N
14- Orientar sobre importância da continuidade ao tratamento	Atenção	M T N

A prescrição deve ser redigida, preferencialmente, utilizando verbos no infinitivo que expressem ação, acompanhados da frequência (quantas vezes ao dia) e do horário ou período de execução. Nas unidades de internação, a validade da prescrição é de 24 horas.

No contexto da prática clínica, os horários das prescrições de enfermagem devem ser rigorosamente checados pelo profissional responsável pela execução do cuidado, membro da equipe de enfermagem. Além disso, é imprescindível registrar anotações referentes à assistência prestada, incluindo intercorrências ou observações relevantes, acompanhadas do horário e da assinatura do profissional, conforme orienta a normativa vigente do Conselho Federal de Enfermagem.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo analisou a assistência de enfermagem prestada a pacientes hospitalizados com dengue, evidenciando a aplicação do Processo de Enfermagem (PE) e do Sistema de Apoio à Decisão Clínica (SADC) PROCEnf-USP®. Foram identificados sete diagnósticos de enfermagem da classificação NANDA-I, oito resultados esperados da NOC e onze intervenções da NIC, com treze atividades de enfermagem detalhadas na prescrição. Esses achados refletem um cuidado sistematizado, fundamentado em evidências, e demonstram como o raciocínio clínico dos graduandos pode ser orientado por ferramentas informatizadas, promovendo segurança, efetividade e individualização da assistência.

Os diagnósticos identificados, Dor Aguda, Autogestão Ineficaz da Náusea, Integridade da Pele Prejudicada, Comportamentos Ineficazes de Manutenção da Saúde, Ansiedade Excessiva, Risco de Sangramento e Risco de Volume de Líquidos Deficiente, estão alinhados à literatura, que evidencia a complexidade clínica de pacientes com dengue, especialmente aqueles hospitalizados com plaquetopenia e sinais de alarme^{22, 23}. A presença de diagnósticos de risco, como Risco de Sangramento e Risco de Volume de Líquidos Deficiente, reforça a necessidade de monitoramento contínuo e de intervenções preventivas. Esses achados corroboram a literatura, que destaca a relevância da sistematização do cuidado para a redução de complicações e eventos adversos^{24, 25}. Além disso, evidenciam que a assistência de enfermagem não se limita à resolução de problemas já instalados, mas também abrange a atuação precoce frente a fatores de risco, prevenindo o agravamento clínico e contribuindo para a segurança e integralidade da atenção ao paciente⁸.

A identificação do diagnóstico “Risco de volume de líquidos deficiente” reforça a importância do monitoramento rigoroso da hidratação, especialmente em pacientes com plaquetopenia e vômitos. A hidratação adequada é essencial não apenas para a manutenção do equilíbrio hídrico, mas também para favorecer a recuperação da contagem de plaquetas. Durante a infecção por dengue, o extravasamento plasmático e a destruição imunológica de plaquetas contribuem para a trombocitopenia observada clinicamente^{4, 26}. A desidratação pode agravar o quadro clínico, aumentando o risco de hemorragias e outras complicações²². Portanto, o controle de ingesta e eliminação (balanço hídrico) é essencial para reduzir riscos e favorecer a evolução clínica do paciente.

O papel do enfermeiro vai além do cuidado fisiológico, incluindo a atenção ao estado emocional do paciente. O diagnóstico de Ansiedade Excessiva enfatiza a importância do apoio emocional, escuta ativa e orientações claras, proporcionando conforto e reduzindo o impacto psicológico da hospitalização⁹. A atenção à dimensão emocional é especialmente relevante em pacientes hospitalizados com dengue, cuja fragilidade física pode ser potencializada por medo, preocupação com reinternações ou eventos adversos.

Outro diagnóstico psicossocial identificado foi Comportamentos Ineficazes de Manutenção da Saúde, definido como Manejo de conhecimento em saúde, atitudes e práticas subjacentes a ações de saúde que é insatisfatório para manter ou melhorar o bem-estar ou prevenir doenças e lesões⁸. Os pacientes incluídos na pesquisa, apresentaram característica definidoras como infecção em ambiente domiciliar, reinternação em curto período e contaminação durante viagens a regiões endêmicas. Nesse contexto, as intervenções de educação em saúde (NIC 5510), controle de doenças transmissíveis (NIC 8820) e controle do ambiente comunitário (NIC 6484) são essenciais para orientar os pacientes quanto à eliminação de criadouros de mosquitos e medidas de proteção individual. Essa abordagem é importante mesmo durante a hospitalização, quando os pacientes estão mais receptivos e a experiência de adoecimento reforça a percepção de risco^{5, 23}. Recomendações adicionais podem incluir orientação sobre evitar viagens para áreas endêmicas em períodos de alta incidência, reforçando a prevenção.

O contexto epidemiológico atual reforça a necessidade de estratégias eficazes de prevenção e controle, nas quais o cuidado de enfermagem desempenha papel central. Em 2025, o Brasil registrou mais de 1 milhão de casos prováveis de dengue e 681 mortes confirmadas até abril, apesar de uma redução

inicial em relação a 2024⁴. O número elevado de casos evidencia a necessidade de estratégias de cuidado que unam prevenção, educação em saúde e assistência hospitalar.

As intervenções de enfermagem planejadas, como controle da dor, supervisão da pele, educação em saúde e apoio emocional, mostraram correspondência direta com os diagnósticos e resultados esperados. Estudos apontam que intervenções estruturadas e individualizadas, baseadas na NIC, favorecem o manejo de complicações e promovem o bem-estar do paciente⁹. O detalhamento das atividades, incluindo frequência e horários, evidencia a racionalidade do planejamento assistencial, permitindo monitorar, auditar e ajustar condutas conforme a evolução clínica, o que se alinha a recomendações internacionais para prescrição fundamentada em linguagens padronizadas^{10, 27}.

O uso de atividades específicas, como monitoramento de sinais vitais, estímulo à ingestão hídrica, observação de petéquias e orientação sobre prevenção da dengue, reforça como a prescrição estruturada sustenta o raciocínio clínico e facilita a tomada de decisão. A literatura ressalta que a documentação precisa das atividades de enfermagem não apenas melhora a segurança clínica, mas também atua como recurso pedagógico para formação de profissionais críticos e reflexivos^{11, 12}. Nesse sentido, outros estudos corroboram a relevância do uso das classificações de enfermagem como instrumentos de ensino-aprendizagem e de aprimoramento da prática clínica^{25, 27}.

O PROCEnf-USP® mostrou-se um recurso eficaz para integrar diagnósticos, intervenções e resultados, permitindo que estudantes desenvolvessem um planejamento assistencial lógico, sistemático e personalizado. Além disso, estudos evidenciam que o sistema contribui para a acurácia diagnóstica, fortalecendo o julgamento clínico dos enfermeiros e reduzindo inconsistências na documentação²⁹. Esse achado corrobora pesquisas que apontam os SADCs como ferramentas essenciais para melhorar a qualidade do cuidado, apoiar a prática baseada em evidências e promover a segurança do paciente¹⁷. Também merece destaque a associação entre diagnósticos de enfermagem e desfechos clínicos, uma vez que estudos recentes evidenciam que diagnósticos de enfermagem predizem tempo de internação hospitalar e influenciam na evolução do paciente^{13, 28}.

Do ponto de vista pedagógico, a utilização do PROCEnf-USP® ampliou o aprendizado dos graduandos ao integrar teoria e prática clínica. A experiência favoreceu o desenvolvimento do raciocínio clínico, o reconhecimento de padrões diagnósticos e a articulação com intervenções baseadas em evidências, aspectos já descritos em estudos que destacam a importância das linguagens padronizadas no processo formativo^{27, 29, 30}.

Dessa forma, o sistema mostrou-se um recurso estratégico para a formação de enfermeiros críticos, reflexivos e preparados para atuar em cenários complexos.

Sob a perspectiva organizacional, a adoção de sistemas informatizados e classificações padronizadas fortalece a gestão do cuidado, uma vez que possibilita a geração de indicadores assistenciais, subsidia processos de acreditação hospitalar e dá maior visibilidade ao trabalho do enfermeiro. Esse aspecto é fundamental para a consolidação da identidade profissional, para a valorização da prática clínica e para a formulação de políticas públicas de saúde que reconheçam a contribuição da enfermagem nos resultados em saúde^{13, 25, 28}.

Portanto, o uso do Processo de Enfermagem, das classificações NANDA-I, NIC e NOC e de sistemas informatizados como o PROCEnf-USP® contribui não apenas para a assistência individualizada e de qualidade, mas também para a melhoria dos resultados clínicos, redução de óbitos, otimização do tempo de internação e, potencialmente, impacto positivo na saúde pública com redução do número de casos. A integração entre tecnologia, ensino e prática clínica fortalece a formação de enfermeiros competentes e promove políticas assistenciais mais efetivas frente à dengue e outras doenças endêmicas.

Por fim, este estudo apresenta algumas limitações, como o número restrito de participantes e a realização em um único cenário acadêmico, o que pode limitar a generalização dos achados. Ainda assim, os resultados apontam caminhos promissores para o fortalecimento do PE apoiado por tecnologias digitais. Pesquisas futuras poderão ampliar a análise para outros contextos hospitalares, avaliar o impacto da utilização do PROCEnf-USP® em larga escala e investigar a associação entre diagnósticos, intervenções e desfechos clínicos, consolidando a importância da documentação estruturada para a prática, ensino e gestão em enfermagem.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu analisar de forma detalhada a assistência de enfermagem prestada a pacientes hospitalizados com dengue, evidenciando que a utilização do Sistema de Apoio à Decisão Clínica PROCEnf-USP® contribui significativamente para o planejamento e a execução do cuidado. Por meio do SADC, foi possível identificar diagnósticos de enfermagem com foco no problema e risco, definir resultados esperados, prescrever intervenções e detalhar atividades de enfermagem de forma estruturada e individualizada.

Os achados demonstram que o uso das classificações NANDA-I, NOC e NIC, aliado ao PROCEnf-USP®, promove segurança, efetividade e precisão na assistência, apoia o raciocínio clínico dos graduandos e reforça a importância de ações preventivas, educativas e de monitoramento contínuo, não apenas voltadas à resolução de problemas, mas também à prevenção de riscos.

Além disso, o estudo evidencia que a integração entre tecnologia, documentação padronizada e prática clínica pode melhorar os desfechos clínicos, potencializar a educação em saúde e contribuir para a formação de enfermeiros mais preparados para atuar em cenários complexos. Dessa forma, o uso do PROCEnf-USP® não apenas fortalece a sistematização da assistência de enfermagem, mas também oferece subsídios para futuras pesquisas e práticas que visem aprimorar o cuidado a pacientes com dengue hospitalizados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas causados por vírus transmitidos pelo mosquito Aedes (dengue, chikungunya e zika), semanas epidemiológicas 1 a 7, 2022. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [cited 2025 Dec 15]. Available from: <http://plataforma.saude.gov.br/anomalias-congenitas/boletim-epidemiologico-SVS-07-2022.pdf>
2. Dias LBA, Almeida SCL, Haes TM, Mota LM, Roriz-Filho JS. Dengue: transmissão, aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento. Medicina (Ribeirão Preto Online). 2010;43(2):143. Available from: <https://core.ac.uk/display/268325854>
3. World Health Organization (WHO). Dengue and severe dengue [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2025 Dec 15]. Available from: <https://www.who.int/mega-menu/health-topics/popular/dengue>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil registra queda de quase 70% nos casos de dengue nos 2 primeiros meses de 2025 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2025 [cited 2025 Dec 15]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/marco/brasil-registra-queda-de-quase-70-nos-casos-de-dengue-nos-2-primeiros-meses-de-2025>
5. Martins MCV, Santos CS, Marques ISS. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente com dengue. Cad Grad Ciênc Biológicas Saúde UNIT. 2018;4(3):91–101. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5129/2717>
6. Barros ALBL, Lucena AF, Moraes SCR, Brandão MAG, Almeida MA, Cubas MR, et al. Nursing Process in the Brazilian context: reflection on its concept and legislation. Rev Bras Enferm. 2022;75(6):e20210898. doi:10.1590/0034-7167-2021-0898
7. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução nº 736/2024: Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília (DF): Cofen; 2024 [cited 2025 Dec 15]. Available from: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024>
8. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação. 13ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2024.
9. Wagner CM, Butcher HK, Clarke MF. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 8ª ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan; 2025.
10. Moorhead S, Swanson E, Johnson M. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 7ª ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan; 2024.
11. Argenta C, Conceição VM, Poltronieri P, Cubas MR. Sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem. In: Processo de enfermagem: história e teoria. Chapecó: Editora UFFS; 2020. p. 26–46. doi:10.7476/9786586545234.0002

12. Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(Spe):134–41. doi:10.1590/S0034-71672013000700017
13. D’Agostino F, Vellone E, Cocchieri A, Welton J, Maurici M, Polistena B, et al. Nursing diagnoses as predictors of hospital length of stay: a prospective observational study. *J Nurs Scholarsh.* 2019;51(1):96–105. doi:10.1111/jnu.12444
14. Freitas MIP, Carmona EV. Estudo de caso como estratégia de ensino do processo de enfermagem e do uso de linguagem padronizada. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(6):1070–. doi:10.1590/S0034-71672011000600025
15. Azevedo OA, Guedes ES, Araújo SAN, Maia MM, Cruz DALM. Documentation of the nursing process in public health institutions. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03471. doi:10.1590/S1980-220X2018010103471
16. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP). *Processo de Enfermagem: guia para a prática.* 2ª ed. São Paulo: Coren-SP; 2021.
17. Musen MA, Middleton B, Greenes RA. Clinical decision-support systems. In: Shortliffe EH, Cimino JJ, editors. *Biomedical informatics.* Cham: Springer; 2021. p. 1–21. doi:10.1007/978-3-030-58721-5_24
18. Peres HHC, Cruz DALM, Lima AFC, et al. Desenvolvimento de Sistema Eletrônico de Documentação Clínica de Enfermagem estruturado em diagnósticos, resultados e intervenções. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(6):1149–55. doi:10.1590/S0080-62342009000600002
19. Johnson M, Moorhead S, Butcher HK, Maas ML. *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
20. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.* 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.
21. Gengo ES, Dos Santos Diogo RC, Cruz DALM, et al. Linkages of nursing diagnoses, outcomes, and interventions performed by nurses caring for medical and surgical patients using a decision support system. *Int J Nurs Knowl.* 2018;29(4):269–75. doi:10.1111/2047-3095.12185
22. 22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Dengue: diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança.* 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007 [cited 2025 Dec 15]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_diagnostico_manejo_adulto_crianca_3ed.pdf
23. Silva LG, Sousa QCD, Campanate AL, Nascimento CM, et al. Sistematização da assistência de enfermagem para pacientes com dengue: principais diagnósticos, intervenções e cuidados de enfermagem. *Braz J Implantol Health Sci.* 2024;6(3):2101–12. doi:10.36557/2674-8169.2024v6n3p2101-2112

24. Schwanda M, Höh A, Müller-Staub M, Spirig R, Fehr T, Banziger O, et al. Validation of the nursing diagnosis “Risk for perioperative hypothermia”: a multi-centre study. *Int J Nurs Knowl*. 2018;29(4):247–54. doi:10.1111/2047-3095.12491
25. Rodríguez Suárez CA, González de la Torre H, Hernández De Luis MN, Fernández- Gutiérrez DÁ, Martínez Alberto CE, Brito Brito PR. Effectiveness of a standardized nursing process using NANDA-I, NIC and NOC terminologies: a systematic review. *Healthcare*. 2023;11(17):2449. doi:10.3390/healthcare11172449
26. Pires JPS, Oliveira TRS. Complicações hematológicas no dengue: uma revisão de literatura (2003–2023). *Rev Ciênc Saúde Ceuma*. 2024;2(1):109–16. doi:10.61695/rcs.v2i1.29
27. D’Agostino F, Zeffiro V, Cocchieri A, Vanalli M, Ausili D, Vellone E, et al. Impact of an electronic nursing documentation system on the nursing process accuracy. *Adv Intell Syst Comput*. 2018;247–52. doi:10.1007/978-3-319-98872-6_29
28. Sanson G, Vellone E, Kangasniemi M, Alvaro R, D’Agostino F. Impact of nursing diagnoses on patient and organizational outcomes: a systematic literature review. *J Clin Nurs*. 2017;26(23–24):3764–73. doi:10.1111/jocn.13717
29. Diogo RCS, Gengo ES, Butcher HK, Peres HHC. Evaluation of the accuracy of nursing diagnoses determined by users of a clinical decision support system. *J Nurs Scholarsh*. 2021;53(4):519–26. doi:10.1111/jnu.12659
30. Bertocchi L, Dante A, La Cerra C, et al. Nursing diagnosis accuracy in nursing education: clinical decision support system compared with paper-based documentation—a before and after study. *CIN: Comput Inform Nurs*. 2024;42(1):44–doi:10.1097/CIN.0000000000001066

ENFERMAGEM: A CIÊNCIA DA VIDA

VOLUME VIII



conhecimentolivre.org/home



contato@conhecimentolivre.org



[editoraconhecimentolivre](https://www.instagram.com/editoraconhecimentolivre)



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE