

Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde

Volume 16



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA

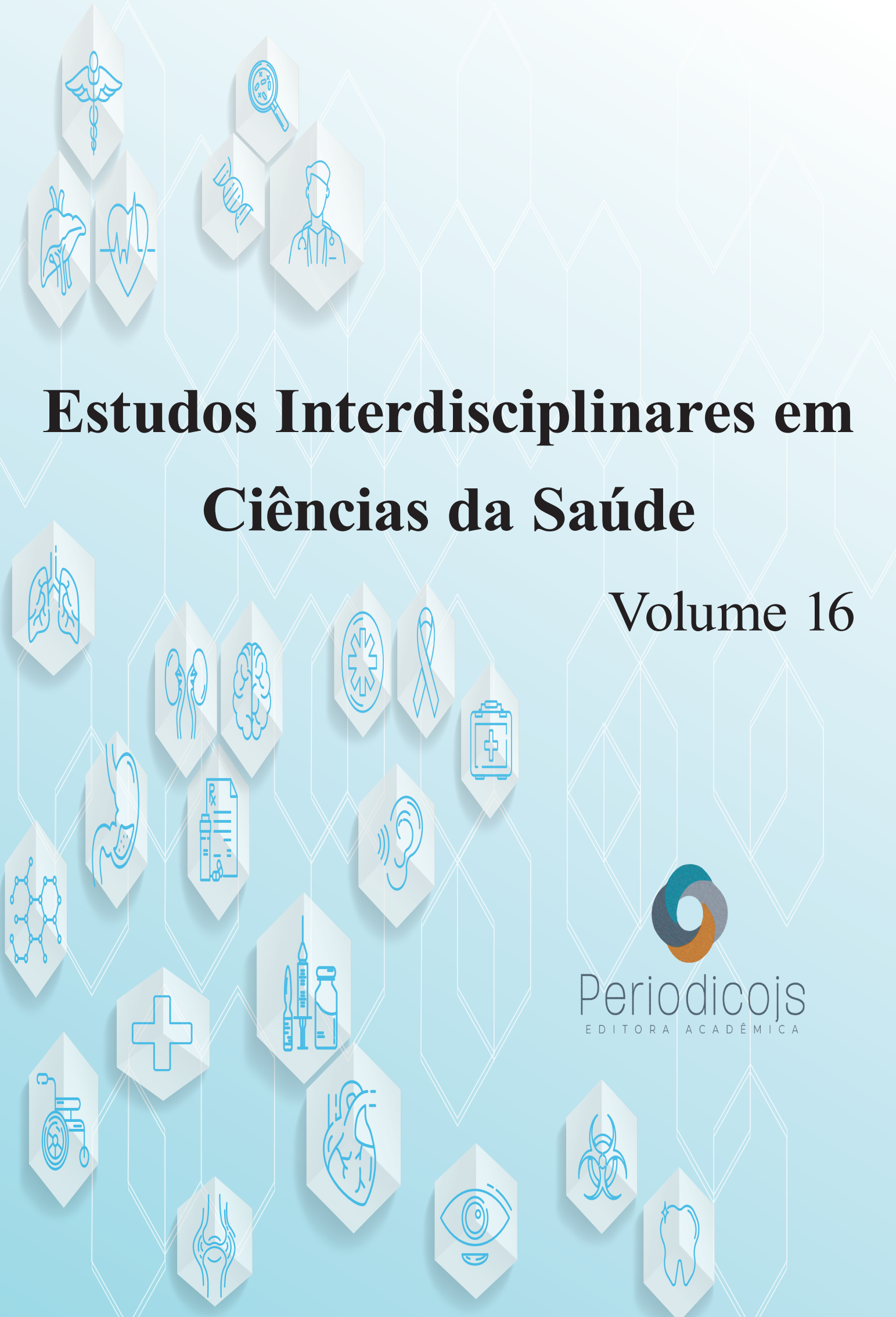


Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde

Volume 16



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA



Equipe Editorial

Abas Rezaey

Izabel Ferreira de Miranda

Ana Maria Brandão

Leides Barroso Azevedo Moura

Fernando Ribeiro Bessa

Luiz Fernando Bessa

Filipe Lins dos Santos

Manuel Carlos Silva

Flor de María Sánchez Aguirre

Renísia Cristina Garcia Filice

Isabel Menacho Vargas

Rosana Boullosa

Projeto Gráfico, editoração e capa

Editora Acadêmica Periodicojs

Idioma

Português

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E82 Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde - volume 16. / Filipe Lins dos Santos.
(Editor) – João Pessoa: Periodicojs editora, 2023.

E-book: il. color.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-6010-027-5

1. Estudos interdisciplinares. 2. Ciências da Saúde. I. Santos, Filipe Lins dos. II. Título.

CDD 610

Elaborada por Dayse de França Barbosa CRB 15-553

Índice para catálogo sistemático:

1. Ciências da Saúde: estudos 610

Obra sem financiamento de órgão público ou privado

Os trabalhos publicados foram submetidos a revisão e avaliação por pares (duplo cego), com respectivas cartas de aceite no sistema da editora.

A obra é fruto de estudos e pesquisas da seção de Estudos Interdisciplinares em Ciências das Saúde da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



**Filipe Lins dos Santos
Presidente e Editor Sênior da Periodicojs**

CNPJ: 39.865.437/0001-23

Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil
website: www.periodicojs.com.br
instagram: @periodicojs

Prefácio



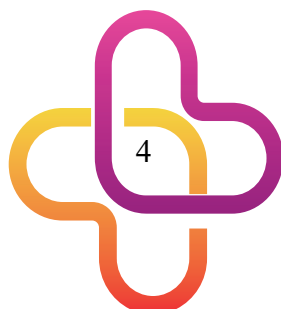
A coleção de ebooks intitulada de Estudos Avançados em Saúde e Natureza tem como propósito primordial a divulgação e publicação de trabalhos de qualidade nas áreas das ciências exatas, naturais, biológicas e saúde que são avaliados no sistema duplo cego.

Foi pensando nisso que a coleção de ebooks destinou uma seção específica para dar ênfase e divulgação a trabalhos de professores, alunos, pesquisadores e estudiosos das áreas das ciências da saúde. O objetivo dessa seção é unir o debate interdisciplinar com temas e debates específicos das várias formações inseridas nessa grande área. Desse modo, em tempos que a produção científica requer cada vez mais qualidade e amplitude de abertura para diversos leitores se apropriarem dos estudos acadêmicos, criamos essa seção com o objetivo de metodologicamente democratizar o estudo, pesquisa e ensino nas áreas das ciências da saúde.

Esse volume XVI reúne diversos artigos rigorosamente avaliados e de extrema credibilidade científica e acadêmica para a sociedade. Desejamos que todos os leitores que façam um excelente proveito para aprofundamento teórico e crescimento pessoal por meio dos estudos publicados.

Filipe Lins dos Santos

Editor Sênior da Editora Acadêmica Periodicojs



Sumário



Capítulo 1

ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL AO PACIENTE INTENSIVO

7

Capítulo 2

BRINQUEDO TERAPÊUTICO E SEUS BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE DA CRIANÇA

18

Capítulo 3

CUIDADOS AO PACIENTE QUEIMADO: EXPERIÊNCIAS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

27

Capítulo 4

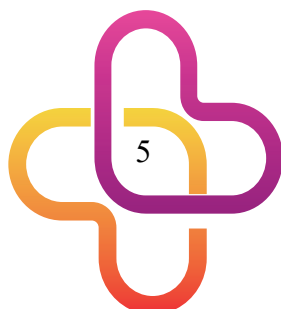
GRUPOS EDUCATIVOS PARA A PESSOA IDOSA: BENEFÍCIOS E METODOLOGIAS

39

Capítulo 5

ENFERMAGEM FORENSE: IDENTIFICAÇÃO E MANEJO

46



Capítulo 6

SAÚDE EMOCIONAL FEMININA: CUIDADOS MULTIPROFISSIONAIS

55

Capítulo 7

CUIDADOS PALIATIVOS: ESTRATÉGIAS E MANEJO NO AMBIENTE HOSPITALAR

63



Capítulo 1

ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL AO PACIENTE INTENSIVO



ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL AO PACIENTE INTENSIVO

MULTIPROFESSIONAL CARE FOR INTENSIVE PATIENTS

Virginia de Araújo Pôrto¹

Lilian Nadja Silva Brito²

Annelissa Andrade Virginio de Oliveira³

Geni Kelly Araújo Silva Melo⁴

Geane Herminio Falcão Torres⁵

Denise Monteiro de Lima⁶

Samara da Silva Santos⁷

Resumo: A doença crítica em si é capaz de exacerbar comorbidades e até mesmo de ocasionar eventos e sequelas físicas e emocionais, comprometendo a qualidade de vida, interferindo ou levando a perda de condição de labor, bem como elevando custos e maior utilização dos serviços de saúde. Estas consequências podem persistir por anos. Neste mesmo documento, são pormenorizadas outras questões, como tipos de UTI (Adulto, Coronariana, Queimados, Pediátrica, Neonatal), critérios de habilitação, normas estruturais, necessidade de equipamentos e acesso a serviços dentre outras. Para

1 Enfermeira. Mestrado em Ciências da Saúde. Especialização em Terapia Intensiva; Formação Pedagógica e Preceptoria em Saúde.

2 Cirurgiã-Dentista pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

3 Enfermeira. Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). Especialista em Saúde. Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW/UFPB/ EBSEH.

4 Graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) Pós-graduação em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde - IEP-HSL no Hospital Sírio Libanês.

5 Bacharel em Enfermagem. Especialista em Segurança do Paciente pela fundação Oswald Cruz.

6 Bacharel em Enfermagem. FPB - Faculdade Internacional da Paraíba.

7 Enfermeira. Centro Universitário de João Pessoa – Unipê.



fins do abordado neste capítulo, talvez o mais importante se refira a instituição do cuidado progressivo ao doente crítico, pois justifica e ampara a necessidade de uma equipe ampla.

Palavras chaves: Terapia Intensiva; Multiprofissional; Assistência; Cuidado.

Abstract: Critical illness itself is capable of exacerbating comorbidities and even causing physical and emotional events and sequelae, compromising quality of life, interfering with or leading to loss of work conditions, as well as raising costs and greater use of health care services. health. These consequences can persist for years. In this same document, other issues are detailed, such as types of ICU (Adult, Coronary, Burns, Pediatric, Neonatal), qualification criteria, structural standards, need for equipment and access to services, among others. For the purposes of what is discussed in this chapter, perhaps the most important issue is the institution of progressive care for the critically ill, as it justifies and supports the need for a broad team.

Keywords: Intensive Care; Multi-professional; Assistance; Careful.

INTRODUÇÃO

O conceito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Cuidado Crítico (CC) surge conjuntamente com o nascimento da Enfermagem enquanto Profissão, quando Florence na Guerra da Criméia em 1854, tomou medidas que mudaram a visão do cuidado hospitalar. Ao aproximar os pacientes mais graves para um mesmo local, o mais próximo possível da equipe que os assistia, percebeu que os desfechos eram perceptivelmente melhores, considerando que a observação era direta e contínua, sendo possível atuar de forma mais rápida (OUCHI et al., 2018).

Posteriormente, na epidemia da Poliomielite em 1952, com o advento dos pulmões de aço, é



acrescido ao conceito de UTI a questão tecnológica. Desta forma para termos uma UTI a partir deste marco, seria necessário não apenas agrupar pacientes graves em uma ala, mas dispor de tecnologias que pudessem tratar de forma mais efetiva suas patologias. (MARSCHALL et al., 2017).

Em um terceiro momento, com a evolução tecnológica do século XX, foram agregados ao CC diversos equipamentos não apenas de monitorização para apoiar a observação das alterações fisiológicas que os pacientes gravemente enfermos apresentam, mas também para tratar de forma mais direcionada estas mudanças. Partindo deste princípio, bem como para atender a uma demanda alta de procedimentos de manejo diferenciados e contínuos, a UTI passou de uma Equipe composta basicamente por Médicos e Enfermagem, para uma Equipe Multiprofissional cada vez mais diferenciada, considerando que associado a todos os fatores supracitados, o perfil do paciente atendido também vem se tornando cada vez mais complexo.

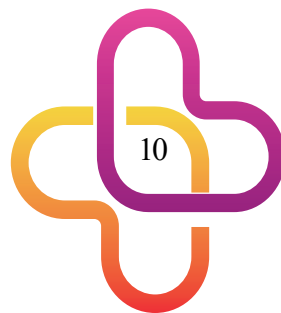
REFLEXÃO

1. Paciente Crítico: de quem estamos falando?

De acordo com a Resolução CFM 2271/2020, Paciente Crítico pode ser definido como:

Define-se como paciente crítico ou gravemente enfermo aquele que apresenta instabilidade ou risco de instabilidade de sistema vital com risco de morte. Esses pacientes podem sofrer deterioração de um ou mais funções dos órgãos vitais, apresentando instabilidade cardiovascular, respiratória, neurológica, renal, metabólica ou patologias que possam levar à instabilidade desses sistemas (Resolução CFM 2271, p.4).

Além desta definição, os mesmos podem ser categorizados em níveis ou categorias relativas à complexidade e evolução de seu estado de saúde, o que de certa forma é compreendido como sendo



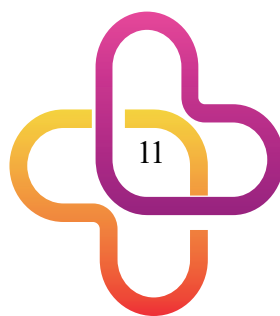
critério de admissão em uma UTI (PORTARIA N° 895, DE 31 DE MARÇO DE 2017 + Resolução CFM 2271/2020). Atualmente a visão e valores do paciente tem sido amplamente discutidos além destas indicações, sendo em muitos países, a vontade e desejo do mesmo de em que local, de qual maneira, quais terapêuticas aceita, e até que ponto quer ser efetivamente tratado, serem levados em consideração quando o mesmo se depara frente a um diagnóstico de doença crítica com necessidade de intervenção intensiva.

A recusa parcial ou total as terapêuticas instituídas levam em consideração a capacidade e competência do indivíduo em tomar decisões e se baseiam no princípio da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça (PIROTTI; BENSON, 2022).

De uma perspectiva mais ampla, os familiares dos pacientes críticos também estão inclusos como “pacientes”, já que sofrem diretamente as consequências de um internamento de seu ente querido. Não apenas sentimento de perda e luto antecipado estão envolvidos, muitos precisam assumir funções sociais para as quais não estavam preparados, bem como prover financeiramente (mesmo que temporariamente) uma família, sem ter condições para tanto.

A estadia de um membro da família em um ambiente crítico, torna os familiares extremamente vulneráveis. A comunicação é comprometida, tendo sido relatado que os mesmos só compreendem metade das informações repassadas pela equipe de saúde. Estas consequências perduram após a alta, com cerca de 70% sofrendo de sintomas de ansiedade, 35% de depressão, e um terço de sintomas de estresse pós traumático (LATOURET et al., 2022; MARGARET et al., 2023). Alguns fatores de risco associados a ocorrência de efeitos deletérios aos familiares após alta da UTI, podendo-se citar: a idade do paciente, de maneira que familiares de pacientes mais jovens sofrem maior impacto, bem como os que tiveram como desfecho o óbito (NAEF et al., 2021).

2. Unidades de Terapia Intensiva: o lado bom e o não tão bom



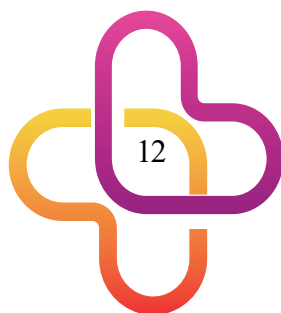
O conceito de UTI não é unânime quando se considera países com avanços tecnológicos, questões legais e culturas tão diferentes. No Brasil temos a PORTARIA Nº 895, DE 31 DE MARÇO DE 2017, que conceitua tal ambiente da seguinte forma:

Um serviço hospitalar destinado a usuários em situação clínica grave ou de risco, clínico ou cirúrgico, necessitando de cuidados intensivos, assistência médica, de enfermagem e fisioterapia, ininterruptos, monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada (BRASIL, Portaria nº 895, p. 3, 2017).

Neste mesmo documento, são pormenorizadas outras questões, como tipos de UTI (Adulto, Coronariana, Queimados, Pediátrica, Neonatal), critérios de habilitação, normas estruturais, necessidade de equipamentos e acesso a serviços dentre outras. Para fins do abordado neste capítulo, talvez o mais importante se refira a instituição do cuidado progressivo ao doente crítico, pois justifica e ampara a necessidade de uma equipe ampla. Sobre este quesito em específico, os pontos de maior relevância estão correlacionados diretamente a criação de uma organização capaz de garantir acesso, acolhimento e resolubilidade aos pacientes que deles necessitam, qualificação da atenção e segurança do paciente e educação permanente dos profissionais envolvidos (BRASIL, 2017).

Aborda-se esta questão como relevante, baseado em artigos que demonstram que apesar do reconhecimento de que o advento e evolução do CC no decorrer de anos ter sido capaz de conceder a sobrevivência a muitos pacientes, fato este que outrora seria impensável, trouxe à tona diversos questionamentos éticos relacionados as condições de vida após a saída deste.

Apesar de todos os avanços tecnológicos que hoje estão disponibilizados, em muitas Unidades Hospitalares, mas em especial nos ambientes de CC, a compreensão das consequências destas terapêuticas e a morbidade persistente, vêm sendo alvo de grande preocupação e foco de estudo de diversos pesquisadores. A doença crítica em si é capaz de exacerbar comorbidades e até mesmo de



ocasionar eventos e sequelas físicas e emocionais, comprometendo a qualidade de vida, interferindo ou levando a perda de condição de labor, bem como elevando custos e maior utilização dos serviços de saúde. Estas consequências podem persistir por anos (MARGARET et al., 2023).

A temática é de tamanha relevância, que já é definida como uma síndrome: Post Intensive Care Síndrome (PICS), e a The Society of Critical Care Medicine tendo publicado em 2020 um Consenso com o intuito de apoiar os Intensivistas na prevenção e identificação precoces, bem como recomendar ações para o manejo adequado (MIKKELSEN et al., 2020).

3. Cuidado Crítico: perspectiva de uma abordagem focada no paciente

Historicamente esta atribuição tem sido delegada aos médicos, entretanto estudos tem demonstrado que a Enfermagem por diversos fatores, parece estar mais preparada para tanto. Todavia, o cuidado é multiprofissional (YAMAMOTO, 2022). Algumas estratégias são capazes de agregar valor ao cuidado prestado, maximizar a possibilidade de manter um time coeso, focado e principalmente concordando mutuamente quanto ao que será ofertado. Dentre tantas que podem ser utilizadas, optamos por discorrer de três: os rounds ou visitas interdisciplinares, o Plano Terapêutico e o Diário de UTI.

Os rounds ou visitas interdisciplinares podem ser compreendidos como um encontro dos profissionais que assistem ao paciente de maneira horizontal (conhecidos diaristas ou equipe da rotina, responsáveis pela tomada de decisão de médio e longo prazo), com o time de plantão do turno (responsável pela prestação contínua da assistência e resolução das intercorrências em curto prazo).

O principal intuito é o de através da escuta e conhecimento de todas as particularidades do paciente, advindas dos diferentes profissionais, as decisões de tratamento possam ser alinhadas de forma mais acertada e falhas de comunicação possam ser evitadas. Quando realizados de forma assertiva, repercutem em um significado clínico importante, capaz de prevenir eventos adversos, re-



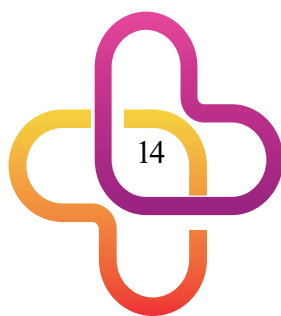
duzir tempo de internação, morbidade e mortalidade. Normalmente produz um plano de metas diário, que será de conhecimento de todos (SHARMA et al., 2022).

O Plano Terapêutico do Paciente (PTP), também conhecido como Projeto Terapêutico Singular (PTS), é uma estratégia componente da política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo sido inicialmente proposto para utilização na atenção primária à saúde. É considerada uma ferramenta utilizada de forma horizontal e também interdisciplinar, para construção de uma proposta terapêutica com metas a serem cumpridas durante a permanência de um paciente uma unidade de saúde. O mesmo proporciona coparticipação do time com suas expertises e saberes, garantindo autonomia profissional, ao mesmo tempo que qualifica e fortalece o trabalho em equipe (FERREIRA et al., 2022).

Os Diários de UTI foram propostos para diminuir os danos psicológicos decorrentes da permanência prolongada de pacientes em UTIs. Não substituem os registros formais da equipe multidisciplinar, sendo considerados um complemento de construção por parte da equipe e familiares, sobre a rotina ocorrida durante o período em que necessitaram de assistência intensiva. Muitos destes pacientes permanecem meses e até anos apresentando diferentes tipos de memórias, em sua grande maioria de caráter vívido e recorrente. A instituição desta ferramenta tem se revelado como de grande valia na reconstrução de memórias coerentes e redução de sequelas psicológicas pós alta, além de proporcionar engajamento e maior sensação de segurança aos familiares (EKILIND et al., 2023; TRIPATHY et al., 2022).

CONCLUSÃO

A colaboração entre os membros da Equipe interdisciplinar de uma UTI é fator crucial para conseguir os melhores resultados ao propósito comum a todos os participantes envolvidos: prover um cuidado efetivo e seguro para pacientes e seus familiares. A habilidade de liderança, capaz de acolher



e agregar os profissionais, o paciente (quando possível) e seus familiares, se torna fundamental para conseguir alcançar este objetivo.

Devido a multifatorialidade envolvida em um ambiente de Terapia Intensiva exposta, este capítulo se propõe a discutir a temática de uma forma não focada nos cuidados específicos associados as categorias profissionais envolvidas, mas sim, discorrer sobre a importância da compreensão do cuidado crítico em si e da importância da abordagem coletiva com um único objetivo: devolver a sociedade um indivíduo com a melhor qualidade de vida possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. PORTARIA Nº 895, DE 31 DE MARÇO DE 2017, 2017.

EKLIND, Sara; OLBY, Karin; ÅKERMAN, Eva. O diário da Unidade de Terapia Intensiva - Um complemento significativo na recuperação após a terapia intensiva. Um estudo de grupo focal. *Enfermagem em Cuidados Intensivos e Críticos*, v. 74, p. 103337, 2023.

FERREIRA, Maynara Guaripuna et al. Projeto Terapêutico Singular no manejo de casos complexos: relato de experiência no PET-Saúde Interprofissionalidade. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 46, 2022.

HERRIDGE, Margaret S.; AZOULAY, Élie. Resultados após doença crítica. *New England Journal of Medicine*, v. 388, n. 10, pág. 913-924, 2023.

LATOUR, José M. et al. Melhorando a experiência de terapia intensiva sob a perspectiva de diferentes partes interessadas. 2022.



MARSHALL, John C. e outros. O que é uma unidade de terapia intensiva? Um relatório da força-tarefa da Federação Mundial de Sociedades de Medicina Intensiva e Crítica. *Journal of critical care* , v. 37, p. 270-276, 2017.

MIKKELSEN, Mark E. et al. Conferência internacional de consenso da Society of Critical Care Medicine sobre previsão e identificação de deficiências de longo prazo após doenças críticas. *Medicina intensiva* , v. 48, n. 11, pág. 1670-1679, 2020.

NAEF, Rahel; VON FELTEN, Stefanie; ERNST, Jutta. Fatores que influenciam o sofrimento psicológico pós-UTI em familiares de pacientes críticos: um modelo linear de efeitos mistos. *BioPsychoSocial Medicine* , v. 15, p. 1-9, 2021.

OUCHI, Janaina Daniel et al. O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. *Rev Saúde em Foco*, v. 10, p. 412-428, 2018.

PIROTTE, Benjamin D.; BENSON, Escarlata. *Recusa de atendimento*. 2020.

SHARMA, Sandeep; HASHMI, Muhammad F.; FRIEDE, Rotem. Rounds Interprofissionais na UTI. In: *StatPearls [Internet]* . Publicação StatPearls, 2022.

TRIPATHY, Swagata et al. Momento da exposição aos diários da UTI e seu impacto na saúde mental, memórias e qualidade de vida: um estudo de controle randomizado duplo-cego. *Explorações de cuidados críticos* , v. 4, n. 8, 2022.



YAMAMOTO, Kanako. Associação entre colaboração interdisciplinar e capacidade de liderança em enfermeiras de unidade de terapia intensiva: um estudo transversal. *Journal of Nursing Research* , v. 30, n. 2, pág. e202, 2022.



Capítulo 2

BRINQUEDO TERAPÊUTICO E SEUS BENEFÍ- CIOS PARA A SAÚDE DA CRIANÇA



BRINQUEDO TERAPÊUTICO E SEUS BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE DA CRIANÇA

THERAPEUTIC TOY AND ITS BENEFITS FOR CHILD HEALTH

Larissa Porfirio Carvalho¹

Mariles Bianca Santos da Silva²

Denise da Silva Carvalho³

Allana Petrócia Medeiros de Miranda⁴

Érika Lucas Lopes⁵

Marcele Ferreira da Costa⁶

Annelissa Andrade Virginio de Oliveira⁷

Resumo: O Brinquedo Terapêutico (BT) é utilizado para dar continuidade a brincadeira e para mini-

1 Terapeuta Ocupacional. Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Pós-graduada em Transtorno do Espectro Autista – FAVENI. Pós-graduanda em Urgência, Emergência e Atendimento Hospitalar - Faculdade ÚNICA – PROMINAS.

2 Graduação em Enfermagem. Pós-graduada em Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente. Pós-graduanda em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Unidade de Recuperação Pós-anes-tésica e Central de Materiais.

3 Mestrado em Desenvolvimento Social. Especialista em Enfermagem Neonatal. Faculdade Bezerra de Araújo.

4 Graduada em Enfermagem.

5 Graduação em Educação Física. Licenciatura pela Universidade Estadual de Montes Claros. Pós-graduação em Educação Física Escolar e Psicomotricidade. Mestre em Educação pelo Programa de Pós-graduação da Universidade de Brasília – UnB

6 Enfermeira. Especialista em Neonatologia; Pediatria; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica

7 Enfermeira. Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW/UFPB/ EBSERH



mizar os sofrimentos acarretados pelo processo de hospitalização. O BT, é desenvolvido para aliviar a ansiedade da criança ao vivenciar experiências atípicas. Existem três tipos de BT, sendo eles: Brinquedo Terapêutico Dramático, Brinquedo Terapêutico Instrucional e Brinquedo Terapêutico Capacitador de Funções Fisiológicas. Pode-se utilizar técnicas específicas para a escolha dos brinquedos, levando em consideração a idade, o interesse e as habilidades da criança. Além disso, ele também pode utilizar diferentes tipos de brinquedos, como jogos, quebra-cabeças, massinhas, bonecos, entre outros, para estimular diferentes áreas do desenvolvimento infantil.

Palavras chaves: Brinquedo Terapêutico; Saúde da Criança; Cuidado.

Abstract: The Therapeutic Toy (TP) is used to continue the game and to minimize the suffering caused by the hospitalization process. BT is developed to relieve the child's anxiety when experiencing atypical experiences. There are three types of TP, namely: Dramatic Therapeutic Toy, Instructional Therapeutic Toy and Therapeutic Toy that Enables Physiological Functions. Specific techniques can be used to choose toys, taking into account the child's age, interests and abilities. In addition, he can also use different types of toys, such as games, puzzles, clay, dolls, among others, to stimulate different areas of child development.

Keywords: Therapeutic Toy; Child Health; Careful.

INTRODUÇÃO

O brincar é uma atividade natural e espontânea da infância, sendo considerado um importante meio de comunicação, aprendizagem e desenvolvimento. Através do brincar, as crianças aprendem a lidar com suas emoções, expressam seus pensamentos e sentimentos, experimentam novas situações e aprendem a resolver problemas. Nesse contexto, o uso do brinquedo como recurso



terapêutico tem se mostrado uma estratégia efetiva no cuidado à saúde da criança (FERLAND, 2005).

Diversos estudos têm demonstrado os benefícios do brincar no contexto terapêutico. O brincar pode ser utilizado para ajudar as crianças a desenvolver habilidades motoras, cognitivas, emocionais e sociais, além de ser uma forma lúdica e prazerosa de estimular a criatividade e a imaginação. O brincar também pode ajudar as crianças a lidar com situações estressantes, traumas e doenças, além de promover a interação e a socialização (ZEN; OMAIRIN, 2009).

O terapeuta ocupacional é um profissional que utiliza o brincar como recurso terapêutico em sua prática clínica. O terapeuta ocupacional utiliza o brincar como uma ocupação significativa para a criança, proporcionando oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento. Através do brincar, o terapeuta ocupacional pode trabalhar habilidades motoras finas e grossas, percepção visual e tátil, coordenação bilateral, planejamento motor e outras habilidades essenciais para o desenvolvimento infantil (RIBEIRO, 1998).

No contexto terapêutico, o brincar é utilizado como uma ferramenta de intervenção individualizada e adaptada às necessidades da criança. O terapeuta ocupacional pode selecionar os brinquedos de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança, suas habilidades e interesses. Além disso, o terapeuta pode adaptar os brinquedos para torná-los mais acessíveis e funcionais para a criança. Outros profissionais podem estar envolvidos, se forem capacitados para tal atividade, conforme cada conselho de saúde.

REFLEXÃO

O brincar é uma atividade essencial na vida das crianças, pois ajuda no desenvolvimento cognitivo, emocional, social e motor. Além disso, o brincar pode ser utilizado como um recurso terapêutico para crianças que necessitam de cuidados especiais em sua saúde física, mental ou emocional (SILVA; MARTINS, 2019).



Existem diversos benefícios em utilizar os brinquedos como recursos terapêuticos para crianças. Entre eles, podemos destacar:

- Estimulação da criatividade e imaginação da criança;
- Desenvolvimento de habilidades motoras finas e grossas;
- Estímulo à comunicação e interação social;
- Redução do estresse e ansiedade;
- Ajuda na expressão de sentimentos e emoções;
- Melhora da autoestima e confiança.

O terapeuta ocupacional é um profissional que utiliza os brinquedos como recursos terapêuticos para promover o desenvolvimento e a reabilitação de crianças que possuem alguma dificuldade física, mental ou emocional. O objetivo é utilizar o brinquedo como uma ocupação do brincar, de forma que a criança se sinta motivada e engajada na atividade terapêutica.

Pode-se utilizar técnicas específicas para a escolha dos brinquedos, levando em consideração a idade, o interesse e as habilidades da criança. Além disso, ele também pode utilizar diferentes tipos de brinquedos, como jogos, quebra-cabeças, massinhas, bonecos, entre outros, para estimular diferentes áreas do desenvolvimento infantil.

Na literatura, há diversos estudos que comprovam a eficácia do uso do brinquedo como recurso terapêutico no cuidado à saúde da criança. Entre eles, podemos citar um estudo realizado por Suto et al. (2019), que demonstrou a eficácia do uso de um programa de brincadeiras terapêuticas em crianças com paralisia cerebral. Os resultados indicaram melhorias significativas nas habilidades motoras, sociais e cognitivas das crianças participantes.

Outro estudo relevante foi realizado por Woods et al. (2020), que avaliou os efeitos do uso de brinquedos adaptados em crianças com deficiência visual. Os resultados mostraram que o uso desses



brinquedos teve um impacto positivo no desenvolvimento sensorial e motor das crianças, além de estimular a interação social e a comunicação.

Em resumo, o uso do brinquedo como recurso terapêutico é uma prática bastante utilizada pelos terapeutas ocupacionais no cuidado à saúde da criança. Além de proporcionar diversão e entretenimento, os brinquedos são uma ferramenta valiosa para promover o desenvolvimento infantil e melhorar a qualidade de vida das crianças que necessitam de cuidados especiais.

O uso de brinquedos como recurso terapêutico é uma prática cada vez mais comum na área da saúde infantil. Brincar é uma atividade natural e importante na vida da criança, permitindo a ela explorar e compreender o mundo ao seu redor, desenvolvendo habilidades cognitivas, emocionais e físicas. Quando utilizados de forma terapêutica, os brinquedos se tornam uma ferramenta valiosa para o cuidado da saúde infantil, contribuindo para o desenvolvimento global da criança.

Os benefícios do uso de brinquedos no cuidado à saúde da criança são diversos. Eles podem auxiliar no desenvolvimento motor, cognitivo e emocional, estimulando a coordenação motora fina e grossa, a percepção espacial, a imaginação e a criatividade. Além disso, os brinquedos podem ser usados para estimular a comunicação e a interação social, aprimorando a capacidade da criança de se relacionar com o mundo ao seu redor e desenvolvendo sua autoestima e autoconfiança.

O terapeuta ocupacional utiliza os brinquedos como recursos terapêuticos, tornando-os parte da ocupação do brincar. Esse profissional tem como objetivo promover a saúde e o bem-estar da criança por meio de atividades que possam contribuir para o seu desenvolvimento integral. É possível utilizar diferentes tipos de brinquedos, como quebra-cabeças, jogos de tabuleiro, bonecos, carrinhos e muitos outros, adaptando-os às necessidades e características individuais de cada criança.

O uso de brinquedos como recurso terapêutico tem base teórica em diversas abordagens da terapia ocupacional, como a Terapia Ocupacional Infantil, que se baseia em princípios da neurociência, psicologia e desenvolvimento infantil. Outra abordagem importante é a Terapia por Integração Sensorial, que busca integrar as informações sensoriais do corpo da criança para melhorar sua capa-



cidade de processar e compreender o ambiente ao seu redor.

CONCLUSÃO

O brinquedo e a brincadeira devem ser inerentes na vida e no desenvolvimento de uma criança. Brincar é um ato importante para o crescimento saudável da criança, físico e mental, por isso deve ser mantido durante o período de hospitalização (FRANCISCHINELLI, ALMEIDA, FERNANDES, 2012).

Pensando nisso, o brinquedo terapêutico (BT) é utilizado para dar continuidade a brincadeira e para minimizar os sofrimentos acarretados pelo processo de hospitalização. O BT, é desenvolvido para aliviar a ansiedade da criança ao vivenciar experiências atípicas. Existem três tipos de BT, sendo eles: Brinquedo Terapêutico Dramático, Brinquedo Terapêutico Instrucional e Brinquedo Terapêutico Capacitador de Funções Fisiológicas (CINTRA, SILVA, RIBEIRO, 2020).

Nesse sentido, um estudo desenvolvido com intuito de compreender, na perspectiva da família, o significado de admitir a criança no hospital utilizando o BT, evidenciou em seus resultados o maior entendimento da situação, e do que estava acontecendo, por parte da criança. Além disso, demonstrou também maior segurança das crianças nos momentos de realização de procedimentos (ARANHA et al., 2020).

Nessa conjuntura, uma pesquisa com objetivo de descrever a experiência de acadêmicas de enfermagem na utilização do Brinquedo Terapêutico com pais e crianças hospitalizadas quanto aos cuidados com os acessos venosos em pediatria, relatou os benefícios acarretados por essa estratégia, como favorecer a compreensão acerca da importância do procedimento, além de contribuir para o esclarecimento dos cuidados com o acesso venoso, como também tornar a hospitalização menos traumática (ARAÚJO et al., 2021).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FERLAND, Francine. O modelo lúdico: a utilização do potencial terapêutico do brincar. *Temas desenvolvidos*, p. 50-55, 2005.

ZEN, CAMILA CRISTIANE; OMAIRI, CLAUDIA. O modelo lúdico: uma nova visão do brincar para a terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 17, n. 1, 2009.

FERLAND, Francine. O modelo lúdico: o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional. In: *O modelo lúdico: o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional*. 2006. p. 171-171.

RIBEIRO, C. A. O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem. *Rev.Esc.Enf.USP*, v.32, n.1, p.73-9, abril. 1998.

FIGUEIREDO, V. L. M., COSTA, M. S. S., & SOARES, A. L. S. Brincar como instrumento terapêutico na promoção da saúde da criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1021-1027, 2018.

SILVA, M. L. D., & MARTINS, M. C. M. Brinquedo terapêutico: uma análise sobre a prática dos terapeutas ocupacionais em serviços de saúde pediátricos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(1), 132-140, 2019.

ARAÚJO, Lorena et al. Uso do brinquedo terapêutico no cuidado ao acesso venoso em pediatria: um



relato de experiência. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n.9, 2021. Doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e8710.2021>. Acesso em 05 de maio de 2023.

ARANHA, Bruna et al. Utilizando o brinquedo terapêutico instrucional durante a admissão de crianças no hospital: percepção da família. Rev. Gaúcha Enferm.v. 41, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20180413>. Acesso em 05 de maio de 2023.

FRANCISCHINELLI, Ana; ALMEIDA, Fabiane; FERNANDES, Daisy. Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: percepção de enfermeiros. Acta paul. enferm. V.25, n.1 ,2012. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000100004>. Acesso em 05 de maio de 2023.

CINTRA, Silvia; SILVA, Conceição; RIBEIRO, Circéia. O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no Estado de São Paulo. Rev. Bras. Enferm. V.59, n.4, 2006. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400005>. Acesso em 05 de maio de 2023.



Capítulo 3

CUIDADOS AO PACIENTE QUEIMADO: EXPERIÊNCIAS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



CUIDADOS AO PACIENTE QUEIMADO: EXPERIÊNCIAS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

BURNT PATIENT CARE: EXPERIENCES IN URGENCY AND EMERGENCY

Ana Quitéria Fernandes Ferreira¹

Virginia de Araújo Pôrto²

Fernanda Roque Garcia³

Aldeir Alves Lopes Júnior⁴

Marcelo Barros de Valmoré Fernandes⁵

Marcio Costa Dos Santos⁶

Gleciane de Paulo Coelho⁷

Francinilda Gomes Santos Ferreira⁸

Rita de Cássia da Silva Bezerra Araújo⁹

Josefa Cristina Gomes Barbosa¹⁰

1 Graduada em Enfermagem (Estácio-RN), Especialização em Saúde da Família (Estácio-RN), Especialização em Auditoria em Saúde (UFRN) e Enfermagem em UTI (Don Alberto).

2 Enfermeira. Mestrado em Ciências da Saúde. Especialização em Terapia Intensiva; Formação Pedagógica e Preceptoria em Saúde.

3 Enfermeira. Universidade Federal de Campina Grande.

4 Graduação em Medicina pela Universidade Estadual de Montes Claros. Pós-graduado em dermatologia estética pelo ISMD.

5 Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. Enfermeiro. Professor. Especialista em Centro Cirúrgico, Gestão de Saúde e Controle de Infecção.

6 Enfermeiro. Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde.

7 Especialista em saúde coletiva. Especialista em Urgência e Emergência.

8 Enfermeira. Dermatoterapeuta.

9 Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva.

10 Enfermeira. Especialista em Saúde Hospitalar com ênfase em paciente crítico. Especialista em Segurança do paciente e Gestão de riscos assistenciais.



Resumo: O cuidado ao paciente queimado é complexo e desafiador, sendo assim, necessita de conhecimento técnico-científico para nortear a prática profissional, deve envolver uma equipe multidisciplinar que preste um cuidado seguro e atenda às necessidades do paciente. A avaliação inicial na assistência ao paciente queimado segue o protocolo de atendimento a vítima de trauma, objetivando reverter os problemas que ameacem a vida, seguindo uma abordagem sistemática. É necessário afastar a vítima da fonte de calor, garantir a permeabilidade das vias aéreas, realizar reposição de fluidos e controle da dor. Além disso, é primordial a avaliação neurológica no primeiro momento.

Palavras chaves: Queimadura; Cuidado; Urgência; Emergência.

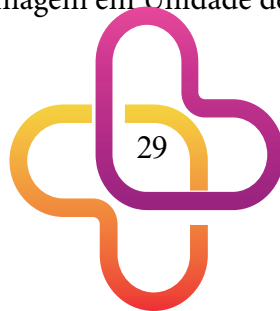
Abstract: Burn patient care is complex and challenging, therefore, it requires technical-scientific knowledge to guide professional practice, it must involve a multidisciplinary team that provides safe care and meets the patient's needs. The initial assessment in care for burned patients follows the trauma victim care protocol, aiming to reverse life-threatening problems, following a systematic approach. It is necessary to move the victim away from the heat source, ensure airway patency, perform fluid replacement and pain control. In addition, it is essential to perform a neurological evaluation at the first moment.

Keywords: Burn; Careful; Urgency; Emergency.

INTRODUÇÃO

Queimaduras consistem em lesões nos tecidos decorrentes de um trauma cutâneo, causado

11 Enfermeira. Residente de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva



por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos. Esses agentes podem causar a destruição parcial ou total da pele e anexos, sendo capazes de acometer as camadas mais profundas, como tecido subcutâneo, músculos, tendões, nervos e ossos (BRASIL, 2019; OLIVEIRA, NOVAIS e SANTOS, 2023).

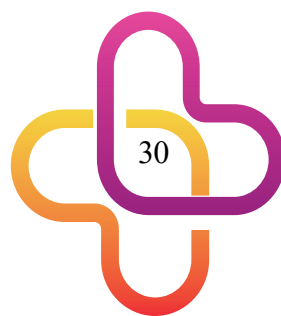
As queimaduras podem ser classificadas de acordo com a profundidade da lesão e sua extensão. Em relação a profundidade da destruição tecidual, podem ser classificadas em primeiro, segundo e terceiro grau. Já a sua extensão, considera a Superfície Corporal Queimada (SCQ) (BRASIL, 2019; OLIVEIRA, NOVAIS e SANTOS, 2023).

Em virtude do aumento nas taxas de morbidade e mortalidade de vítimas por queimadura, ela pode ser considerada um problema de saúde pública. No Brasil, entre os anos de 2015 a 2020, ocorreram 19.772 óbitos por queimaduras, dos quais 53,3% foram atribuídos às queimaduras térmicas, 46,1 % às queimaduras elétricas e 0,6% a outras causas de queimaduras, incluindo agentes químicos, geladura e radiação (BRASIL, 2022).

O cuidado ao paciente queimado é complexo e desafiador, sendo assim, necessita de conhecimento técnico-científico para nortear a prática profissional, deve envolver uma equipe multidisciplinar que preste um cuidado seguro e atenda às necessidades do paciente (ANAMI, 2019).

A avaliação inicial na assistência ao paciente queimado segue o protocolo de atendimento a vítima de trauma, objetivando reverter os problemas que ameacem a vida, seguindo uma abordagem sistemática. É necessário afastar a vítima da fonte de calor, garantir a permeabilidade das vias aéreas, realizar reposição de fluídos e controle da dor. Além disso, é primordial a avaliação neurológica no primeiro momento (SECUNDO; SILVA; FELISZYN, 2019).

É importante destacar, que a queimadura é considerada um evento traumático para o indivíduo acometido, com repercussão em vários âmbitos da sua vida. A participação de uma equipe multiprofissional é indispensável para reabilitação e reinserção do paciente na sociedade. Além disso, com o avanço da tecnologia e conhecimento nas áreas de prevenção, tratamento e reabilitação, é possível



diminuir os impactos negativos dessa injúria (SILVA et al., 2022).

REFLEXÃO

As queimaduras podem ser ocasionadas a partir da junção de fatores, como temperatura, tempo de exposição ao agente causador, grau de comprometimento da área e superfície corpórea e profundidade tecidual comprometida. Sendo classificada quanto ao grau de profundidade, área corporal acometida e extensão afetada pelo agente causador. As queimaduras podem ser causadas por diversos meios, decorrentes geralmente de causas externas, sendo esses agentes térmicos, químicos, elétricos, por radiação ou por atrito. Podendo ser diagnosticada por graus de acometimento: Primeiro, segundo e terceiro grau, com apresentações mediante sua profundidade (CICATRIZA, 2020).

Após a exposição desses agentes causadores, em um período entre 12 a 48 horas, ocorre não só o comprometimento da pele, mas inicia-se uma cascata de consequências, decorrente da degradação dos tecidos, ocasionadas pelos agentes causadores das queimaduras na região. Ocorrendo num desequilíbrio hidroeletrólítico, desregulação da temperatura, redução da flexibilidade e da lubrificação dos tecidos. Havendo uma resposta local, com o surgimento de necrose e colonização de bactérias. Algumas vezes, associadas à trombose dos vasos, mediante a profundidade tecidual acometida (MIRANDA et. al. 2021).

As queimaduras podem ser classificadas quanto sua profundidade, sendo consideradas de primeiro, segundo e terceiro grau. As queimaduras de primeiro grau, podem acometer apenas e epiderme, as de segundo grau, atingem a epiderme e a derme, e normalmente podem desenvolver a presença de flictenas e as de terceiro grau, atingem camadas dérmicas, tendões, músculos e as vezes ossos (OLIVEIRA, et. al. 2020).

Para obter uma base para o acompanhamento e determinar a gravidade e extensão da área de uma queimadura, em um adulto, por exemplo, pode ser utilizada a regra dos nove, uma maneira



didática para calcular a extensão da área queimada e estabelecer a conduta de tratamento. Para cada área do corpo, é determinado o valor de nove ou um múltiplo, a depender da extensão da região. A cabeça e o pescoço são denominados 9%, o tronco anterior 18%, tronco posterior 18%, braço direito 9%, braço esquerdo 9%, perna direita 18%, perna esquerda 18% e região do períneo 1%. Totalizando uma soma de 100% (DOMINGUES; MELO; SECATI, 2023).

Entender a fisiopatologia da queimadura, também auxilia na determinação do tipo de tratamento a ser investido, sendo compreendido por três zonas: a zona de necrose, com presença de tecido irreversível com ausência de perfusão, onde é necessária a realização de alguns tipos de desbridamento. Zona de estase, com redução da perfusão tecidual, podendo ser reversível, prevenindo danos definitivos com a regulação de edema, hipotensão local e necrose. E a zona de hiperemia, com perfusão tecidual viável, sendo possível uma recuperação, sem risco de necrose e perda de tecido (MIRANDA et. al., 2021; PEREZ; CARDENAS; GONZAGA, 2022).

As queimaduras acidentais foram consideradas mais frequentes no ano de 2017, sendo maior incidente em indivíduos de 20 a 39 anos, com 40% dos casos, prevalecendo o sexo masculino com 57% dos casos, devido as ocorrências domiciliares com 67,7%. Dessas, 52%, são decorrentes do manuseio de substâncias quentes. As queimaduras ocorridas em domicílio, foram acometidas em sua maioria com 92%, em jovens menores que 15 anos, 84,4% em idosos, sendo 81,6% desse total, em mulheres. Quanto a mortalidade, observa-se que o maior risco se apresenta na fase adulta, a partir dos 20 anos, sendo elevado o risco com o passar do aumento da faixa etária, onde em 2020, pode-se identificar um risco de morte em idosos com a idade de 60 anos ou mais, com uma taxa de 2,28, a cada 100 mil idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

“A cada um milhão de acidentes com queimaduras que ocorrem por ano no país, estima-se que apenas 10% irão procurar atendimento hospitalar, destes 2.500 irão a óbito em consequência das lesões, direta ou indiretamente” (SECUNDO; SILVA; FELISZYN, 2019, p.1). Fazendo necessário, estabelecer condutas eficazes no atendimento ao paciente queimado, sendo imprescindível a detecção



precoce dos riscos no atendimento inicial.

Em uma revisão integrativa, realizada em 2021, por Souza et. al., foi possível categorizar os cuidados realizados pela equipe de enfermagem, por exemplo, delimitados conforme a necessidade e fases no atendimento do indivíduo queimado, sendo determinados conforme a fase do atendimento como cuidados primários, secundários, seguidos de recuperação e reabilitação. Considerando o papel do enfermeiro como efetivo desde o atendimento inicial, estabilizando e recuperando no processo terapêutico, além da atenção a prevenção de complicações como a sepse (SOUZA et al., 2021).

Segundo ROCHA et. al., 2020, p. 15):

“É possível perceber a importância do cuidado imediato ao paciente, vítima de queimadura e tendo em vista, a depender da gravidade e extensão das lesões, o alto risco de morte decorrente de complicações, torna-se importante desenvolver condutas adequadas e assertivas que visem a redução dos riscos, contaminações e infecções.”

A equipe de saúde deve estar atenta ao atendimento primário do paciente queimado. Após sua estabilização, é possível monitorar condições hemodinâmicas vitais para sua sobrevivência. Baseando-se no escore da área de extensão ou área de superfície corpórea acometida, considerando as queimaduras em áreas como cabeça e pescoço, com principais fatores risco de vida para o paciente.

Algumas medidas são utilizadas no tratamento tópico de queimado, como o uso de antimicrobianos tópicos, como a sulfadiazina de prata, que apesar de mostrar alguma eficácia, pode prejudicar o processo de reestabelecimento da cicatrização, devido sua alta adesão ao tecido lesionado, necessitando de fricção para remover o excesso do correlato, promovendo o desconforto do paciente, além da necessidade da troca do curativo diariamente.

Uma outra opção, é o uso de hidrogéis, que proporcionam a umidade adequada e o desbridamento controlado. As placas de espumas ou hidrofibras, associados ao uso de prata ou alginato para o



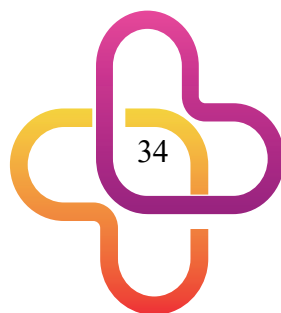
controle microbiano e do exsudato, respectivamente, promovem o retardo da troca do curativo diário e também se apresentam eficazes no processo cicatricial (GOUVÊIA, et. al. 2020).

CONCLUSÃO

A cada dia estão sendo associadas ao tratamento de pacientes queimados, como uso de dispositivos tecnológicos, massagens com musicoterapia e aromaterapia com inalação, terapia com frio ou respiração relaxante, relaxamento da mandíbula, terapia de vida infantil, estímulo transcraniana por corrente contínua, hipnose, entre outros tratamentos não farmacológicos, sendo adjuvantes no acompanhamento tópico e analgésicos, reduzindo a ansiedade e promovendo bem estar ao paciente com queimaduras (COSTA et. al, 2019).

A assistência inicial à vítima de queimadura é cessar de forma imediata o agente causador da queimadura, se por chamas de fogo devem ser apagadas, se por eletricidade, a corrente elétrica deverá ser desligada, por inalação a retirada do queimado do local da fumaça tóxica, todos os adornos devem ser retirados do queimado, remoção das vestimentas com cuidados, cobrir as lesões com tecido estéril, nos casos de queimaduras químicas lavar abundantemente com isto evitando que espalhe o agente para outra área corporal (CAMPOS 2022).

Conforme protocolo do trauma na avaliação inicial pré-hospitalar, seguir o método XABCDE : (X) controle hemorrágico, quando a queimadura está associada a traumas mecânico com lesão térmica, (A) as queimaduras das vias aéreas e pescoço geram edemas nas mucosas resultando em ineficácia na ventilação espontânea, a indicação de dispositivos intraglóticos para manutenção da permeabilidade da via aérea e ventilação adequada, (B) há indicação de escarotomia para as lesões por queimaduras em região torácica, e quando houver evidência de pneumotórax; (C) prioriza-se a avaliação das queimaduras, aferição do nível pressórico, instalação de acesso venoso com cateteres para reposição volêmica; (D) ocorre a avaliação neurológicas com a finalidade de verificar déficits de-



vido a inalação das toxinas, a realização dos curativo estéril e imobilizações se fraturas ou suspeitas; (E) realizar a exposição da vítima, retirada dos adornos, manter controle térmico com uso das mantas (PHTLS 2018).

A enfermagem utiliza-se de protocolos de atendimentos para prestarem os cuidados de enfermagem necessários, buscando resultados eficazes. Contudo, para além da assistência no âmbito biológico, é importante ressaltar que o paciente vítima de queimaduras, apresentam dores intensas, conflitos psicológicos e emocionais, que intervêm na recuperação. Dessa forma, ao receber no serviço de emergência um paciente desta natureza, a enfermagem possui um árduo trabalho, que requer uma assistência multidimensional, sendo avaliado a extensão, comprometimento sistêmico, tissular, e condição psicológica em que o paciente se encontra (GONÇALVES et al., 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANAMI, Elza H. Tokushima. Gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente queimado. Revista Brasileira de Queimaduras, v. 18, n. 3, p. 139, 2019.

BRASIL. Boletim Epidemiológico Vol.53 N°47, 2022.

BRASIL. Dia Nacional de Luta contra Queimaduras, 2019.

CAMPOS, M.G.C.A. et al. Tratado de feridas e curativos: Uma abordagem teórica e práticas, João Pessoa PB, Brasileiro e Passos; Rômulo Passos, 2022.

CICATRIZA. Feridas e curativos: Guia prático de condutas. Unicicatriza. Coordenação Cicatriza Serviços em Saúde. Editora Sanar Saúde. 2020.



COSTA, I.B. et al. Terapias não-farmacológicas para o manejo da dor em vítima de queimaduras: uma revisão sistemática. REVISTA INSPIRAR movimento & saúde. V. 19. N. 2 ABR/MAI/JUN. 2019. Disponível em: https://www.inspirar.com.br/wp-content/uploads/2019/07/af_645.pdf. Acesso em: 07 de maio de 2023.

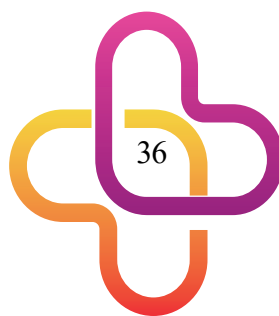
DA SILVA, Alessandra Martins et al. Gestão do cuidado de pacientes queimados na perspectiva da multidisciplinaridade: Uma revisão de escopo. Rev Bras Queimaduras, v. 21, n. 1, p. 85-90, 2022.

DOMINGUES, M. J. A.; MELO, A. G.; SECATI, F. A. A importância do uso da regra dos nove para o atendimento do grande Queimado em unidade de emergência sob a ótica do enfermeiro. *Revista Faculdades do Saber*, 08 (17); pág.: 1811-1818, 2023. Disponível em: <https://rfs.emnuvens.com.br/rfs/article/view/220/163>. Acesso em: 08 de maio de 2023.

FONTANA, TIAGO DA SILVA; SOUZA, EMILIANE NOGUEIRA DE; VIEGAS, KARIN VIEGAS. Guia de prática clínica para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado: Metodologia ADAPTE [recurso eletrônico] /Ed. da UFCSPA. Porto Alegre, 2021. Disponível em: <http://www.ufcspa.edu.br/index.php/editora/obraspublicadas>. Acesso em: 30 de abril de 2023

GONÇALVES, T. S. O. et al. Assistência de enfermagem com pacientes queimados. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 11, n. 1, p. 31-37, 2012.

GOUVÊA, D. P.; OLIVEIRA, I. D. C.; MAESTÁ, ROSAC. O. P.; DE SOUSA, E. M. R.; PINHEIRO, H. S. Assistência de enfermagem ao paciente com grandes queimaduras em um hospital público no interior sul da Amazônia ocidental. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 47, p. e2797, 16 abr. 2020.



MINISTÉRIO DA SAÚDE. BOLETIM EPIDEMIOLOGIA: Óbitos por queimaduras no Brasil: análise inicial dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2015 a 2020. Secretaria de Vigilância em saúde. Volume 53, N.º 47, dez. Brasília. 2022. Disponível em: <https://sbqueimaduras.org.br/material/4719>. Acesso em: 30 de abril de 2023.

MIRANDA, HPF de; CAMARGO, IN de; CUNHA, I. de A.; FREITAS, JB; SILVA, JM; MOTA, MR Queimaduras: fisiopatologia das complicações sistêmicas e manejo clínico / Burns: fisiopatologia das complicações sistêmicas e manejo clínico. Revista Brasileira de Desenvolvimento, [S. l.], v. 7, n. 6, pág. 64377–64393, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n6-697. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/32102>. Acesso em: 7 mai. 2023.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. PHTLS – Prehospital Life Support. 9. Ed, Naemt; Jones e Bartlett Learning; 2018.

OLIVEIRA, Ketlin Monteiro Felipe de; NOVAIS, Marina Rodrigues; SANTOS, Roniery Correia. Resiliência: Avaliação de Pacientes Queimados em um Hospital de Urgência e Emergência. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 43, p. e248738, 2023.

OLIVEIRAR. C.; BORGESK. N. G.; AZEVEDOC. B. DOS S.; INOCENCIOM. D.; LUZM. DOS S.; MARANHÃOM. G. M.; DE LUCENAM. M.; DE PAULAM. B.; OLIVEIRAR. S.; PELLIZZERL. G. M. Trauma por queimaduras: uma análise das internações hospitalares no Brasil. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 12, n. 12, p. e5674, 20 dez. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5674/3358>. Acesso em: 08 de maio de 2023.

PEREZ RAMIREZ, JE; CARDENAS SUAREZ, LE; GONZAGA JAYA, AM. QUEIMADURA.



Revista Científica Tesla, [S. l.], v. 9789, nº. 8788, 2022. DOI:10.55204/trc.v9789i8788.77. Disponível em: <https://tesla.puertomaderoeditorial.com.ar/index.php/tesla/article/view/77>. Acesso em: 8 de maio. 2023.

PICCOLO, N.S. et al. Queimaduras diagnóstico e tratamento inicial. Projeto diretrizes. Associação Médica Brasileira do Conselho Federal de Medicina; 2008.

ROCHA N. M., SILVA E. A. DA., SILVA E. M. DA. MELO C. J. R. DE, MOTA L. DE M. Atendimento inicial às vítimas de queimaduras: uma revisão integrativa. Cadernos de graduação: Ciências Biológicas e de Saúde Unit. Alagoas. v. 6, n. 1, p. 11-20. 2020. Disponível em: periodicos.set.edu.br. Acesso em: 06 de maio de 2023.

SECUNDO, Cristiane Oliveira; SILVA, Caroline Cordeiro Machado da; FELISZYN, Renata Sanches. Protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente queimado na emergência: Revisão integrativa da literatura. Revista Brasileira de Queimaduras, v. 18, n. 1, p. 39-46, 2019.

SECUNDO, Cristiane Oliveira; SILVA, Caroline Cordeiro Machado da; FELISZYN, Renata Sanches. Protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente queimado na emergência: Revisão integrativa da literatura. Rev Bras Queimaduras. 18(1):39-46. 2019. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.org.br/details/458/pt-BR>. Acesso em: 30 de abril de 2023.

SOUSAY. DOS S.; SANTOSL. A. DOS; ANDRADEB. G. DE; ARAÚJOA. H. I. M. de. Assistência de enfermagem à vítima de queimaduras: uma revisão da literatura. Revista Eletrônica Acervo Enfermagem, v. 12, p. e7770, 7 jul. 2021.



Capítulo 4

GRUPOS EDUCATIVOS PARA A PESSOA IDOSA: BENEFÍCIOS E METODOLOGIAS



GRUPOS EDUCATIVOS PARA A PESSOA IDOSA: BENEFÍCIOS E METODOLOGIAS

EDUCATIONAL GROUPS FOR THE ELDERLY: BENEFITS AND METHODOLOGIES

Rafaella da Silva Macena¹

Juçara Elke Lourenço da Silva²

Amandda Thaise de Souza Barbosa³

Allan Victor Assis Eloy⁴

Cybelle Cristina Cavalcante Lucena⁵

Edilma Magda de Sousa⁶

Resumo: A experiência de grupo de promoção da saúde com idosos tem se expandido no Brasil. O grupo se torna preconizado como estratégia que possibilita atuação em dimensões sociais e culturais com objetivo de promoção de vida desses idosos. É possível observar na atenção básica, o crescimento das equipes praticarem de maneira mais reflexiva e ativa a implementação dessa realidade, com-

1 Graduação em Odontologia. Pós-Graduanda em Endodontia.

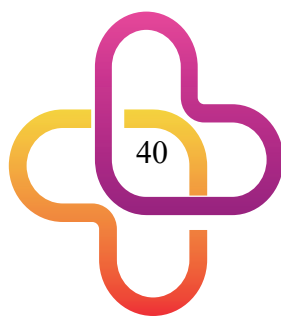
2 Graduação em enfermagem. Especialização em Enfermagem Obstétrica. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Gerontologia pela UFPB.

3 Enfermeira pela Faculdade Santa Maria. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Uninter; Especialista em Preceptoría em saúde pela UFRN; Mestranda no Programa de Pós-graduação em Gerontologia pela UFPB.

4 Bacharel em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Especialização em Centro Cirúrgico/ CME/ URPA. Geriatria e Gerontologia. Pediatria e Neonatologia. Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW/UFPB/ EBSEH.

5 Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva e Nefrologia. Supervisora no Hospital Universitário Lauro Wanderley/EBSEH.

6 Enfermeira, formada pela UEPB. Especialização em Gerontologia pela Escola de Enfermagem da USP. Saúde da Mulher no Climatério pela Universidade Saúde Pública da USP. Preceptoría em saúde pela Escola de Saúde UFRN.



prometendo a clareza em seus pressupostos teóricos-metodológicos, assim como o avanço cultural de avaliação das ações educativas.

Palavras chaves: Saúde do Idoso; Grupos Educativos; Cuidado; Saúde.

Abstract: The experience of health promotion groups with the elderly has expanded in Brazil. The group becomes advocated as a strategy that enables action in social and cultural dimensions with the aim of promoting the lives of these elderly people. It is possible to observe in primary care, the need for teams to practice in a more reflective and active way the implementation of this reality, compromising the clarity in its theoretical-methodological assumptions, as well as the cultural advancement of evaluation of educational actions.

Keywords: Health of the Elderly; Educational Groups; Careful; Health.

INTRODUÇÃO

A população idosa tem um aumento mais favorável considerando outras faixas etárias e com isso vem o desafio de promover um envelhecimento mais presente, com o auxílio das políticas e programas que visem a segurança, saúde e bem – estar desse grupo (GOTTLIEB, 2011). A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que é considerado como pessoa idosa, aquele que tem idade igual ou superior a 60 anos, que estão em países em processo de desenvolvimento. É relevante saber, que conforme o envelhecimento avança, ocorre um declínio de fecundidade e mortalidade, resultando no aumento da expectativa de vida. Espera-se que até 2025, o Brasil esteja entre os países destacados com a maior população idosa (DE OLIVEIRA; TREVIZAN, 2021).

Alterações Biopsicossociais encontradas no envelhecimento estão relacionadas à fragilida-



de, em que pode surgir uma maior vulnerabilidade. Assim, algumas patologias podem aparecer e levar a limitações à pessoa idosa. Os profissionais de saúde nessas circunstâncias encontram-se inseridos, com objetivo de promover saúde ao idoso e proporcionar de maneira saudável e ativa aquele envelhecimento, assim como recomendado nas políticas públicas de saúde.

REFLEXÃO

Para a diminuição da vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população, por meio da participação e controle social que a promoção da saúde se faz presente. Um envelhecimento saudável e ativo, concentra-se na melhoria das possibilidades de saúde, na participação social, econômica, espiritual, civis, segurança e culturais (BRASIL, 2006).

Com isso, essas estratégias de promoção do envelhecimento à saúde devem estar ligadas na educação em saúde, promovendo a inserção dos indivíduos em grupos. O enfermeiro é o principal profissional no cuidado e no estabelecimento da relação do diálogo entre profissional/paciente, visando a conscientização dos mesmos sobre sua saúde e a compreensão como participantes ativos na mudança de vida (SOUZA, 2010).

Nesse ponto de vista, a educação em saúde é compreendida como realidade para que ocorra as alterações em comportamentos de vida de cada indivíduo e da comunidade, com isso, se busca a qualidade de vida e saúde. Existe a necessidade do conhecimento das estratégias que são utilizadas com os idosos, com interesse de identificar falhas relacionadas ao envelhecimento (GIRONDI, 2011).

A experiência de grupo de promoção da saúde com idosos tem se expandido no Brasil. O grupo se torna preconizado como estratégia que possibilita atuação em dimensões sociais e culturais com objetivo de promoção de vida desses idosos. É possível observar na atenção básica o carecimento das equipes praticarem de maneira mais reflexiva e ativa a implementação dessa realidade, comprometendo a clareza em seus pressupostos teóricos-metodológicos, assim como o avanço cultural de



avaliação das ações educativas (BRASIL, 2006).

A educação em saúde se mostra como um dos fundamentais aspectos na promoção ao envelhecimento saudável e ativo, de maneira que os princípios da velhice se tornam adaptáveis à uma vida saudável. Esse envelhecimento envolve a prevenção e controle de doenças, como também atividades cognitivas e sociais, e participação social e comportamentos de saúde. Nesse contexto, cabe à educação em saúde, proporcionar hábitos de vida saudáveis ao relacionar saberes técnicos e populares e promover recursos coletivos e individuais (RANA, 2009).

A habilidade funcional da pessoa idosa é relacionada pela prática de atividades, onde é possível promover a sua inserção na comunidade, por meio do vínculo estabelecidos tanto na família como entre amigos e incentiva a busca por melhoria de saúde. De maneira que se conserve a autonomia funcional do idoso, é necessário planejar ações que busquem promover a saúde e previnam os danos consequentes do processo de envelhecimento, onde a pessoa idosa se sinta uma pessoa ativa (FERREIRA, 2012).

CONCLUSÃO

A Política Nacional de Promoção da Saúde é uma das formas e recursos que traz a educação em saúde em grupos como uma possibilidade de cuidado. A comunidade, trabalhadores e usuários de saúde idosos, podem aproveitar o grupo educativo como uma forma de cuidado operacional, no qual ele terá a possibilidade de estabelecer relações, fazer uma escuta ativa e humanizada, valorizar suas experiências e cuidar de maneira coletiva.

Assim, a atenção básica é um dos principais lugares no qual o idoso consegue acesso aos grupos educativos, ancorado a integralidade e equidade em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), onde o idoso deve ser acolhido pelos profissionais e seus problemas podem ser trabalhados no grupo, unindo os territórios da unidade básica, refletindo sobre sua saúde e cuidado.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 11. Brasil. Cadernos de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: MS; 2006.

DE OLIVEIRA LOUZEIRO, Alyne; TREVISAN, Márcio. Riscos da polifarmácia em idosos hipertensos. Revista Artigos. Com, v. 27, p. e7397-e7397, 2021.

FERREIRA, O.G.L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. Texto & contexto enferm 2012.

GIRONDI, J.B.R, SANTOS, S.M.A. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm, 2011.

GOTTLIEB, M.G.V. et al. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. Rev Bras Geriatr Gerontol, 2011.

RANA, A.K.M.M. et al. Impact of health education on health-related quality of life among elderly persons: results from a community-based intervention study in rural Bangladesh. Health Promot Int 2009.



SOUZA, L.B. et al. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. Rev enferm UERJ, 2010.



Capítulo 5

ENFERMAGEM FORENSE: IDENTIFICAÇÃO E MANEJO



ENFERMAGEM FORENSE: IDENTIFICAÇÃO E MANEJO

FORENSIC NURSING: IDENTIFICATION AND MANAGEMENT

Tamires Paula Gomes Medeiros¹

Virginia de Araújo Pôrto²

Resumo: Evidências destacam essa importância em trabalhar essa temática como essencial e necessária, deve ser maior aprofundada em contextos de formação e reconhecida como disciplina curricular, embasada em uma teoria para que possa se fortalecer enquanto ciência, explorando novos saberes no que se refere ao conhecimento científico, abordando aspectos como a detecção dos sinais de violência, acompanhamento, solicitações, exames, além estimular a propor trabalhos e atividades de cunho preventivo para comunidade, através de estudos e análises que despertem ao aluno a importância desse conteúdo.

Palavras chaves: Enfermagem Forense; Cuidado; Saúde.

Abstract: Evidences highlight the importance of working on this theme as essential and necessary, it should be further deepened in training contexts and recognized as a curricular subject, based on a theory so that it can be strengthened as a science, exploring new knowledge with regard to knowledge scientific, addressing aspects such as the detection of signs of violence, follow-up, requests, exams, in addition to encouraging the proposal of works and activities of a preventive nature for the community, through studies and analyzes that awaken the student to the importance of this content.

1 Enfermeira e Mestranda em enfermagem pela UFPB

2 Enfermeira. Mestrado em Ciências da Saúde. Especialização em Terapia Intensiva; Formação Pedagógica e Preceptoria em Saúde.



Keywords: Forensic Nursing; Careful; Health.

INTRODUÇÃO

Considerado de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência tornou-se um grave problema de saúde pública, e os respectivos cuidados em saúde estão diretamente ligados ao contexto da violência, o profissional de enfermagem passou a ser protagonista no cuidado diante a necessidade de seu conhecimento acerca do acolhimento a essas vítimas ao procurar o sistema de saúde, considerando a relevância da exposição desses pacientes a traumas, lesões físicas, psíquicas, sociais e morais (SANTOS et al., 2019).

Diante a este cenário e problemática, em 1992 o termo enfermagem forense surgiu, nos Estados Unidos da América, com a criação da International Association of Forensic Nursing (IAFN), e em 1995 foi apresentada e reconhecida como especialidade através de Virgínia Lynch, e aos poucos foram disseminadas a ciência forense considerado um importante elo entre os estudos forenses e os cuidados em saúde. (FREITAS, 2021; SANTOS et al., 2019).

Diante de suas atribuições, o enfermeiro forense desempenha um papel diferencial no atendimento em que é fundamental um olhar crítico e minucioso ao contexto em que o profissional está inserido. Trata-se de uma abordagem clínica, colaborando com investigações, lidando com a necessidade de compreender a verdade da vítima, a verdade do agressor e a verdade evidenciada pelas provas, oferecendo um controle do ambiente, em atenção completa e principalmente na garantia da segurança desse paciente e confiança em seu atendimento o que favorece um atendimento completo e de qualidade. a verdade do agressor e a verdade evidenciada pelas provas (SOUZA et al., 2020).

No entanto, ainda que exista e seja enfatizado a importância do conhecimento e as respectivas atribuições do enfermeiro ao lidar com esse cenário, a temática ainda é pouco disseminada. Em



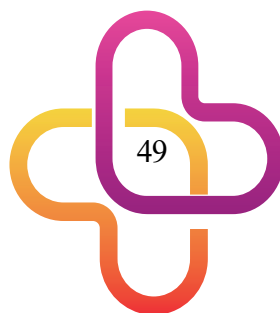
estudo desenvolvido em hospital público de Istambul (Turquia) foi analisado uma média de 87,5% dos enfermeiros relataram contato com casos forense no ambiente de trabalho, mas grande maioria (89,28%) causando um déficit na formação do profissional acerca da abordagem a pacientes vítimas de violência (SILVA et al., 2021; SOUZA et al., 2020).

REFLEXÃO

Evidências destacam essa importância em trabalhar essa temática como essencial e necessária, deve ser maior aprofundada em contextos de formação e reconhecida como disciplina curricular, embasada em uma teoria para que possa se fortalecer enquanto ciência, explorando novos saberes no que se refere ao conhecimento científico, abordando aspectos como a detecção dos sinais de violência, acompanhamento, solicitações, exames, além estimular a propor trabalhos e atividades de cunho preventivo para comunidade, através de estudos e análises que despertem ao aluno a importância desse conteúdo (RODRIGUES, SOUZA, MARTINS, 2020; SILVA et al., 2021).

De acordo com estudos, em uma pesquisa realizada na Turquia com 98 estudantes de enfermagem, receberam treinamento quanto à atuação do enfermeiro forense o que foi avaliado que após o treinamento, os respectivos estudantes passaram a reconhecer sua grande importância em ser agregado ao currículo da graduação, além de agregar o conhecimento referente a legislação vigente no país (FREITAS, 2021; SOUZA et al., 2020).

Reconhecendo essa necessidade, iniciativas já vêm sendo tomadas acerca dessa implementação, em uma universidade do Paraná (Brasil), foram evidenciados algumas oportunidades de divulgação surgem em eventos, por meio de palestras, minicursos e seminários no contexto da onde o tema foi levado durante a semana de enfermagem de 2006, e a repercussão foi tão positiva que favoreceu inclusão na disciplina de saúde da família no currículo da universidade. (FREITAS, 2021; RODRIGUES, SOUZA, MARTINS, 2020).



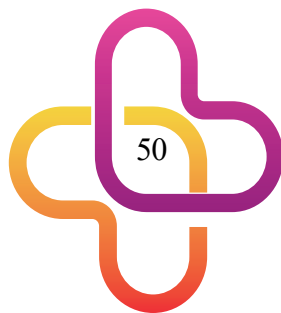
As ciências forenses são um conjunto de todos os conhecimentos científicos e técnicas utilizados para apurar crimes e assuntos legais diversos (cíveis, penais ou administrativos) (GARRIDO, GIOVANELLI, 2012). Tendo portanto, como o objetivo principal, de pesquisar nos vestígios do fato criminoso os elementos necessários para formalizar o exame de corpo de delito, produzindo a prova para instruir o processo penal (CALAZANS, CALAZANS, 2005).

A história enfermagem forense começa na década de 1970 nos Estados Unidos da América (EUA), quando um grupo de enfermeiras ativistas dos direitos das mulheres reivindicavam o atendimento integral às vítimas de estupro, com a inclusão das evidências médicas nesse processo (MORSE, 2019).

Nos anos de 1980, a implantação do programa Sexual Assault Medical Medical Forensic, nos EUA, tornou mais evidente as atribuições da enfermeira como examinadora, abrindo um novo campo de especialização (AHN, SUNG, 2018). Também, a fundação da International Association of Forensic Nurses (IAFN) em 1992 foi um marco para a consolidação das práticas forenses na enfermagem contribuindo para o reconhecimento da especialidade (GOMES, 2016).

No Brasil, as primeiras discussões científicas abordando a especialidade surgem em 2009 com o artigo “Enfermagem Forense: uma especialidade a conhecer”, fruto do trabalho de duas enfermeiras brasileiras, Karen Beatriz Silva e Rita de Cássia Silva (SILVA, SILVA, 2009). No ano de 2011, a enfermagem forense foi reconhecida como especialidade, através da Resolução COFEN 338/2011, mas, apenas em 2017 é que as áreas de atuação foram regulamentadas através da Resolução COFEN 556/2017 alterada pela Resolução COFEN 700/2022.

Segundo essa mesma resolução, o enfermeiro forense pode ter oito diferentes áreas de atuação, conforme o quadro abaixo:



| N° | Áreas de atuação |
|----|---|
| 1 | Violência sexual |
| 2 | Sistema prisional |
| 3 | Psiquiátrica |
| 4 | Perícia, Assistência Técnica e Consultoria |
| 5 | Coleta, recolha e preservação de vestígios |
| 6 | Pós-Morte |
| 7 | Desastre em Massa, missões humanitárias e catástrofes |
| 8 | Maus Tratos, traumas e outras formas de violência nos diversos ciclos da vida |

Fonte: COFEN (2017).

A preservação de vestígios forenses e da cadeia de custódia; a coleta de informações pertinentes por meio de fotos e documentação escrita; a elaboração de relatórios e pareceres para a atuação do Poder Judiciário; e a prestação de consultoria em casos de litígios relacionados à área forense no âmbito de cuidados em saúde, responsabilidade civil por lesões corporais, fraudes e outros abusos, estão entre as principais competências do enfermeiro forense (ABEFORENSE, 2015).

CONCLUSÃO

O Ministério do Trabalho concretizando o reconhecimento feito em 2022, incluiu a especialidade do enfermeiro forense na Classificação Brasileira de Ocupações, sob o código 2235-85. O COFEN priorizou a inserção dos especialistas nos casos de violência doméstica e sexual, que têm respaldo na portaria 485/2014 e da resolução 556/2017 (COFEN, 2022).

A Resolução 700/2022, que alterou a Resolução COFEN 556/2017, inclui protocolo de atendimento e um termo de consentimento que autoriza a coleta de dados e vestígios que possam ajudar na investigação policial do possível crime, especialmente em casos de violência sexual e doméstica (COFEN, 2013). Esta inclusão passa a valer a partir de Janeiro de 2023, sendo o próximo desafio a inclusão do enfermeiro forense na Lei Maria da Penha, para um melhor acolhimento das vítimas de violência (COFEN, 2022).



Apesar da relevância do enfermeiro forense e das suas muitas atribuições nas ciências forenses, essa especialidade ainda tem muito caminho a percorrer em busca da sua expansão. Há pouca ou nenhuma disciplina nos currículos acadêmicos, gerando um déficit de conhecimento acerca do assunto, como também poucos cursos de pós-graduação reconhecidos no Brasil, sendo clara e urgente a necessidade de promover a enfermagem forense no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A.H.N; H.K; SUNG, M.H. The Influences of Role Awareness, Experience and Competency on Performance of Forensic Nursing Role among Emergency Department Nurses. *Journal of East-West nursing research*. 2018;31;24(1):10–9. DOI: <https://doi.org/10.14370/JEWNR.2018.24.1.10>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM FORENSE. Regulamento das competências técnicas de enfermagem forense. Aracaju, 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Enfermagem Forense é incluída no rol das ocupações do Ministério do Trabalho. Brasília, DF, 07 de julho de 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Ministério do trabalho reconhece ocupação de enfermeiros forenses. Brasília, DF, 30 de março de 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução N° 389, de 18 de Outubro de 2011. Atualiza no âmbito do Sistema Cofen os procedimentos para registro de título de Pós-Graduação lato e sensu concedido a enfermeiros e lista as especialidades. Diário Oficial da União.N° 202, Brasília, DF, 20 de outubro de 2011.



BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução N° 556, de 23 de agosto de 2017. Regulamenta a atividade do Enfermeiro Forense no Brasil, e dá outras providências [Internet]. Brasil: COFEN; 2017.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução N° 700, de 14 de Junho de 2022. Altera a Resolução Cofen nº 556, de 23 de agosto de 2017, e dá outras providências. Diário Oficial da União. N° 118, Brasília, DF, 24 de Junho de 2022.

CALAZANS, CH; CALAZANS SM. Ciência forense: das origens à ciência forense computacional [Internet]. In: Anais do XV Seminário Regional de Informática; 2005; Santo Ângelo. Santo Ângelo: Universidade Regional Integrada; 2005.

FREITAS, Vitória Regina Aquino. Formação Em Enfermagem Forense: Perfil, Potenciais E Limitações No Funcionamento De Cursos Na Área No Brasil. Orientador: Tadeu Lessa da Costa. Trabalho de Conclusão do Curso (enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus UFRJ-Macaé. Disponível em: https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/16273/1/TCC_VRAFreitas.pdf. Acesso em: 05 mai 2023.

GARRRIDO, RG; GIOVANELLI, A. Ciência forense: uma introdução à criminalística. Rio de Janeiro: Projeto Cultural; 2012.

GOMES, CIA. Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência. [Dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2016.



MORSE, J. Legal mobilization in medicine: Nurses, rape kits, and the emergence of forensic nursing in the United States since the 1970s. *Social Science & Medicine*. 2019;222:323-34.

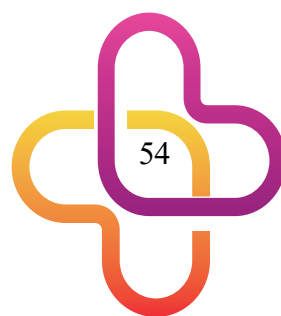
RODRIGUES, Ana Carolina Chimer. SOUZA, Nathália Machado de. MARTINS, Elizabeth Rose Costa. O contexto forense no cotidiano da prática em Enfermagem. *Research, Society and Development*, v. 9, n.11, e 1059119681, 2020.

SANTOS, Alaíde Aurora. FREITAS E SILVA, Júlia. FERREIRA, Mayana Bonfim. CONCEIÇÃO, Vinicius Luz Souza. ALVES, Denise Mineiro Cunha. Estado da arte da Enfermagem Forense no cenário atual da saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde REAS Vol.Sup.27 e 1015*.

SILVA, K.B; SILVA, R.C. Enfermagem Forense: uma especialidade a conhecer. *Cogitare enfermagem*. 2009;14(3):564-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i3.16191>.

SILVA, Sara Soares Ferreira da. GUIMARÃES, Gabrielle da Rocha. PAULA, Danielle Galdino de; SOUZA, Priscilla Alfradique de. BILIO, Rafael de Lima. Enfermagem Forense: inserção curricular na perspectiva de estudantes de enfermagem. *Enferm Foco*. 2021;12(5):950-6.

SOUZA, Jhuliano Silva Ramos. GONÇALVES, Aline Mara. COSTA, Andréia Cristina Barbosa. VILELA, Sueli de Carvalho. A Formação do Enfermeiro no Âmbito da Enfermagem Forense. *Revista Científica da UNIFENAS*. Número 1, Volume 2, jan/jun de 2020.



Capítulo 6

SAÚDE EMOCIONAL FEMININA: CUIDADOS MULTIPROFISSIONAIS



SAÚDE EMOCIONAL FEMININA: CUIDADOS MULTIPROFISSIONAIS

FEMALE EMOTIONAL HEALTH: MULTIPROFESSIONAL CARE

Renata Corrêa Bezerra de Araújo¹

Analu Barbosa Roberto²

Erlaine Souza da Silva³

Yêgo Dantas Fernandes Nóbrega⁴

Camilla Hellen de Menezes Sales⁵

Rafaella da Silva Macena⁶

Fernanda Danielle de Medeiros Oliveira Silva⁷

Resumo: É importante reconhecer, que as mulheres enfrentam desafios específicos em relação à sua saúde emocional, como a menstruação, gravidez, parto, menopausa, cuidados com a maternidade, pressões sociais em relação à aparência e ao desempenho em múltiplos papéis, entre outros. Para abordar a saúde emocional feminina de forma abrangente, é necessário contar com uma abordagem multiprofissional, envolvendo diversos profissionais de saúde, tais como médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros e outros especialistas, de acordo com as necessidades individuais de cada mulher.

1 Enfermeira. Mestre em Obstetrícia. Faculdade Bezerra de Araújo.

2 Enfermeira. Especialista em Saúde da Família.

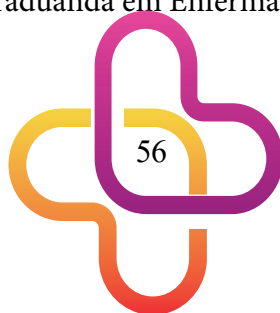
3 Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UFPB. Especialista em Saúde da Família pela Escola Santa Emília de Rodat.

4 Estudante de medicina.

5 Farmacêutica. Pós graduação em Farmácia oncológica. Residência em saúde da família e comunidade.

6 Graduação em Odontologia. Pós-Graduanda em Endodontia.

7 Técnica em enfermagem. Graduanda em Enfermagem. Doula. Consultora em amamentação.



Palavras chaves: Saúde; Mulher; Multiprofissional; Cuidado.

Abstract: It is important to recognize that women face specific challenges in relation to their emotional health, such as menstruation, pregnancy, childbirth, menopause, maternity care, social pressures regarding appearance and performing in multiple roles, among others. To address women's emotional health in a comprehensive way, it is necessary to have a multidisciplinary approach, involving different health professionals, such as doctors, psychologists, occupational therapists, social workers, nurses and other specialists, according to the individual needs of each woman.

Keywords: Health; Woman; Multi-professional; Careful.

INTRODUÇÃO

A saúde emocional feminina é um tema importante e complexo que envolve diversos aspectos relacionados ao bem-estar mental e emocional das mulheres. Cuidar da saúde emocional é fundamental para garantir uma vida plena e saudável, uma vez que a saúde mental impacta diretamente na qualidade de vida e no funcionamento geral do organismo. Para cuidar da saúde emocional feminina de forma abrangente, é fundamental contar com cuidados multiprofissionais, envolvendo diferentes profissionais de saúde e especialidades. A saúde emocional feminina pode ser influenciada por diversos fatores, como hormônios, mudanças biológicas ao longo da vida, papéis sociais, experiências de vida, traumas, estresse e pressões culturais e sociais (DIONÍSIO; QUEIROZ, 2019).

É importante reconhecer, que as mulheres enfrentam desafios específicos em relação à sua saúde emocional, como a menstruação, gravidez, parto, menopausa, cuidados com a maternidade, pressões sociais em relação à aparência e ao desempenho em múltiplos papéis, entre outros. Para abordar a saúde emocional feminina de forma abrangente, é necessário contar com uma abordagem



multiprofissional, envolvendo diversos profissionais de saúde, tais como médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros e outros especialistas, de acordo com as necessidades individuais de cada mulher.

Essa abordagem multidisciplinar permite uma compreensão holística da saúde emocional feminina, considerando os diferentes aspectos físicos, mentais e emocionais. Os médicos desempenham um papel importante no cuidado da saúde emocional feminina, oferecendo avaliação clínica, diagnóstico e tratamento de condições de saúde mental, além de monitorar possíveis alterações hormonais e prescrever medicamentos, quando necessário (SILVA et al., 2021).

Os psicólogos e terapeutas podem oferecer suporte emocional, diagnóstico e tratamento de transtornos mentais, como ansiedade, depressão, transtornos do humor e do sono, entre outros. Eles podem fornecer técnicas de enfrentamento, estratégias de autocuidado e terapias específicas, como terapia cognitivo-comportamental, terapia de grupo ou terapia familiar, que podem ser especialmente úteis para as mulheres. Os terapeutas ocupacionais podem trabalhar com as mulheres para desenvolver habilidades de enfrentamento, gerenciamento do estresse, organização e planejamento, além de auxiliar na adaptação às mudanças de vida e às demandas diárias.

Os assistentes sociais podem oferecer suporte social e emocional, ajudando as mulheres a lidar com questões práticas, como moradia, trabalho, cuidados com a família e acesso a recursos comunitários. Enfermeiros também desempenham um papel importante na saúde emocional feminina, fornecendo cuidados de enfermagem e educação sobre a saúde mental, incluindo o autocuidado, o monitoramento de sintomas e o apoio emocional. Além disso, a equipe multiprofissional pode trabalhar em conjunto para desenvolver estratégias de prevenção, promoção e intervenção precoce na saúde emocional feminina, identificando fatores de risco e promovendo ações de promoção da saúde mental.



REFLEXÃO

É fundamental ressaltar, que a saúde emocional feminina também pode ser beneficiada com práticas de autocuidado, como a prática regular de exercícios físicos, alimentação saudável, sono adequado, redução do estresse, busca por atividades prazerosas e conexões sociais significativas. Além disso, é importante promover a conscientização e a educação sobre a saúde mental entre as mulheres, desmistificando estigmas e encorajando a busca por ajuda profissional, quando necessário. Outro aspecto relevante dos cuidados multiprofissionais na saúde emocional feminina, é a atenção às questões específicas de gênero, como o impacto das normas sociais de gênero, a violência, a discriminação e as desigualdades na saúde mental das mulheres (MENDONÇA, 2019).

A comunicação e o trabalho em rede entre os diferentes profissionais podem contribuir para uma compreensão mais completa das necessidades de saúde emocional das mulheres e possibilitar uma abordagem mais efetiva e personalizada. É importante destacar, que a saúde emocional feminina é um aspecto essencial da saúde geral das mulheres e merece atenção e cuidados adequados. A abordagem multiprofissional na saúde emocional feminina reconhece a complexidade e a singularidade das experiências e necessidades das mulheres, e visa proporcionar uma abordagem integrada, visando a promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento de questões relacionadas à saúde mental das mulheres (DIONÍSIO; QUEIROZ, 2019).

Em resumo, a colaboração entre médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros e outros profissionais de saúde, pode contribuir para a promoção de uma saúde emocional positiva e equilibrada, auxiliando as mulheres a alcançarem uma vida plena e saudável. É fundamental reconhecer a importância da saúde emocional feminina e investir em cuidados multiprofissionais para garantir o bem-estar e a qualidade de vida das mulheres (SILVA et al., 2021).

Ao longo da história da humanidade a mulher vem se destacando, mostrando suas capacidades e inteligência, ocupando cada vez mais espaço na sociedade. A mulher realiza vários papéis,



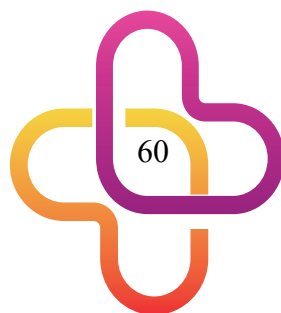
assumindo o cuidado da família, da casa, dos filhos, do trabalho, da carreira, tornando-a sobrecarregada. Com todo esse acúmulo de funções, a mulher moderna corre um grande risco de sofrer com seu estado emocional, desenvolvendo altos níveis de estresse, chegando a apresentar quadros de depressão, ansiedade, insônia, causados pelo desequilíbrio emocional que sua rotina oferece (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

Vários estudos nos mostram, que a depressão é aproximadamente duas vezes mais prevalente em mulheres do que em homens, e apontam como fatores relevantes as diferenças fisiológicas e hormonais, baixo nível de escolaridade, baixa renda, questões socioculturais, além de diferentes formas de lidar com situações estressoras. Além da sobrecarga de responsabilidades do dia-a-dia, as mulheres estão mais expostas a situações de violência, de abuso e traumas, contribuindo para o aumento da incidência dos transtornos psiquiátricos nas mulheres. Para cada faixa etária há riscos iminentes, pois as emoções se fazem presentes em todas as etapas da vida, da criança ao idoso as sensações e os sentimentos perpassam as relações humanas (FORTES et al., 2021).

Estudos mostram, que alguns hábitos e comportamentos devem fazer parte da nossa rotina com o objetivo de fortalecer a saúde mental e nos proteger da depressão. A prática do autocuidado pode, sim, mudar o cenário de adoecimento mental. Praticar o autocuidado é necessário para aumentar autoestima e ajudar no processo de autoconhecimento, com atividades que proporcionam prazer, como exemplo, construir rotinas, organizar uma agenda e ter momentos para estar consigo mesma: fazer uma atividade física, cuidar da alimentação, ter momentos de lazer, meditação, utilizando-se das terapias e práticas integrativas e complementares (GONÇALVES et al., 2018).

CONCLUSÃO

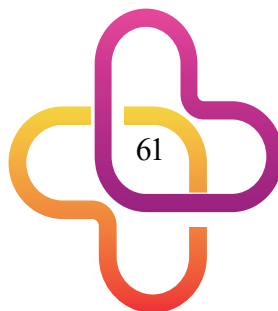
É inegável, que atualmente as mulheres possuem não apenas mais direitos do que 10, 50, 100 anos atrás, mas também, que possuem uma carga universal muito maior de cobranças, trabalho,



responsabilidades, de como se vestir, andar, se portar. Independente do avanço na conversa e estudos sobre feminismo, das conquistas sociais, mulheres de todas as classes, cores, cis ou transexuais, sofrem uma enorme pressão social para serem ou parecerem com um padrão que é impossível de se alcançar. Impossível primeiramente, por demandar sempre um esforço que não é concebível no mundo real, mas também por ser mutável sempre que uma grande parcela da população feminina começa a alcançá-lo.

A internet e a globalização tornam mais acessíveis muitos adjuvantes para se alcançar esse padrão por mulheres de classes sociais mais privilegiadas, mas a internet também tem sido um fator principal no adoecimento das mulheres, com a carga emocional negativa que é despejada pelas telas todos os dias. Na internet, as redes sociais nos mostram diariamente fotos e vídeos de uma suposta vida perfeita, em que as mulheres nelas retratadas e com milhões de seguidoras, mostram uma rotina onde conseguem conciliar trabalhos, viagens, alimentação saudável, exercícios físicos, consumo exagerado e outras tantas coisas. O questionamento principal que devemos fazer, é quanto daquilo é real e quanto é posado? A quem interessa essa demonstração de um suposto perfeccionismo? Quem banca financeiramente essas propagandas e por qual motivo? Quanto as redes sociais atuam no adoecimento das mulheres atualmente?

O desejo de ser ou parecer é um incentivador aos objetivos traçados ou apenas uma lembrança do quão inalcançável para a maioria das mulheres é o padrão? E se colocamos como degradante o poder das redes sociais a uma boa saúde emocional, como podemos modificar esses processos? É essencial ter uma boa rede de apoio familiar, no trabalho e até mesmo virtual para que os estragos feitos por esse bombardeio midiático não sejam fatores de adoecimento para as mulheres. É essencial que esse tópico seja conversado e exposto cada vez mais como um contraste ao que é colocado como padrão e perfeito. É necessário haver uma contrapartida ao que é visto como adoecedor, para que as novas gerações de mulheres não caiam em tantos buracos de baixa autoestima e adoecimento emocional, por tudo que não é alcançável mas é mostrado como se fosse.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, T.M; PINHO, P.S; ALMEIDA, M.M.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005;5(3):337-48.

DA SILVA, Ana Carolina Sales Pirondi et al. Saúde sexual feminina em tempos de empoderamento da mulher. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 7, p. e28010716415-e28010716415, 2021.

DE ALMEIDA MENDONÇA, Maria João. O Maltrato Emocional, o Comportamento Desviante e a Saúde Mental: Um Estudo no Feminino. 2019. Tese de Doutorado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Portugal).

DIONÍSIO, Juliana Soares; DE QUEIROZ, Paulo Pires. Saúde Emocional: gênero e gestão escolar na escola básica. *CIAIQ2019*, v. 1, p. 226-231, 2019.

FORTES, D. C. S. et al. Saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental: fatores que moldam a assistência profissional. *Research, Society and Development*, 10(4), e49310414329, 2021.

GONÇALVES, A.M.C. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 67(2) Apr-jun, 2018.



Capítulo 7

CUIDADOS PALIATIVOS: ESTRATÉGIAS E MANEJO NO AMBIENTE HOSPITALAR



CUIDADOS PALIATIVOS: ESTRATÉGIAS E MANEJO NO AMBIENTE HOSPITALAR

PALLIATIVE CARE: STRATEGIES AND MANAGEMENT IN THE HOS- PITAL ENVIRONMENT

Renata Livia Afonso Costa¹

Allan Victor Assis Eloy²

Lady Dayana da Silva Santos³

Fabiana Michele de Araujo Pedro⁴

Fernanda Michelle Duarte da Silva⁵

Williana de Andrade Souza⁶

Kauane Flechas Arruda Perdigão⁷

Wilma Tatiane Freire⁸

1 Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica. Especialista em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. Especialista em Terapia Intensiva Adulto. Mestranda em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

2 Bacharel em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Especialização em Centro Cirúrgico/ CME/ URPA. Geriatria e Gerontologia. Pediatria e Neonatologia. Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW/UFPB/ EBSEH.

3 Enfermeira. Especialização em Cuidados Paliativos pela UFPB. Mestrado Profissional em Políticas Públicas, Gestão e Avaliação da Educação Superior - MPPGAV do Centro de Educação da UFPB.

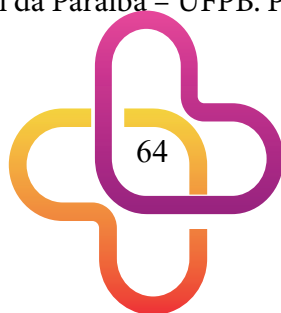
4 Bacharel em Nutrição pela Uninassau de Campina Grande. Graduada em enfermagem pelo Centro Universitário de João Pessoa. Técnica de enfermagem do Hospital Universitário Lauro Wanderley/ Ebserh. Pós-graduanda em Nutrição oncológica.

5 Enfermeira, Mestre em Gestão da Clínica. Hospital Universitário da UFSCar/Ebserh, HU Ufscar.

6 Enfermeira no Hospital Universitário Lauro Wanderley EBSEH. Especialista em Saúde da Família pela Universidade de Ribeirão Preto- UNAERP- SP; Especialista em Auditoria em Enfermagem pela Universidade Candido Mendes (UCAM) - RJ; Especialista em Mediação de Processos Educacionais na Modalidade Digital pela Faculdade São Leopoldo Mandic- SP.

7 Graduação em Fisioterapia.

8 Enfermeira. Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Pós-graduanda em cardiologia e Hemo-



Estudos Interdisciplinares

Benedito Caldeira Rodrigues Neto⁹

Elisangela Vieira da Silva¹⁰

Virginia de Araújo Pôrto¹¹

Resumo: Considerando então, que a assistência paliativa é uma abordagem complexa por objetivar atender todas as dimensões do paciente e de sua família, sendo então necessário, uma equipe multiprofissional, composta por psicólogo, enfermeiro, médico, farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, dentista e assistente espiritual. Mas para alcançar os objetivos e todas as dimensões do cuidado paliativo, é fundamental que o profissional adote uma postura reflexiva sobre às práticas de cuidado, de modo que as instituições hospitalares sejam capazes de visar a totalidade e dignidade do ser humano.

Palavras chaves: Cuidados Paliativos; Hospital; Estratégias; Cuidado.

Abstract: Considering, then, that palliative care is a complex approach because it aims to meet all dimensions of the patient and his family, therefore, a multidisciplinary team is necessary, composed of a psychologist, nurse, doctor, pharmacist, social worker, physiotherapist, nutritionist, occupational therapist, speech therapist, dentist and spiritual assistant. However, in order to achieve the objectives and all the dimensions of palliative care, it is essential that professionals adopt a reflective stance on care practices, so that hospital institutions are able to aim at the totality and dignity of human beings.

dinâmica e terapia intensiva.

9 Acadêmico de enfermagem. Técnico de enfermagem Especialista em instrumentação cirúrgica.

10 Graduada em Enfermagem. Pós-graduação em infecção hospitalar. Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW/UFPB/ EBSERH.

11 Enfermeira. Mestrado em Ciências da Saúde. Especialização em Terapia Intensiva; Formação Pedagógica e Preceptoria em Saúde.



Keywords: Palliative Care; Hospital; Strategies; Careful.

INTRODUÇÃO

Doenças, sejam agudas ou crônicas, que possuem ou não reversão ou tratamentos curativos, trazem a necessidade de um olhar mais complexo e amplo, para que ocorra um cuidado com a totalidade da vida do paciente, por respeito a sua dor/sofrimento, assim como de seus familiares. Este tipo de cuidado foi definido em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como Cuidados Paliativos, que possui uma abordagem cujo seu objetivo é propiciar ao paciente e seus familiares melhora na qualidade, por meio do alívio, prevenção e identificação do sofrimento, e esses cuidados vão além da avaliação e tratamento dos sintomas de ordem física, mas também emocional, psicossocial e espiritual (WHO, 2022).

Considerando então, que a assistência paliativa é uma abordagem complexa por objetivar atender todas as dimensões do paciente e de sua família, sendo então necessário, uma equipe multiprofissional, composta por psicólogo, enfermeiro, médico, farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, dentista e assistente espiritual. Mas para alcançar os objetivos e todas as dimensões do cuidado paliativo, é fundamental que o profissional adote uma postura reflexiva sobre às práticas de cuidado, de modo que as instituições hospitalares sejam capazes de visar a totalidade e dignidade do ser humano (ANCP, 2009).

Assim, os cuidados paliativos asseguram a qualidade assistencial e ética nos casos, mas também asseguram direito a conforto e dignidade aos pacientes e familiares, nesse intuito, a pesquisa terá como objetivo realizar uma busca na literatura em artigos, livros e manuais, com premissa de fazer um apanhado na literatura a respeito das estratégias e manejos que devem ser adotados no ambiente hospitalar (SIQUEIRA; BARBOSA; BAEMER, 2007).

Diante das considerações citadas, estima-se que resultados do levantamento bibliográficos



reúnam informações que possam disseminar informações sobre a importância desses cuidados paliativos, para melhoria na qualidade de saúde física, emocional, psicossocial e espiritual, assim como também, a reflexão acerca da importância desses cuidados paliativos no ambiente hospitalar, sendo capaz de ressaltar, que profissionais qualificados são capazes de proporcionar melhora na qualidade de vida dos pacientes e familiares (BRASIL, 2020).

REFLEXÃO

Os cuidados paliativos são definidos como cuidados holísticos ativos, ofertados as pessoas que se encontram em intenso sofrimento relacionado à saúde, proveniente de doenças graves, especialmente para indivíduos que estão no final da vida. Tais cuidados têm como objetivo de melhorar a qualidade de vida de pacientes, famílias e cuidadores. A demanda global por cuidados para pessoas com doenças terminais continuará crescendo à medida que a população envelhece e a carga de doenças crônicas não transmissíveis aumenta. É previsto ainda, que em 2060, a necessidade de cuidados paliativos deverá quase dobrar (OMS, 2021).

No estudo de Santos et. al. (2020), os enfermeiros entendem, que no cuidado ao paciente devem ser promovidas ações de conforto, proporcionando um ambiente agradável e acolhedor que ofereça atenção, amor, carinho, apoio espiritual e psicológico. Ressaltam a importância de medidas farmacológicas aliadas a medidas não farmacológicas em relação ao manejo da dor em CP. Como medidas não farmacológicas, houve destaque para amorosidade, atenção, carinho, sorrisos, abraços, e apoio psicológico. Enfatiza a necessidade de uma assistência diferenciada, permeada pelos princípios da humanização, do trabalho multidisciplinar, possibilitando a valorização da qualidade de vida, do conforto, do controle da dor, além da interação familiar. Entendem que o cuidado não deve contemplar apenas o paciente, mas também a família.

Cuidar de pacientes sem possibilidade de cura requer do profissional não apenas conheci-



mento técnico e esforço físico, mas também preparo psicológico, uma vez que atuam sob altos níveis de sobrecarga emocional. Assim, se a equipe multiprofissional não conta com o suporte do serviço em que está inserida para realizar treinamentos e capacitações para lidar com os fatores estressores, os profissionais tornam-se propensos a adotar estratégias de enfrentamento inadequadas, e prestar uma assistência desumana e desqualificada (NEVES et al., 2020).

Os cuidados paliativos são estratégias para assistência à saúde de pacientes sem prognóstico de cura com o objetivo de proporcionar o alívio do sofrimento, qualidade de vida, dignidade e autonomia ao indivíduo, assim como uma rede de apoio para àqueles que o cercam. Este tipo de cuidado possui alta demanda, devido ao envelhecimento da população e ao aumento da sobrevida às doenças crônicas. A previsão, é de que a demanda por cuidados paliativos irá aumentar globalmente em quase 100% até 2060 (OMS, 2021).

Para que a paliatividade em âmbito hospitalar proporcione cuidado de excelência ao paciente, deve haver assistência multiprofissional contínua com ações objetivas e subjetivas. Entre as ações objetivas, podemos citar as técnicas de hipodermóclise, curativos, priorização da analgesia (sendo ela farmacológica ou não farmacológica), controle de outros sintomas, medidas de conforto e ações de higiene. Entre as ações subjetivas, podemos citar as técnicas de comunicação terapêutica, assistência à rede de apoio, suporte psicológico e cuidados espirituais (NOLASCO; SILVA, 2022).

Pesquisas têm sido constantemente realizadas para aprimorar a qualidade de vida dos pacientes sem prognóstico de cura. E, assim como em outras especialidades da saúde humana, os cuidados paliativos também foram construídos ao longo do tempo a partir de evidências, estando em constante evolução. Um dos campos de estudo para aplicação dos cuidados paliativos se trata da Biofilia, ou seja, a interação do paciente com animais e plantas como uma estratégia terapêutica. Este tipo de estratégia, embora pareça inovadora, tem sido utilizada em âmbito hospitalar empiricamente desde o século XVIII, e mais recentemente realizadas pesquisas comprovando seus efeitos (ZANATTA et al., 2019).



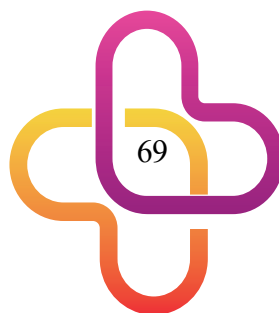
Os cuidados paliativos possuem maior eficácia se aplicados por equipe multiprofissional capacitada. Por este motivo, é necessário que haja esforço da gestão hospitalar para o aprendizado contínuo e capacitações atualizadas para os profissionais em atuação. O conhecimento acerca do tema proporciona uma atuação com maior segurança, efetividade e padronização da qualidade da assistência (MARQUES et al., 2022).

Os cuidados paliativos (CP) apresentam-se como uma abordagem que objetiva melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam complicações associadas a doenças que ameaçam à vida desde o seu diagnóstico, entendendo que muitos problemas que surgem na fase final da doença podem ser controlados ou cessados antes dessa etapa (OLIVEIRA et al., 2016; BEDUSCHI et al., 2018). Nesse contexto, o CP são ações interdisciplinares que visam o controle dos sintomas físicos, psicológicos, espirituais e sociais, que afligem o paciente na sua finitude, isto é, quando a morte se aproxima, e que é continuado após o óbito, com o atendimento do luto dos familiares pela equipe multiprofissional (SANTOS et al., 2017).

CONCLUSÃO

Para efetivar a prática dos CP, é importante basear-se em princípios e não apenas em protocolos, ou seja, a visão da filosofia pautada em: aliviar a dor e os sintomas estressantes para o paciente; não postergar nem acelerar o óbito; proporcionar autonomia ao paciente; assistir o indivíduo de maneira integral e oferecer suporte aos familiares mediante evolução da doença e ampara-os no momento do luto tornará essa prática mais humana e eficaz (OLIVEIRA et al., 2016). Nessa perspectiva, destaca-se a importância da atuação fisioterapêutica nesse processo, uma vez que esse profissional tem o papel de reduzir a dor, os traumas e as sequelas deixadas pela patologia instalada.

Além disso, os profissionais atuantes nesses cuidados precisam se adequar aos aspectos éticos e fisiológicos exigidos no tratamento individual de cada indivíduo, em que cultivar responsavel-



mente a independência e a esperança deste paciente constituem pilares fundamentais da assistência profissional. Em contrapartida, a falta de capacitação e o despreparo profissional apresentam-se como desafios nessa atuação, o que resulta em desconhecimento de informação e serviços precários (SILVA et al., 2021). Diante disso, evidencia-se a importância da atuação interdisciplinar nos cuidados paliativos, principalmente em ambiente hospitalar, já que se trata de um espaço que produz efeitos estressores ao paciente. Por isso, quanto mais humano for o atendimento profissional, maior será a eficácia dos cuidados, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente terminal.

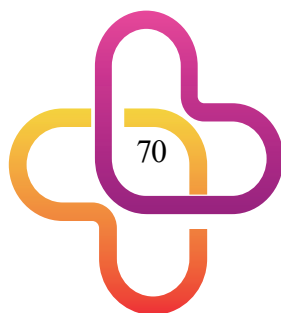
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Palliative care helps maintain quality of life. 2022. Disponível em: Available from: <https://www.who.int/multi-media/details/palliative-care-helps-maintain-quality-of-life>. Acesso em: 04 mai. 2022.

ACNP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. 2ª ed. Ricardo Tavares de Carvalho; Henrique Afonseca Parsons (Orgs.), Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2009.

SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M. A.; BOEMER, M. R. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.15, n. 4, p. 605-11, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Cuidados Paliativos. Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde; 2020. 175p. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2022.



(IAHPC). International Association for Hospice and Palliative Care. Definição de cuidados paliativos, 2018.

OPAS. OMS divulga recursos para lidar com escassez de serviços, 2021.

SANTOS, A.M.D. et al. Vivência de enfermeiros acerca dos cuidados paliativos / Nurses' livingness about palliative care. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) ; 12: 484-489, jan.-dez. 2020.

NEVES, L. M. L., GOUVÊA, M. V., & SOUZA, E. E. F. Cuidados paliativos oncológicos ou cuidados ao fim de vida? O desafio de uma equipe multiprofissional. Saúde em Redes, 6 (3), 2020.

MARQUES, V. G. P. S.; et al. A equipe multiprofissional frente aos cuidados paliativos no ambiente hospitalar. Revista de Casos e Consultoria, v. 13, n. 1, Natal - RN, 2022. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/27851/15432>>. Acesso em 04 mai. 2023.

NOLASCO, G. M.; SILVA, A. S. Assistência do enfermeiro no cuidado paliativo em ambiente hospitalar. Revista Lusíada, Santos-SP, 2022. Disponível em: <<http://revista.lusiada.br/index.php/rtcc/article/view/1630>>. Acesso em 04 mai. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. OMS divulga recursos para lidar com flagrante escassez de serviços de cuidados paliativos de qualidade. Out. 2021. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/5-10-2021-oms-divulga-recursos-para-lidar-com-flagrante-escassez-servicos-cuidados>>. Acesso em 04 mai. 2023.

ZANATTA, A. A., et al. Biofolia: produção de vida ativa em cuidados paliativos. Revista Saúde



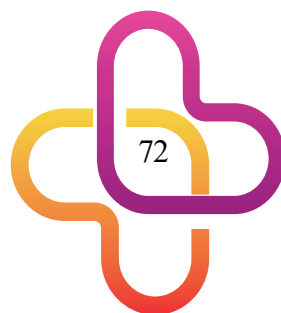
Debate, v. 43, n. 122, Curitiba - PR, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SK98z3dS-gbxcPSNVtdzbf7g/?lang=pt&format=html#>>. Acesso em 06 mai. 2023.

BEDUSCHI, Flávia Martins et al. Cuidados paliativos no atendimento público hospitalar. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, v. 16, n. 2, p. 80-84, 2018.

DE OLIVEIRA, Mariana Carneiro et al. Cuidados paliativos: visão de enfermeiros de um hospital de ensino. Enfermagem em Foco, v. 7, n. 1, p. 28-32, 2016.

SANTOS, Bruna Cotrim dos et al. A percepção dos enfermeiros de um hospital geral sobre os cuidados paliativos. Rev. enferm. UFPE on line, p. 2288-2293, 2017.

SILVA, Randresson Jadson Ferreira et al. Atuação da fisioterapia nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos: uma revisão integrativa. Research, Society and Development, v. 10, n. 6, p. e50610615914-e50610615914, 2021.



Política e Escopo da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



A Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza (EASN) é uma coleção de livros publicados anualmente destinado a pesquisadores das áreas das ciências exatas, saúde e natureza. Nosso objetivo é servir de espaço para divulgação de produção acadêmica temática sobre essas áreas, permitindo o livre acesso e divulgação dos escritos dos autores. O nosso público-alvo para receber as produções são pós-doutores, doutores, mestres e estudantes de pós-graduação. Dessa maneira os autores devem possuir alguma titulação citada ou cursar algum curso de pós-graduação. Além disso, a Coleção aceitará a participação em coautoria.

A nossa política de submissão receberá artigos científicos com no mínimo de 5.000 e máximo de 8.000 palavras e resenhas críticas com no mínimo de 5 e máximo de 8 páginas. A EASN irá receber também resumos expandidos entre 2.500 a 3.000 caracteres, acompanhado de título em inglês, abstract e keywords.

O recebimento dos trabalhos se dará pelo fluxo contínuo, sendo publicado por ano 4 volumes dessa coleção. Os trabalhos podem ser escritos em português, inglês ou espanhol.

A nossa política de avaliação destina-se a seguir os critérios da novidade, discussão fundamentada e revestida de relevante valor teórico - prático, sempre dando preferência ao recebimento de artigos com pesquisas empíricas, não rejeitando as outras abordagens metodológicas.

Dessa forma os artigos serão analisados através do mérito (em que se discutirá se o trabalho se adequa as propostas da coleção) e da formatação (que corresponde a uma avaliação do português



e da língua estrangeira utilizada).

O tempo de análise de cada trabalho será em torno de dois meses após o depósito em nosso site. O processo de avaliação do artigo se dá inicialmente na submissão de artigos sem a menção do(s) autor(es) e/ou coautor(es) em nenhum momento durante a fase de submissão eletrônica. A menção dos dados é feita apenas ao sistema que deixa em oculto o (s) nome(s) do(s) autor(es) ou coautor(es) aos avaliadores, com o objetivo de viabilizar a imparcialidade da avaliação. A escolha do avaliador(a) é feita pelo editor de acordo com a área de formação na graduação e pós-graduação do(a) professor(a) avaliador(a) com a temática a ser abordada pelo(s) autor(es) e/ou coautor(es) do artigo avaliado. Terminada a avaliação sem menção do(s) nome(s) do(s) autor(es) e/ou coautor(es) é enviado pelo(a) avaliador(a) uma carta de aceite, aceite com alteração ou rejeição do artigo enviado a depender do parecer do(a) avaliador(a). A etapa posterior é a elaboração da carta pelo editor com o respectivo parecer do(a) avaliador(a) para o(s) autor(es) e/ou coautor(es). Por fim, se o trabalho for aceite ou aceite com sugestões de modificações, o(s) autor(es) e/ou coautor(es) são comunicados dos respectivos prazos e acréscimo de seu(s) dados(s) bem como qualificação acadêmica.

A nossa coleção de livros também se dedica a publicação de uma obra completa referente a monografias, dissertações ou teses de doutorado.

O público terá acesso livre imediato ao conteúdo das obras, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento



Índice Remissivo



C

Cuidado

página 47

página 63

página 64

página 67

F

Feminino

página 51

página 56

página 58

página 59

H

Hospital

página 12

página 19

página 23

página 24



I

Idoso

página 40

página 42

página 43

Q

Queimadura

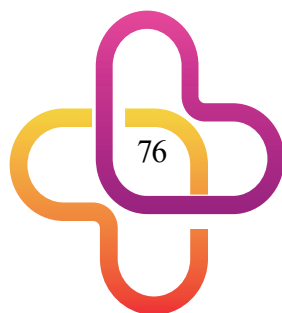
página 29

página 30

página 31

página 32

página 33



Desse modo, em tempos que a produção científica requer cada vez mais qualidade e amplitude de abertura para diversos leitores se apropriarem dos estudos acadêmicos, criamos essa seção com o objetivo de metodologicamente democratizar o estudo, pesquisa e ensino nas áreas das ciências da saúde. Esse volume XVI reúne diversos artigos rigorosamente avaliados e de extrema credibilidade científica e acadêmica para a sociedade. Desejamos que todos os leitores que façam um excelente proveito para aprofundamento teórico e crescimento pessoal por meio dos estudos publicados.



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA