



UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – UNIPAC
REDE DE BIBLIOTECAS

ROSY MARA OLIVEIRA
(ORG.)

Colaboração:
Dirlhê Maria Lima Pereira
Bibliotecária – FUPAC Itabirito

ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO:
DE ACORDO COM A NBR 6022/2003

4ª EDIÇÃO – REVISTA E ATUALIZADA

BARBACENA
2014



Sumário

1	Introdução	2
2	Estrutura do texto	3
2.1	Pesquisa de campo	3
2.2	Revisão da literatura	3
3	Estrutura do artigo	5
3.1	Elementos pré-textuais	5
3.1.1	Título	6
3.1.2	Autor(es)	6
3.1.3	Resumo	6
3.1.4	Palavras-chave	7
3.2	Elementos textuais para artigos de revisão da literatura	8
3.2.1	Introdução	8
3.2.2	Revisão de literatura	8
3.2.3	Considerações finais	9
3.3	Elementos textuais para artigos de pesquisa de campo	9
3.3.1	Introdução	9
3.3.2	Métodos	9
3.3.3	Resultados e Discussão	9
3.3.4	Considerações finais	10
3.4	Elementos pós-textuais	10
3.4.1	Referências	10
3.4.2	Glossário (opcional)	10
3.4.3	Apêndice (opcional)	10
3.4.4	Anexos (opcional)	10
4	Linguagem do artigo	11
5	Regras de apresentação	13
5.1	Formato	13
5.2	Margens	13
5.3	Numeração das páginas	13
5.4	Limite máximo de folhas	13
5.5	Tamanho da fonte	13
6	Dicas gerais de estilo	15



UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – UNIPAC
REDE DE BIBLIOTECAS

Referências 17

Anexo A – Modelo de artigo científico elaborado através de pesquisa de campo 18

Anexo B – Modelo de artigo científico elaborado através da revisão de literatura



1 Introdução

“Artigo científico é parte de uma publicação com autoria declarada, que apresenta e discute ideias, métodos, técnicas, processos e resultados nas diversas áreas do conhecimento.” (ABNT, 2003, p.2)

As orientações aqui apresentadas são baseadas na norma da ABNT para apresentação de artigos científicos impressos: a NBR 6022: 2003. Além desta norma, o autor ao preparar um artigo científico, deverá consultar o *Manual para Apresentação de Trabalhos Científicos: TCCs, monografias, dissertações, teses* da UNIPAC: http://www.unipac.br/bb/guias/manual_de_normalizacao2014.pdf

Para orientação de citações e referências baseadas na norma da Vancouver ver o *Manual de normalização de trabalhos técnico-científicos de acordo com a norma Vancouver para os cursos da área da saúde: citações e referências* da UNIPAC: <http://www.unipac.br/site/bb/guias/Manual%20-%20Normas%20Vancouver%20UNIPAC.pdf>

Todavia ao submeter um artigo científico para publicação em uma revista, o autor deve seguir as normas editoriais adotadas pela mesma.

2 Estrutura do texto

Neste manual serão tratados dois tipos de artigo: pesquisa de campo e revisão de literatura.

2.1 Pesquisa de campo

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relação a aspectos experimentais ou observacionais de característica médica, bioquímica e social e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Um tipo de pesquisa de campo são os casos clínicos que são um importante meio de disseminação do conhecimento referente aos aspectos clínico-patológicos de um tema científico. São artigos que representam dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplos. Apresenta as características do indivíduo humano ou animal estudado, com indicação de suas características tais como, sexo, nível socioeconômico, idade etc. O objetivo desse tipo de artigo é auxiliar no plano de tratamento de um paciente, proporcionando aos profissionais um canal rico para atualização. Ilustrações são fundamentais nos artigos dessa natureza (exames, radiografias, fotos, etc.).

Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos devem ser acompanhados de cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIPAC.

2.2 Revisão da literatura

Síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante a análise e interpretação de bibliografia pertinente que discute os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa, ou seja, são trabalhos que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados, revisões bibliográficas etc.

3 Estrutura do artigo

Este texto tem a finalidade de orientar alunos de Graduação e Pós-Graduação sobre a publicação de artigos científicos procurando estabelecer, de forma sintética, os principais cuidados a ter na escrita do texto.

FIGURA 1 – Distribuição dos itens que compõem o artigo científico em relação aos elementos da estrutura básica.

ELEMENTOS	COMPONENTES
Pré-textuais (ARTIGOS DE PESQUISA DE CAMPO E REVISÃO DE LITERATURA)	Primeira folha (folha de apresentação) Título e subtítulo (quando for o caso) em português Autor(es) Resumo em português Palavras-chave em português Em rodapé: credenciais dos autores Parte inicial da introdução
Textuais (ARTIGO DE REVISÃO DA LITERATURA)	Introdução Revisão da literatura Considerações finais
Textuais (ARTIGO DE PESQUISA DE CAMPO)	Introdução Métodos Resultados e discussão Considerações finais
Pós-textuais (ARTIGOS DE PESQUISA DE CAMPO E REVISÃO DE LITERATURA)	Título e subtítulo em inglês Abstract (Resumo em inglês) Keywords (Palavras-chave em inglês) Referências Glossário (Opcional) Apêndices (Opcional) Anexos (Opcional)

Fonte: Elaborada pela Organizadora.

* Os itens em negrito são considerados obrigatórios.

3.1 Elementos pré-textuais

Os elementos pré-textuais também chamados de parte preliminar compõem-se das informações iniciais necessárias para uma melhor caracterização e reconhecimento da origem e autoria do trabalho.

3.1.1 Título

Deve ser redigido com um número pequeno de palavras e transcrever de forma adequada o conteúdo do trabalho. O título e subtítulo (se houver) devem figurar na página de abertura do artigo na língua do texto.

Não se deve sobrecarregá-lo com o seguinte:

- a) informações expressas em forma de abreviatura (exceto quando universalmente conhecidas ou nomes de projetos);
- b) informações entre parênteses.

3.1.2 Autor(es)

O autor do artigo *deve vir centralizado*. Caso haja mais de um autor, os mesmos deverão vir em ordem alfabética. Um breve currículo que o(s) qualifique na área de conhecimento do artigo, o endereço postal e eletrônico, devem aparecer em nota rodapé indicado por asterisco, na primeira folha de apresentação do artigo.

Exemplo:

No cabeçalho:

Carla Antunes da Silva Santos Souza*, Vanda Chaves Silveira Santana**

No rodapé da página:

*Aluna do 8º período do Curso de Enfermagem da Universidade Presidente Antônio Carlos UNIPAC Barbacena – MG - e-mail: carlasss@gmail.com

** Enfermeira, Coordenadora de Enfermagem do Centro Cirúrgico do Hospital Santo Expedito -BH, Profa. Titular do Curso de Enfermagem da Universidade Presidente Antônio Carlos UNIPAC Barbacena – MG - e-mail: vandass@yahoo.com.br

3.1.3 Resumo

Texto, em um único parágrafo, sem recuo, justificado, em entrelinhas simples, onde se expõe o objetivo do artigo, a metodologia utilizada para solucionar o problema, os resultados alcançados e as considerações finais do trabalho de forma concisa. Deve ser constituído de uma sequência de frases e não de uma simples enumeração de tópicos. O verbo deve ser impessoal, estar na voz ativa e na 3ª pessoa do singular. (ABNT, 2003, p. 2)

São comuns duas formas de resumo:

- a) indicativo: aponta para o que trata o artigo, incluindo a finalidade, o alcance ou a metodologia, mas não os resultados e as considerações finais;
- b) informativo: contém a essência do artigo, abrangendo a finalidade, o método, os resultados e as considerações finais; expõe detalhes suficientes para que o pesquisador possa decidir sobre a conveniência da leitura de todo o texto.

Modalidade requerida para artigos de pesquisa de campo e de revisão da literatura.

A utilidade do resumo de pesquisa científica se dá em função da presença de informações relevantes, precisas e adequadamente apresentadas. Segue abaixo três das principais finalidades e características da composição de um resumo de um trabalho científico:

- a) o resumo, bem estruturado, evitará que o pesquisador tenha que recorrer ao texto completo para identificar a relevância, ou não, do texto para sua pesquisa;
- b) os pontos principais do artigo devem constar no resumo de maneira bem específica;
- c) o resumo não deve exceder 250 palavras para monografias e artigos científicos e até 500 palavras para dissertações e teses;

FIGURA 2 – Resumo informativo estruturado em quatro seções e os seus respectivos significados

Tópicos	Significado
Objetivo	O que foi feito; a questão formulada pelo investigador.
Método	Como foi feito; o método, incluindo o material, usado para alcançar o objetivo.
Resultados	O que foi encontrado; o achado principal e, se necessário, os achados secundários.
Conclusão	O que foi concluído, a resposta para a conclusão formulada.

Fonte: Pereira (2012, p. 170)

3.1.4 Palavras-chave

A seção Palavras-chave constitui-se das palavras mais importantes do texto científico e são utilizadas na indexação dos trabalhos em bases de dados científicas visando tornar as pesquisas mais práticas e o acesso à informação desejada com mais rapidez. Deverá ser

composta de no mínimo três e no máximo cinco palavras com a finalidade de indicar claramente os pontos fundamentais do trabalho.

A NBR 6028 (ABNT, 2003) recomenda que as palavras-chave que representam o conteúdo do texto científico, sejam escritas após a expressão “**Palavras-chave:**” (sem as aspas, (em negrito e minúscula) e que estas sejam separadas entre si por ponto final (.), abaixo do resumo, com um enter em branco de espaço simples (18pt), inclusive finalizada, também, por ponto (ponto após a última palavra-chave).

A finalidade da palavra-chave é intrínseca ao conteúdo de um texto, da mesma forma como se pudéssemos encapsular todo o conteúdo de um texto em uma palavra-chave. Desse modo, determinar palavras-chave de modo a representar o conteúdo de um texto é, certamente, uma tarefa que envolve muito conhecimento sobre o assunto do texto.

Especificamente, para os trabalhos da área da saúde, utilize como palavras-chave termos que constem no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) disponível em: http://decs.bvs.br/P/DeCS2013_Alfab.htm. Desse modo, você indicará os aspectos centrais de seu trabalho utilizando palavras que estão sendo adotadas por outros pesquisadores da área.

3.2 Elementos textuais para artigos de revisão da literatura

São os elementos que compõem o texto do artigo. Dividem-se em introdução, desenvolvimento e conclusão.

3.2.1 Introdução

A introdução expõe o tema do artigo, relaciona-o com a literatura consultada, apresenta os objetivos e a finalidade do trabalho, definições, conceituações, hipóteses, pontos de vista e abordagens, e a justificativa da escolha do tema. Trata-se do elemento explicativo do autor para o leitor. “Não se aconselha a inclusão de ilustrações, tabelas e gráficos na introdução”. (FRANÇA, 2008, p. 65)

3.2.2 Revisão de literatura

A revisão de literatura, como parte principal e mais extensa do artigo, visa a expor as principais ideias. É, em essência, a fundamentação lógica do trabalho. O autor deve subdividir

o tema a ser discutido em um ou mais títulos e, se necessário, subtítulos para o desenvolvimento do seu artigo. Não se utiliza a palavra “revisão de literatura” como título.

3.2.3 Considerações finais

Neste tópico destaca-se os resultados obtidos na pesquisa ou estudo. Deve conter uma resposta para a problemática do tema apresentado na introdução. Deve ser breve, concisa e referir-se as hipóteses levantadas e discutidas anteriormente. O autor pode expor seu ponto de vista pessoal com base nos resultados que avaliou e interpretou e, poderá também incluir recomendações ou sugestões para outras pesquisas na área.

3.3 Elementos textuais para artigos de pesquisa de campo

3.3.1 Introdução

A introdução expõe o tema do artigo, relaciona-o com a literatura consultada, apresenta os objetivos e a finalidade do trabalho, definições, conceituações, hipóteses, pontos de vista e abordagens, e a justificativa da escolha do tema. Trata-se do elemento explicativo do autor para o leitor. “Não se aconselha a inclusão de ilustrações, tabelas e gráficos na introdução”. (FRANÇA, 2008, p. 65)

3.3.2 Métodos

É a descrição precisa dos métodos, materiais, técnicas e equipamentos utilizados na investigação. Devem ser expostos com a maior clareza possível de forma que outros autores possam contextualizar e aplicar em suas pesquisas.

3.3.3 Resultados e Discussão

Resultados são a apresentação dos dados encontrados na parte experimental. Visa discutir, confirmar ou negar hipóteses indicadas anteriormente. Podem ser ilustradas com quadros, tabelas, fotografias, entre outros recursos. A discussão restringe-se aos resultados do trabalho e ao confronto com dados encontrados na literatura.

3.3.4 Considerações finais

Neste tópico destaca-se os resultados obtidos na pesquisa ou estudo. Deve conter uma resposta para a problemática do tema apresentado na introdução. Deve ser breve, concisa e referir-se as hipóteses levantadas e discutidas anteriormente. O autor pode expor seu ponto de vista pessoal com base nos resultados que avaliou e interpretou e, poderá também incluir recomendações ou sugestões para outras pesquisas na área.

3.4 Elementos pós-textuais

Fazem parte também dos elementos pós-textuais o título do artigo em inglês (fonte 12, centralizado), *abstract* (resumo do trabalho na língua inglesa), e pelas *keywords* (palavras-chave na língua inglesa).

3.4.1 Referências

É um conjunto de elementos que permitem a identificação, no todo ou em parte, de documentos impressos ou registrados em diferentes tipos de materiais. As publicações devem ter sido mencionadas no texto do trabalho e devem obedecer as Normas da ABNT 6023:2002. Trata-se de uma listagem de livros, artigos e outros elementos de autores efetivamente utilizados e referenciados ao longo do artigo.

3.4.2 Glossário (opcional)

Relação da terminologia técnica e de palavras estrangeiras adotadas no artigo, seguidas da respectiva definição ou tradução.

3.4.3 Apêndice (opcional)

Documento complementar e/ou comprobatório, elaborado pelo autor.

3.4.4 Anexos (opcional)

Documento não elaborado pelo autor, serve de comprovação, ilustração.

4 Linguagem do artigo

Tendo em vista que o artigo se caracteriza por ser um trabalho extremamente sucinto, exige-se que tenha algumas qualidades: linguagem correta e precisa, coerência na argumentação, clareza na exposição das ideias, objetividade, concisão e fidelidade às fontes citadas. Para que essas qualidades se manifestem é necessário, principalmente, que o autor tenha certo conhecimento a respeito do que está escrevendo.

Quanto à linguagem científica é importante que sejam analisados os seguintes procedimentos no artigo científico:

- a) *impessoalidade*: redigir o trabalho com os verbos na 3ª pessoa do singular, voz ativa;
- b) *objetividade*: a linguagem objetiva deve afastar as expressões: “eu penso”, “eu acho”, “parece-me” que dão margem a interpretações simplórias e sem valor científico;
- c) *estilo científico*: a linguagem científica é informativa, de ordem racional, firmada em dados concretos, onde se podem apresentar argumentos de ordem subjetiva, porém dentro de um ponto de vista científico;
- d) *vocabulário técnico*: a linguagem científica serve-se do vocabulário comum, utilizado com clareza e precisão, mas cada ramo da ciência possui uma terminologia técnica própria que deve ser observada;
- e) *correção gramatical*: é indispensável, onde se deve procurar relatar a pesquisa com frases curtas, evitando muitas orações subordinadas, intercaladas com parênteses, num único período. O uso de parágrafos deve ser dosado na medida necessária para articular o raciocínio: toda vez que se dá um passo a mais no desenvolvimento do raciocínio, muda-se o parágrafo;
- f) *recursos ilustrativos* como gráficos estatísticos, desenhos, esquemas, fluxogramas, fotografias, mapas, quadros, tabelas devem ser criteriosamente distribuídos no texto. Para a apresentação das ilustrações.

5 Regras de apresentação

5.1 Formato

Utiliza-se papel branco ou reciclado, de formato A4, digitado na cor preta, podendo utilizar outras cores somente para ilustrações. Fonte *times new roman* ou *arial* tamanho 12. O parágrafo recomendado por este manual é de 1,5 cm a partir da margem esquerda e justificado. Artigos científicos são redigidos apenas no anverso (frente) das folhas.

5.2 Margens

É utilizado o anverso (frente) folhas. As margens deverão ser as seguintes:

Anverso (frente): Superior 3cm
Inferior 2cm
Esquerda 3cm
Direita 2cm

5.3 Numeração das páginas

A numeração das páginas deve ser colocada no anverso (frente) das folhas no canto superior direito, com fonte tamanho 10. A numeração da página se dá a partir da primeira folha, iniciando com o algarismo “1”

5.4 Limite máximo de folhas

Os artigos não devem ultrapassar 15 páginas

5.5 Tamanho da fonte

O artigo deve ser todo redigido com fonte de tamanho 12, com exceção da numeração das páginas, notas de rodapé e citações diretas longas.

Obs: para demais orientações, quando necessário, consulte o *Manual para Apresentação de Trabalhos Científicos: Tccs, Monografias, Dissertações e Teses da UNIPAC*.

6 Dicas gerais de estilo

Segue abaixo algumas regras gerais que podem aumentar a qualidade do artigo.

- a) *Siga o formato*: geralmente, eventos e revistas possuem um formato específico para a submissão de artigos. Confira cuidadosamente a seção de "Instruções para Autores" disponíveis nas revistas antes de submeter seu artigo. Verifique o formato e siga-o, sem exceções. Artigos podem ser recusados apenas por não seguir o formato requisitado (independente da qualidade de seu conteúdo);
- b) *não se deve enviar para publicação*, artigo que já tenha sido editado ou aceito, para publicação em outras revistas;
- c) *corretor automático*: use e abuse de corretores automáticos. Usar um corretor gramatical pode ser igualmente útil. Mas lembre-se que nada substitui uma revisão cuidadosa de todos os autores do artigo e até de terceiros se necessário;
- d) *divida os parágrafos corretamente*: tente usar frases de abertura e encerramento indicando o propósito do parágrafo;
- e) *uma seção (um capítulo)* é formada por mais de um parágrafo. Uma seção formada apenas por uma lista de itens não é uma seção, e sim uma lista de itens;
- f) *evite frases longas*: se a mesma frase ocupa mais de 3 linhas (em coluna simples), revise-a e tente dividi-la em sentenças menores.
- g) *evite usar a primeira pessoa*: tente manter o artigo no impessoal, na terceira pessoa;
- h) *consistência no uso de tempo verbal*. Seja consistente no uso de tempo verbal. Não fique trocando entre passado e presente;
- i) *quando uma sigla é introduzida no texto* (ou seja, aparece pela primeira vez) é importante colocar seu significado entre parênteses. Lembre-se que pode existir sobreposição no uso de siglas dentro das diversas áreas do conhecimento;
- j) *figura ou tabela?* Uma possível resposta: se os dados mostram uma tendência, criando uma ilustração interessante, faça uma figura. Se os números apenas estão lá, sem qualquer tendência interessante em evidência, uma tabela deveria ser suficiente. Tabelas também são preferíveis para apresentar números exatos;
- k) *figuras e tabelas mencionadas no texto*: geralmente, figuras requerem explicação mais detalhada no texto, enquanto tabelas devem ser auto-suficientes. Além disso, a legenda de figuras e tabelas podem mencionar detalhes que não precisam ser repetidos no texto. *escreva enquanto trabalha*: é uma boa ideia começar a escrever o



artigo enquanto o trabalho está em desenvolvimento, enquanto ideias, problemas, soluções e detalhes estão mais frescos na memória;

- 1) *backup*: mantenha sempre um backup atual do seu artigo, pelo menos um backup diário. Uma boa alternativa de backup com segurança é o seu e-mail, que além de ser mais seguro você poderá abrir o documento em qualquer lugar.



Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6022**: Informação e documentação: Artigo em publicação periódica científica impressa. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 6023**: Informação e documentação: Referências: Elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 6028**: Resumos. Rio de Janeiro, 1990.

FRANÇA, Júnia Lessa (Coord.). **Curso de Atualização em Normalização Bibliográfica**: modalidade à distância. Belo Horizonte: Centro de Apoio à Educação a distância da UFMG e Biblioteca Universitária, 2008. Apostila

_____; VASCONCELLOS, Ana Cristina de. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**. Colaboração de Maria Helena de Andrade Magalhães e Stella Maris Borges. 8. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2007.

PEREIRA, Maurício gomes. **Artigos científicos**: como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.



Anexo A – Modelo de artigo científico elaborado através de pesquisa de campo

IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Ana Carolina Garcia*, Raquel Vieira Barros*, Sônia da Silva*, Aline Borges Penna**, Maria Amélia Meira ***

Resumo

O processo de enfermagem, método utilizado para sistematizar a assistência de enfermagem, é composto por histórico (coleta de dados e exame físico), diagnóstico, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem. Em estudo realizado por Meira (2010), na Unidade de Terapia Intensiva Adulto da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena, observou-se que a coleta de dados poderia ser feita através do passômetro. Este instrumento, preenchido pelo enfermeiro assistencial, reúne dados clínicos, intercorrências e intervenções realizadas no paciente no plantão. Através dele é descrito o plano assistencial, sem condições de confeccionar a prescrição de enfermagem. Daí, a necessidade de padronizar modelos de prescrições, obter registros adequados das fases do processo de enfermagem, comprovando o exercício da Sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva. Portanto, desenvolveu-se um projeto de extensão, justificado pela possibilidade de confeccionar prescrições de enfermagem, e através do conhecimento acadêmico intervir e transformar a realidade vivenciada. O objetivo foi analisar os passômetros de março de 2010 a fevereiro de 2011, identificar os diagnósticos de enfermagem conforme NANDA (2010), referenciá-los às patologias mais prevalentes na unidade (politrauma, cirurgia neurológica, Insuficiência Respiratória Aguda) e confeccionar prescrições de enfermagem a serem utilizadas neste serviço. Buscou-se ainda, avaliar a eficiência e eficácia dos diagnósticos e prescrições e seus reflexos no cuidado ao paciente, através de estudo piloto e da aplicação de questionário à equipe de enfermagem. Concluímos, que o passômetro facilitou significativamente o fechamento da SAE, garantiu uma assistência planejada, segura e com melhores resultados de enfermagem.

Palavras-chave: Processo de enfermagem. Sistematização da assistência de enfermagem. Prescrição de enfermagem. Centro de terapia intensiva

1 Introdução

O processo de enfermagem (PE) é o método utilizado na prática clínica para sistematizar a assistência de enfermagem. O modelo mais conhecido e seguido no Brasil para implantação do PE é o de Horta (1979) e é composto pelas seguintes fases: a) histórico de enfermagem, b) diagnóstico de enfermagem, c) plano assistencial, d) prescrição de enfermagem e) evolução

* Acadêmica do 8º período do Curso de Enfermagem da Universidade Presidente Antônio Carlos UNIPAC Barbacena – MG - e-mail: vanessa27oliveira@gmail.com

**Enfermeiro.orientador. Especialista em Terapia Intensiva Adulto e Neonatal pela Faculdade Redentor, Enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva da Santa Casa de Misericórdia – MG, supervisor de estagio UNIPAC - email: celiodovale@yahoo.com.br.

***Enfermeira.co-orientadora. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela UFJF, coordenadora da Unidade de Terapia Intensiva Adulto da Santa Casa de Misericórdia – MG – email: ameliameira2170@gmail.com

de enfermagem, e) evolução de enfermagem e f) prognóstico de enfermagem. (CUNHA; BARROS, 2005)¹

Segundo Andrade e Vieira (2005)² o número de fases varia de quatro a seis e isso depende se a etapa do diagnóstico é considerada como distinta ou incluída na primeira fase. Ressalta que a divisão em etapas ou fases só tem valor didático. Na prática o processo deve estar integrado inter-relacionando as etapas.

A primeira fase do processo na Teoria de Wanda Horta (SPERANDIO; ÉVORA, 2005)³ é o histórico de enfermagem, que pode ser traduzido como um roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que são significativos para o enfermeiro, tornando possível a identificação de seus problemas. Em estudo realizado na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI Adulto) da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena (SCMB), esta primeira fase, a coleta de dados ou histórico de enfermagem, é extraída do passômetro, instrumento utilizado por Meira (2010). Nele encontra-se o registro diário de informações orais relatadas na passagem de plantão dos enfermeiros com as condições dos pacientes englobando: informações das intercorrências, novas intervenções (médicas e de enfermagem), dados clínicos e assistenciais que o paciente foi submetido no decorrer do plantão.

A segunda fase do PE, o diagnóstico de enfermagem conforme Tannure e Gonçalves (2008) constituem dos dados coletados na primeira fase que são interpretados e analisados criteriosamente. Ressaltam ainda, que devem ser identificados e dispostos de acordo com as prioridades do paciente.

É um julgamento clínico sobre as respostas de um indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/ processos de vida reais ou potenciais. Um diagnóstico de enfermagem constitui a base para escolha de intervenções de enfermagem para alcance de resultados que são responsabilidade do enfermeiro. (NANDA, 2008, p. 332)

A terceira fase do PE trata-se do plano assistencial. Nessa fase os problemas levantados são priorizados pelo enfermeiro, que identifica metas ou resultados, intervenções adequadas, sendo importante determinar quais problemas são prioritários, considerando que nem todos os problemas podem ser resolvidos durante o tempo de hospitalização. Através da priorização o profissional poderá classificar o problema desde o maior até o de menor importância. (BRANDALIZE; KALINOWSKI, 2005)⁴ No entanto, na UTI Adulto da SCMB

¹ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000500013&lng=en&nrm=iso

² http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300002&lng=pt&nrm=iso

³ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600004&lng=en&nrm=iso

⁴ <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/5374/3959>

está fase se apresentava ora mesclada com a prescrição de enfermagem, tornando-se incompleta.

A quarta fase, prescrição de enfermagem ou plano de cuidados É definida como a “Implementação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano.” (SPERANDIO; ÉVORA, 2005, p. 939)⁵ O que na realidade vivenciada UTI Adulto da SCMB tornou-se impraticável devido à necessidade do agrupamento dos cuidados de enfermagem necessários a cada paciente, atendendo a especificidade e a complexidade das demandas de cuidados.

A evolução de enfermagem, quinta fase, consiste na observação e registros diários das mudanças que ocorrem com o paciente, é uma avaliação do que foi feito, quais as metas esperadas e os quais resultados encontrados até o momento. (SPERANDIO; ÉVORA 2005)⁶ Permitindo deste modo, a criação de novos diagnósticos, novo plano de cuidados e assim, novas prescrições que visam melhorar à assistência de enfermagem prestada.

Segundo Oliveira, Paula e Freitas (2007)⁷ o processo de enfermagem constitui-se como instrumento facilitador do desempenho prático e do trâmite da documentação do paciente. Através desse processo os profissionais da área organizam a informação disponível e determinam as intervenções que devem ser estabelecidas para atender às necessidades dos pacientes.

A utilização da SAE desenvolve o pensamento crítico na prática de enfermagem e gera autonomia técnica, gerenciamento, individualização, uniformização, continuidade e avaliação do cuidado prestado através da promoção do cuidado humanizado, dirigido a resultados e de baixo custo, despertando nos enfermeiros o interesse contínuo de reavaliar suas atividades e decidir qual a melhor maneira de desempenhá-las. (CAVALCANTI; CORREIA; QUELUCI, 2009)⁸

De acordo com Bittar, Pereira e Lemos (2006)⁹ quanto maior o número de necessidades afetadas do cliente, maior é a necessidade de se planejar a assistência, já que a sistematização das ações visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada.

O mesmo autor completa ainda que a situação instável de um paciente de UTI e a grande demanda de procedimentos e cuidados tornam relevante a implantação da SAE, uma vez que, facilita o domínio apurado da técnica associado ao cuidado humanizado.

⁵ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600004&lng=en&nrm=iso

⁶ *Ibidem*

⁷ http://www.uninove.br/PDFs/Publicacoes/conscientiae_saude/csauade_v6n1/cnsv6n1_3m18.pdf

⁸ <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a25.htm>

⁹ <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a10.pdf>

Através do desenvolvimento do PE de forma documental denominado de sistematização da assistência de enfermagem (SAE), o enfermeiro e sua equipe garantem uma prática assistencial adequada e individualizada. Andrade e Vieira (2005)¹⁰ acrescentam, que a assistência planejada pelo enfermeiro garante sua responsabilidade e compromisso com o paciente, já que o planejamento permite identificar as necessidades do cliente, elaborar prescrições adequadas e avaliar os resultados e qualidade da assistência.

No entanto apesar do histórico de enfermagem (coleta de dados e exame físico) para a formulação do Plano Assistencial e de cuidados já ser metodologia estabelecida na enfermagem, em estudo realizado por MEIRA (2010) na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI Adulto) da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena (SCMB) observou-se que a coleta de dados poderia ser feita através do passômetro. Este instrumento, preenchido pelo enfermeiro assistencial reúne a transcrição dos dados clínicos, intercorrências e intervenções realizadas no paciente em cada plantão. Através dele é descrito o plano assistencial para ser seguido pela equipe de enfermagem no plantão, mas, sem condições de confeccionar a prescrição de enfermagem.

Apesar da eficácia do método na assistência ao paciente, observou-se que o registro do plano assistencial começou a ter características de um plano de cuidados/ prescrições de enfermagem. Deste modo, parte do plano assistencial estava sendo negligenciado e confundido com um esboço de prescrição de enfermagem, e ambos ficavam incompletos.

Observou-se então que seria necessário padronizar alguns modelos de prescrições para viabilizar uma assistência de enfermagem subsidiada, oportunizar a obtenção de registros adequados de todas as fases do processo de enfermagem, dando condições de comprovar documentalmente o exercício da SAE na UTI Adulto da SCMB.

Portanto, desenvolveu-se um projeto de extensão, conforme autorização da Pró-reitoria de Pesquisa, Extensão, Pós-graduação e Cultura da Universidade Presidente Antônio Carlos.

Justificando-se pela possibilidade de viabilizar a confecção de prescrições de enfermagem, além de utilizar do conhecimento acadêmico para intervir nas deficiências e transformar a realidade vivenciada. Cumprindo assim a resolução COFEN 358 /2009 que considera que o processo de enfermagem é um instrumento metodológico, orientador do cuidado profissional de enfermagem e deve ser documentada para evidenciar a prática profissional na atenção a saúde da população. (COFEN, 2009)¹¹

¹⁰ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300002&lng=pt&nrm=iso

¹¹ <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/438>

Teve-se como objetivo analisar os passômetros utilizados, identificar os diagnósticos de enfermagem apresentados para confeccionar prescrições de enfermagem a serem utilizadas neste serviço. Buscou-se também avaliar a eficiência e eficácia da utilização das prescrições pela equipe de enfermagem e seus reflexos no cuidado prestado ao paciente.

2 Métodos

Desenvolveu-se um estudo através dos impressos do passômetro utilizado pelos enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena (SCMB). A unidade possui 10 leitos, atende principalmente pacientes neurológicos e politraumatizados. Na área de Recursos Humanos possui 04 enfermeiros, 25 Técnicos em Enfermagem, 10 médicos, dois fisioterapeutas e 02 funcionárias no Serviço de Higienização.

Foram avaliados 2.129 passômetros referentes ao período de março de 2010 a fevereiro de 2011, sendo feito um levantamento de diagnósticos de enfermagem conforme NANDA (2010) dos dados apresentados no passômetro. Importante ressaltar que neste período estes impressos não faziam parte do prontuário do paciente.

Durante esse processo os enfermeiros da UTI Adulto da SCMB foram preparados pela enfermeira coordenadora do setor, sendo convidados os acadêmicos de enfermagem do setor e as autoras deste estudo. Foram realizadas várias sessões teórico-práticas sobre a SAE utilizando modelos de prescrição e diagnóstico de enfermagem, diferentes daqueles que foram confeccionados neste estudo, para treinamento de raciocínio lógico. Para os técnicos de enfermagem ocorreram treinamentos durante o plantão explicando a SAE, sua importância e como deveriam realizar a checagem das prescrições.

Os diagnósticos apresentados foram classificados, agrupados e referenciados às patologias mais prevalentes na unidade: politrauma, cirurgia neurológica (CN), Insuficiência Respiratória Aguda. Sequencialmente, confeccionaram-se modelos de prescrição de enfermagem com base em livros, protocolos de serviço, banco de dados *Scielo*.

Os diagnósticos e as prescrições tituladas a cada patologia foram digitadas conforme padronização da instituição, aprazadas com grade horária já demarcada, totalizando 24 horas.

Na avaliação da eficiência dos diagnósticos e das prescrições de enfermagem, realizou-se um estudo piloto dos modelos de diagnósticos e prescrições de enfermagem, que teve duração de 15 dias abrangendo todos os pacientes internados na unidade. E para abordar a eficácia e validar este processo, aplicou-se um questionário à equipe de enfermagem. Este questionário foi testado para avaliar sua competência no atendimento dos objetivos propostos.

Questionou-se se os cuidados prescritos atendiam a demanda de cuidados exigidos pelo paciente; se as prescrições alcançaram as metas do plano assistencial; se os cuidados trouxeram auto realização para o paciente e família no enfrentamento da doença e se a logística existente no setor era suficiente para a prestação dos cuidados prescritos.

Na análise do questionário teste foi observado que alguns questionamentos não apresentavam clareza nas respostas sendo realizadas as devidas modificações, incluindo questionamentos exclusivos ao enfermeiro devido sua atuação direta em todas as fases da SAE. Para os TE e enfermeiros os questionamentos foram: se os cuidados prescritos atendiam a demanda de cuidados exigida pelo paciente; sobre a repercussão das prescrições na conduta do prestador de cuidados no exercício de sua função; quais as dificuldades e facilidades encontradas no cumprimento dos cuidados prescritos; e se os recursos materiais e humanos existentes no setor foram suficientes para cumprir os cuidados prescritos. E aos enfermeiros, acrescentaram-se três questões referentes ao fechamento da SAE ao questionar: se os diagnósticos de enfermagem refletiam os problemas encontrados no passômetro; se os diagnósticos de enfermagem orientaram adequadamente na escolha das intervenções no plano de condutas; e sobre a adequação existente entre o plano de condutas (plano assistencial) e prescrição de enfermagem quanto ao cumprimento das metas.

O universo da pesquisa era composto de 25 técnicos de enfermagem e 4 enfermeiros. Foram considerados não participantes 03 técnicos de enfermagem por motivo de férias e licença médica e foram excluídos 02 técnicos de enfermagem e 01 enfermeiro por fazerem parte do estudo, evitando assim conflitos de interesses. Dentre os que restaram como participantes selecionamos 33,3% para aplicação do questionário teste (01 enfermeiro e 07 técnicos de enfermagem), a partir de um sorteio entre os três enfermeiros participantes. O enfermeiro sorteado escolheu de forma aleatória os 07 técnicos de enfermagem nos plantões diurnos e noturnos, estes não participaram do questionário definitivo de validação das prescrições. A aplicação do questionário definitivo de validação das prescrições teve como imprevisto, o desligamento de 01 técnico de enfermagem e a admissão de 01 enfermeiro. O enfermeiro foi excluído do estudo por não ter participado de nenhuma fase deste processo. Restando como participantes 12 técnicos de enfermagem e 02 enfermeiros. Em todas as fases a participação foi voluntária e condicionada à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 Resultados e discussões

4.1. Etapa de desenvolvimento da SAE

A partir dos 2.129 passômetros avaliados referentes ao período de março de 2010 a fevereiro de 2011, foram identificados 39 diagnósticos de enfermagem conforme NANDA (2009/2011). Quanto à especificidade e número de diagnósticos identificados tivemos: politrauma (4/30); cirurgia neurológica (5/32) e Insuficiência Respiratória Aguda (1/16). Quanto à frequência detectamos: Mobilidade no leito prejudicada (692); Risco de queda (466); Risco de integridade da pele prejudicada (454); Risco de constipação (381); Risco de infecção (368); Risco de desequilíbrio na temperatura corporal (285); Risco de aspiração (260); Débito cardíaco diminuído (176); Troca de gases prejudicada (166); Integridade da pele prejudicada (143); Retenção urinária (126); Comunicação verbal prejudicada (121); Hipertermia (119); Risco de glicemia instável (98); Padrão respiratório ineficaz (79); Desobstrução ineficaz das vias aéreas (77); Hipotermia (73); Intolerância a atividade (73); Dor aguda (64); Motilidade gastrointestinal disfuncional (44); Eliminação urinária prejudicada (42); Volume de líquido excessivo (38); Risco de motilidade gastrintestinal disfuncional (32); Risco de desequilíbrio eletrolítico (27); Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais (21); Ansiedade (16); Mobilidade física prejudicada (9); Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz (8); Mucosa oral prejudicada (5); Náuseas (4); Ventilação espontânea prejudicada (4); Constipação (3); Déficit no autocuidado para higiene íntima (3); Disposição para sono melhorado (2); Risco de sangramento (2); Capacidade adaptativa intracraniana diminuída (1); Conforto prejudicado (1); Risco de baixa auto estima situacional (1); Risco de religiosidade prejudicada (1). (Quadro1)

Ao observarmos a baixa especificidade existente entre os diagnósticos de enfermagem de politrauma e cirurgia neurológica e o quantitativo semelhante de diagnósticos identificados versus a compatibilidade das complicações, demanda de monitoramentos e cuidados de enfermagem, os referidos diagnósticos foram agrupados, gerando um único modelo de prescrição.

No entanto, Insuficiência Respiratória Aguda teve seus diagnósticos e prescrição mantidos como específicos devido ao número total de diagnósticos encontrados que correspondem em média a 50% do número total dos diagnósticos identificados nas demais patologias prevalentes na UTI Adulto da SCMB.

Quadro 1- Diagnósticos de enfermagem gerais e específicos

Diagnósticos de enfermagem NANDA (2009-2011)	Freq. Global	Politrauma	CN	Insuficiência
--	--------------	------------	----	---------------

				Respiratória
Mobilidade no leito prejudicada	692			
Risco de queda	466			
Risco de integridade da pele prejudicada	454			
Risco de constipação	381			
Risco de infecção	368			
Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	285			
Risco de aspiração	260			
Débito cardíaco diminuído	176			
Troca de gases prejudicada	166			
Integridade da pele prejudicada	143			
Retenção urinária	126			
Comunicação verbal prejudicada	121			
Hipertermia	119			
Risco de glicemia instável	98			
Padrão respiratório ineficaz	79			
Desobstrução ineficaz das vias aéreas	77			
Hipotermia	73			
Intolerância a atividade	73			x
Dor aguda	64			
Motilidade gastrointestinal disfuncional	44		x	
Eliminação urinária prejudicada	42			
Volume de líquido excessivo	38	x		
Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional	32	x		
Risco de desequilíbrio eletrolítico	27	x		
Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais	21		x	
Ansiedade	16			
Motilidade física prejudicada	9			
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	8			
Mucosa oral prejudicada	5			
Náusea	4		x	
Ventilação espontânea prejudicada	4			
Constipação	3			
Déficit no autocuidado para higiene íntima	3			
Disposição para o sono melhorado	2		x	
Risco de sangramento	2	x		
Capacidade adaptativa intracraniana diminuída	1			
Conforto prejudicado	1		x	
Risco de baixa autoestima situacional	1			
Risco de religiosidade prejudicada	1			

Fonte: Das autoras.

4.2 Validação dos diagnósticos e prescrições de enfermagem

Na avaliação do estudo piloto de validação dos diagnósticos e prescrições de enfermagem observamos que garantiu uma assistência planejada pelo enfermeiro, proporcionando segurança e mais tempo para a equipe no cuidado ao paciente, possibilitando desta maneira atingir os melhores resultados de enfermagem; cientes que a prática diária sempre mostra os verdadeiros contornos à teoria sem descaracterizá-la.

A equipe de enfermagem ao avaliar a relação entre o cuidado prescrito a demanda de cuidados exigida pelo paciente percebeu compatibilidade com o perfil dos pacientes atendidos, baseadas na realidade. Acrescentaram que, apresentaram-se completas, sendo descritas os cuidados que antes eram realizados, porém, muitas vezes não era registrado por falta de tempo. Completar a SAE permitiu aos profissionais de enfermagem organizar as informações e intervenções que devem ser realizadas nos pacientes, mesmo que em algumas circunstâncias haja necessidade de acrescentar itens. Concordando com Bittar, Pereira e Lemos (2006)¹² por considerar que, mediante o grande número de necessidades afetadas do cliente é fundamental planejar a assistência, facilitando o domínio apurado, conciliando com um cuidado humanizado e holístico.

A influência deste processo na conduta destes profissionais imprimiu mais segurança a partir do planejamento da assistência pelo enfermeiro. Proporcionando-lhes mais tempo para o cuidar aliado à melhores resultados. Consideraram ainda, que deste modo o paciente possa realmente estar em primeiro lugar. Demonstrando que a SAE organizou o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos como preconiza a Resolução COFEN 358/2009. (COFEN, 2009)¹³

No questionamento das dificuldades e facilidades encontradas perante a utilização dos diagnósticos e prescrições de enfermagem, 50% alegaram não ter encontrado nenhuma dificuldade reconhecendo que o processo encontra-se em evolução passível de adequações; Dentre os fatores facilitadores encontrados relevou-se o melhor direcionamento do cuidado, proporcionando uma maior disponibilidade de tempo para o paciente e para evolução permitindo também a checagem dos cuidados prescritos. Amante, Rossetto e Schneider (2009)¹⁴; Cunha e Barros (2005)¹⁵ também ressaltam a capacidade do SAE em dar qualidade, segurança e adequação da assistência prestada com melhores resultados para o paciente.

Quanto às dificuldades encontradas 42,86% ressaltaram a demora na liberação das prescrições e a grande quantidade de itens prescritos; 7,14% relataram que houve redução no

¹² <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a10.pdf>

¹³ <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>

¹⁴ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100007&lng=en&nrm=iso

¹⁵ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000500013&lng=en&nrm=iso

tempo para registro e checagem dos cuidados prescritos, além da falta de espaço próprio para observações e que alguns cuidados prescritos não estão de acordo com a necessidade do paciente. Acredita-se, que a demora na liberação das prescrições pode estar associadas a pouca adaptação do enfermeiro ao processo. O grau de complexidade dos cuidados destinados aos pacientes atendidos no setor determina a quantidade de itens a serem prescritos, evitando desde modo a omissão de cuidados e ausência de registros dos cuidados que foram realizados como garante a própria equipe ao relatar a segurança, a organização das informações e intervenções que devem ser realizadas nos pacientes. Quanto à redução do tempo para o registro e checagem pode estar diretamente ligada a incredulidade do profissional perante a prescrição, uma vez que, mediante um cuidado devidamente prescrito e checado não há necessidade de reescrevê-lo no impresso. As observações devem ser feitas em impresso próprio, o que não é a finalidade de uma prescrição de enfermagem.

Para Kron e Gray (1994), qualquer mudança proposta desperta significados e ameaças diferentes para cada pessoa e desenvolve uma sensação de ansiedade ou medo como receio de aprender novas técnicas, de ser solicitado a produzir mais seja quantitativa ou qualitativamente. O que pode gerar atitudes de resistência.

Importante reconhecer que a incompatibilidade por vezes encontrada entre o cuidado prescrito e a necessidade do paciente está diretamente relacionada à necessidade de maior aprendizado por parte do enfermeiro no planejamento dos cuidados. Nanda (2010, p.33) considera que “as decisões são muito complexas na enfermagem e o uso do julgamento clínico deve ser contínuo de aprendizagem, toda decisão formada por um enfermeiro tem relação com o contexto da situação inclusive da experiência.” Deste modo, a prática diária, o estudo e a utilização de um processo de trabalho com base científica como a SAE permite que se avalie, audite e revise dissonâncias dos procedimentos.

Os recursos materiais e humanos refletem na eficácia e na qualidade da assistência à saúde, sendo também fator de conflito entre os profissionais de saúde. A demanda de atendimento, a necessidade cada vez mais complexa dos pacientes, tem imprimido sobrecarga de trabalho aos integrantes da equipe de enfermagem, podendo influenciar e dificultar a implantação de qualquer medida que favoreça a qualidade da assistência prestada afirmam Gaidzinski, Fugulin e Castilho (2005). Amante, Rossetto e Schneider (2009)¹⁶ completam que a UTI ao tratar de pacientes em estado crítico, requer infra- estrutura própria, recursos materiais específicos e recursos humanos específicos especializados. Entendem que, a aplicação da SAE é condição primordial para uma assistência de enfermagem adequada e

¹⁶ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100007&lng=en&nrm=iso

individualizada, mas, esta deve esta de acordo com a possibilidade da instituição como horas de serviço. Mas, reconhecem que por se tratar de uma UTI onde os pacientes necessitam de maiores cuidados isso se torna mais complexo. Esta complexidade de necessidades que envolvem o cuidado e o cuidador foi retratada pela equipe de enfermagem ao ser questionada sobre a disponibilidade de recursos materiais e humanos para o adequado desenvolvimento da SAE: para 35,7% foram insuficientes; 28,57% afirmaram que são suficientes, 28,58% relataram que por vezes há dificuldades, mas não impede a realização do processo e 7,14% não souberam opinar alegando que o processo ainda esta em fase de adaptação.

Quando questionados se os diagnósticos de enfermagem orientaram na escolha das prescrições produzindo efeitos desejados ao tratamento a resposta foi positiva por parte dos enfermeiros que ressaltaram ainda, que, além disso, orientaram como e quando tomar a melhor decisão permitindo conduzir com melhor realismo as condutas, sendo estas fidedignas à realidade do paciente. Confirmando a colocação de Oliveira, Paula e Freitas (2007) ao relatar que através desse processo os profissionais da área organizam e determinam as intervenções que possam atender às necessidades dos pacientes.

Ao correlacionarem se os diagnósticos refletem os problemas encontrados na coleta de dados relataram que sim, mas é de extrema importância não haver déficit de informações no passômetro, pois isso dificulta o fechamento de alguns diagnósticos consequentemente das prescrições. Os diagnósticos não identificados: Déficit de autocuidado para banho (NANDA 2009/2011) e Risco de síndrome do desuso (NANDA, 2010), foram acrescentados. O diagnóstico Ansiedade (NANDA, 2010) faltava fatores relacionados sendo realizadas as devidas adequações.

Ao referenciarem se as prescrições de enfermagem atenderam todas as metas esperadas (plano de condutas/plano assistencial), os enfermeiros relataram que alguns cuidados não foram descritos, sendo necessário acrescentar no plano de condutas. Provavelmente isso ocorreu porque durante a coleta de dados, observamos que faltavam informações em alguns passômetro. No entanto, durante as sessões teórico-práticas ocorreu uma revisão e padronização dos dados a serem informados no passômetro, sendo visível como a pratica do raciocínio lógico fez com que reconhecessem a ausência de alguns indícios que proporcionam dados para novos diagnósticos. Além disto, dentre os pacientes atendidos pode haver casos em que os cuidados não correspondem ao tipo de tratamento necessário, nestes casos o enfermeiro deverá acrescentá-lo em sua prescrição. É preciso compreender que SAE é dinâmica e que a confecção dos impressos de diagnósticos e prescrições de enfermagem foi

uma iniciativa necessária para facilitar o processo, mas nunca dará conta de atender integralmente a todas as demandas.

5 Considerações finais

A utilização do passômetro como instrumento de coleta de dados facilitou significativamente para o fechamento da SAE. Através de sua análise, os indícios necessários para o fechamento dos diagnósticos foram identificados, mas, reconhecemos que por vezes faltavam informações ou estavam incompletas. A SAE se faz através do desenvolvimento de todas as fases do PE, e como processo as partes se relacionam, sendo de extrema importância uma coleta de dados fidedigna.

A confecção dos diagnósticos e prescrições de enfermagem foi uma iniciativa necessária para facilitar o processo, a SAE é refeita a cada 12 horas devido a praticidade do passômetro que é refeito pelo enfermeiro ao final de cada plantão. Mas, nenhum método será capaz de na sua totalidade meramente teórica de atender a demanda de complexidade que envolve o cuidado humano.

Ao implantar os diagnósticos e as prescrições no setor percebemos nos profissionais dificuldades em saber o que é a SAE, suas fases, sua aplicabilidade e o processo educativo e continuado foi e será necessário para que o resultado final do processo seja satisfatório para fazer profissional e o cuidado do paciente.

A realização deste estudo exigiu-nos o desenvolvimento de novas competências, tanto na busca de dados relevantes para o cuidado de enfermagem, bem como, o raciocínio lógico para montagem de diagnósticos de enfermagem. Completou, mas, também, evidenciou a grande lacuna existente entre o mundo real e o mundo acadêmico. Na confecção das prescrições os livros revistas e banco de dados serviram de base para criação das mesmas, mas, foi preciso adequá-las a realidade atentando-se ao que era ideal e ao mesmo tempo possível. Evidenciando que a teoria não difere da prática, mas, é por ela modelado em mão dupla.

De outro modo, a SAE, ao ser desenvolvida gera um sistema de informações que viabilizam a integração do conhecimento técnico, administrativo e científico; proporcionando maior capacidade de pesquisa, auditoria, avaliação, controle e qualidade do cuidado em enfermagem. Sendo ainda, um instrumento facilitador para documentação clara, precisa e segura do paciente.

PASSÔMETRO OF USE AS A TOOL FOR DATA COLLECTION TO IMPLEMENTATION OF NURSING CARE SYSTEM (NCS) IN AN INTENSIVE CARE UNIT

Abstract

(The nursing process (PE) method to systematize nursing care (SAE) consists of: historical (data collection and physical examination), diagnosis, care plan, prescription, evolution and prognosis of nursing. In the study by Meir (2010), in the Adult Intensive Care Unit (ICU Adult) of the Santa Casa de Misericórdia de Barbacena (SCMB), it was observed that data collection could be done through the passômetro. This instrument, completed by a clinical nurse, brings together clinical data, complications and interventions in the patient on duty. Through it is described the plan of care, unable to cook the nursing prescription. Hence, the need to standardize models of prescriptions, obtaining adequate records of the phases of the nursing process, proving the exercise of the Adult ICU SAE SCMB. Therefore, we developed an extension project, justified by the possibility of making nursing prescriptions, and through scholarship intervene and transform the reality experienced. The aim was to analyze the passômetros March 2010 to February 2011, to identify the nursing diagnoses according to NANDA (2010), referencing them to the most prevalent diseases in the unit (multiple trauma, neurological surgery, acute respiratory failure) and designing nursing prescriptions to be used in this service. We sought to further evaluate the efficiency and effectiveness of diagnoses and prescriptions and their effects on patient care, through a pilot study and a questionnaire for the nursing staff. We conclude that the passômetro significantly facilitated the closing of the SAE. , A guaranteed service planned, safe and with better results nursing.

Keywords: Nursing process. Nursing care plans. Intensive care unit.

Referências

- ANDRADE, Joseilze Santos de; VIEIRA, Maria Jésia. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 3, jun. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 fev. 2011.
- AMANTE, Lúcia Nazareth; ROSSETTO, Annelise Paula; SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n.1, mar. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2010.
- BITTAR, Daniela Borges; PEREIRA, Lilian Varanda; LEMOS, Rejane Cussi Assunção. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.15, n.4, out./dez. 2006. p.617-28. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a10.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2011.

BRANDALIZE, Daniele Laís; KALINOWSKI, Carmen Elizabeth. Processo de enfermagem: vivência na implantação da fase de diagnóstico. **Cogitare Enferm.** v.10, n.3, set./ dez. 2005. p.53-57. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/5374/3959>>. Acesso em: 05 fev. 2011.

CAVALCANTI, Ana Carla Dantas; CORREIA, Dayse Mary Silva; QUELUCI, Gisella Carvalho. A implantação da consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca. **Rev. Eletr. Enf.** v.11, n.1, 2009. p.194-9. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a25.htm>>. Acesso em: 29 maio 2011.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n.358 de 15 out. 2009.** Brasília. p. 179. 23 out. 2009. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>>. Acesso em: 13 mar. 2011.

CUNHA, Sandra Maria Botelho da; BARROS, Alba Lúcia Botura Leite. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 5, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 fev. 2011.

GAIDZINSKI, Raquel Rapone; FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; CASTILHO, Valéria. Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Instituições de Saúde. *In: KURCGANT. (Org.). Gerenciamento em Enfermagem.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 125-137. v.1

KRON, Thora; GRAY, Anne. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente:** colocando em ação as habilidades de liderança. 6 ed. Rio de Janeiro: Interlivros,1994.

NANDA INTERNACIONAL . **Diagnósticos de enfermagem da Nanda:** Definições e classificações 2007-2008. Porto Alegre: Artmed, 2008.

_____. **Diagnósticos de enfermagem da Nanda:** Definições e classificações 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MEIRA, Maria Amélia. Descobrir maneiras de implementar o processo de enfermagem numa Unidade de Terapia Intensiva: Relato de experiência. *In: Congresso Brasileiro de Qualidade em Enfermagem.* São Paulo, 2010.

OLIVEIRA, Marcela Lino de; PAULA, Tais Romano de; FREITAS, João Batista de. Evolução histórica da assistência de enfermagem. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v.6, n.1,, 2007. p.127-136. Disponível em: <http://www.uninove.br/PDFs/Publicacoes/conscientiae_saude/csaude_v6n1/cnsv6n1_3m18.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2011.

SPERANDIO, Dircelene Jussara; EVORA, Yolanda Dora Martinez. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Fev. 2011.

TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **Sistematização da assistência de enfermagem: Guia prático.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Anexo b – Modelo de artigo científico elaborado através de revisão da literatura

REFLEXÕES DA ENFERMAGEM SOBRE A MORTE E O MORRER NA ONCOLOGIA

Adriana Aparecida de Souza*, Layane Cristinni Vargas de Almeida*, Wanderléia da Consolação Paiva**

Resumo

A morte e o morrer são duas situações difíceis de encarar na prática de profissionais de saúde. A enfermagem oncológica lida com estes acontecimentos a todo momento em função do tipo de tratamento indicado para o paciente e em função da sua possibilidade de morte. O presente artigo de revisão bibliográfica objetiva refletir sobre a atuação e as estratégias de enfrentamento diante do processo morte e morrer por enfermeiros que cuidam de pacientes em tratamento oncológico. Apontamos os processos de morrer nos tratamentos para o paciente e as dificuldades para falar ou tratar sobre a temática que vem desde o momento da graduação. Enfatizamos as atitudes defensivas do profissional de enfermagem frente ao processo do morrer e a morte do paciente internado. Demonstramos a importância do processo de educação para a morte que tem como finalidade capacitar o profissional de saúde para a atuação e planejamento de cuidados ao paciente em processo terminal bem como para sua própria preparação. Conclui-se que o enfermeiro é preparado para cuidar e promover vida e saúde e os processos do morrer e a morte são duas condições que são contrárias a todo o seu preparo acadêmico. Tal fato, juntamente às angústias existenciais de cada um frente à finitude, nos impede de enxergar a morte como um processo esperado e inevitável.

Palavras-chave: Oncologia. Morte. Educação para a morte.

1 Introdução

A morte é um dos fenômenos existenciais mais complexos, universais e sofríveis para o ser humano. Por isso sua discussão muitas vezes é evitada, negada e postergada. Especialmente nas ciências da saúde, por uma sucessão de perdas e mortes, os profissionais se abstêm de falar sobre o assunto.

Uma das enfermidades mais associadas à questão da morte no cotidiano social é o câncer. No Brasil, está sempre incluído de forma significativa nas taxas de mortalidade, ocupando posição de destaque no quadro sanitário nacional (BRASIL, 2005).¹

Apesar do diagnóstico e tratamento avançados da doença, a mortalidade em decorrência da

*Acadêmicas do 8º período do Curso de Enfermagem da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC Barbacena - MG - E-mail: adri-mr@hotmail.com e layanevalmeida@hotmail.com

** Professora Orientadora. Mestre em Psicologia pela UFSJ. Professora de Psicologia e Metodologia de Pesquisa do Curso de Enfermagem da UNIPAC/Barbacena. E-mail: wanderleiapaiva@yahoo.com.br

¹ <http://www.saude.gov.br>

mesma ainda é preocupante no setor oncológico. Este setor é novo e desconhecido para pacientes com diagnóstico recente. Os mesmos após terem o seu diagnóstico revelado e tratamento iniciado, podem apresentar comportamentos de difícil aceitação da doença, como o “luto antecipado”, onde o mesmo pode-se apresentar sem expectativas para cura (VIERO *et al.*, 2012).²

O morrer é um processo que está pontuado por diversas mortes ao longo da vida. Em uma doença grave, como o câncer, as diversas perdas, o órgão retirado, o cabelo que cai, a perda da vitalidade, a falta de apetite, dentre outras tantas, remetem o paciente e também a equipe de enfermagem oncológica a lidar com a morte e o morrer seja de forma simbólica ou real.

Esta condição traz uma responsabilidade para as escolas de formação de enfermeiros uma vez que sabemos que no período da graduação o tema morte e morrer é limitado à explicação técnica, gerando dúvidas frente à preparação do futuro enfermeiro em lidar com o processo de morte de seu paciente “terminal” (KOVÁCS, 2008)³.

Nota-se uma carência de conhecimento sobre a temática, gerando assim uma lacuna diante do ensino proporcionado aos enfermeiros, colocando-os frente à assistência prestada somente com o saber técnico. Acreditamos que tal despreparo possa ocasionar a não reflexão sobre o tema bem como a adoção de atitudes defensivas que impeçam o profissional de enfrentar a morte de modo saudável e natural.

O presente artigo visa problematizar sobre a forma como os enfermeiros lidam com a morte e o morrer e tem como objetivo refletir sobre a atuação e as estratégias de enfrentamento diante do processo morte e morrer por enfermeiros que cuidam de pacientes em tratamento oncológico.

Diante destes objetivos realizamos uma revisão bibliográfica apontando para autoras que trabalham com a temática inseridos em laboratórios e núcleos de estudos sobre a morte e o luto como Maria Júlia Kovács, do Laboratório de Estudos Sobre a Morte, da Universidade de São Paulo e Magali Roseira Boemer, enfermeira e professora associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Além destas autoras que são referências para esta discussão, trouxemos contribuições de livros e artigos retirados de bases de dados como *Scielo* (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em

² <http://www.unifra.br/eventos/jornadadeenfermagem/trabalhos/3978.pdf>

³ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000300004

Ciências da Saúde) e BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde). Para essa pesquisa utilizamos os seguintes descritores: tanatologia, oncologia, cuidados paliativos e educação para a morte.

2 Oncologia e terminalidade

O câncer sempre foi e é assustador para aqueles que acabam de receber o diagnóstico, principalmente porque as pessoas fazem uma ligação entre esta patologia e a morte. O indício de que quem tem câncer está condenado à morte vem de tempos atrás, trazendo consigo uma grande carga emocional para as pessoas de uma determinada comunidade (GONÇALVES, 2007).⁴

Tal patologia se desenvolve quando um grupo de células sofre modificações em seu material genético e passa a apresentar crescimento e multiplicação desordenados. Embora o câncer tenha tratamento ainda é grande a incidência de mortes interligada a esta doença (GONÇALVES, 2007).⁵

Atualmente, poucas são as neoplasias malignas tratadas com apenas uma modalidade terapêutica no setor oncológico. Existem três formas de tratamento da patologia, onde se encontram a cirurgia, radioterapia e quimioterapia. As mesmas são utilizadas em conjunto no tratamento das neoplasias malignas, variando apenas quanto à importância de cada uma e a ordem de sua indicação (BRASIL, 2010)⁶.

Quanto à cirurgia, considerada o método mais antigo de tratamento, ela é indicada quando o tumor está em estágio inicial e em condições de ser retirado.

Outra circunstância cirúrgica refere-se aos pacientes que não obtiveram resultados satisfatórios diante de vários tratamentos que terão que se submeter à retirada de órgãos e tecidos onde ocorreu a metástase. Durante este processo o paciente manifestará diversas reações emocionais, tais como ansiedade, medo da morte, insegurança quanto a imagem corporal e diminuição significativa da auto-estima, ainda poderão ser encontrados receios de não aceitação, medo do abandono e rejeição tanto do paciente como do familiar. Portanto, é de extrema importância que a enfermagem e a equipe multidisciplinar tenham como sua essência assistir o paciente em sua totalidade, onde será necessário vê-lo como um todo, observando sempre juntamente com a família a relação mente e corpo (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).⁷

⁴ <http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0584-T.pdf>

⁵ *ibidem*

⁶ http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Oncologia_2010.pdf

⁷ http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a13.pdf

A quimioterapia é a forma de tratamento sistêmico do câncer que usa medicamentos denominados genericamente de “quimioterápicos” que são administrados continuamente ou a intervalos regulares, que variam de acordo com os esquemas terapêuticos. Os quimioterápicos terapêuticos podem ser administrados por dia, semana e quinzena. Quando se completa a sua administração, diz-se que se aplicou um ciclo (BRASIL, 2010).⁸

Frente a tais tratamentos os pacientes e profissionais da saúde se deparam com o processo das “pequenas mortes” que acontecerá ao longo do tratamento quimioterápico, uma vez que o mesmo, por ser um tratamento sistêmico e geralmente longo, traz uma série de eventos adversos para o paciente, que remetem-no e também a equipe de enfermagem oncológica a lidar com a morte e o morrer seja de forma simbólica ou real (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).⁹

Uma das principais reações da quimioterapia é a queda de cabelo e pêlos que poderá afetar o corpo todo sendo a mais comum a alopecia. Esta situação poderá ser observada entre 7 a 10 dias após a primeira sessão, podendo a mesma ficar mais acentuada após o paciente já ter passado por alguns ciclos da medicação utilizada. Algumas semanas após a interrupção do tratamento, o cabelo voltará a crescer e poderá nascer com outra cor ou textura, podem fazer com o que o paciente reaja positivamente e para isso, será fundamental a intervenção dos profissionais de saúde e de uma equipe multidisciplinar para que este momento novo para o mesmo seja tranquilizador (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).¹⁰

A falta de apetite também é bastante frequente no paciente em tratamento, o evento acontece principalmente devido as alterações metabólicas, tais fatores como a falta ou redução das atividades físicas, náusea, vômitos, dor ou ainda alterações no estado psicológico podem contribuir para a piora do estado do mesmo. Durante tal evento os profissionais de saúde devem promover algumas condições que envolvam a alimentação do paciente, distraindo-o na hora da alimentação, oferecendo pequenas quantidades de comida durante o dia, enriquecendo a dieta com alimentos variados e fazendo deste momento uma situação tranquila e confortável para ambos (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).¹¹

A perda da vitalidade entra como uma das alterações mais frequentes e desagradáveis associadas ao câncer e seu tratamento. A sensação costuma ser descrita pela maioria dos pacientes como um estado constante de letargia e fraqueza, falta de ânimo e energia, cansaço, indisposição e sonolência. A família e os profissionais de saúde podem ajudar o paciente a

⁸ http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Oncologia_2010.pdf

⁹ http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a13.pdf

¹⁰ *ibidem*

¹¹ http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a13.pdf

redefinir suas prioridades e flexibilizar os prazos para a realização das atividades diárias do mesmo, levando sempre em conta suas condições físicas e reservar o período em que o paciente costuma estar mais disposto para executá-las e fazendo sempre com que o mesmo se mantenha socialmente ativo (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).¹²

Diante dos efeitos adversos causados pelo tratamento ainda se encontram problemas de pele que poderão ir desde a *secura* até *vermelhidão*, ao longo deste período os riscos de queimaduras solares e escurecimento cutâneo aumentam, podendo ainda ocasionar diversas lesões no paciente como o extravasamento de quimioterapia onde acontecerá a infiltração ou escape de drogas da veia para a pele, provocando ferimentos no local. Condição parecida pode ser observada nas sessões de radioterapia, denominada de *radiodermite* ou *radiodermatite*, que são as lesões cutâneas resultantes de excesso de exposição à radiação ionizante, que geralmente se manifesta após uma ou duas semanas de tratamento. Dentre outras tantas lesões cutâneas, ainda poderão ocorrer a *úlcera* por pressão e o *prurido* (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).¹³

O período do tratamento do câncer é sem dúvida muito difícil de ser transposto e traz vários efeitos colaterais e incertezas. Onde será comum vermos pacientes dispostos a procurarem e aceitarem o tratamento ou simplesmente se entregarem ao processo de terminalidade, que afeta não somente o paciente como a equipe de saúde (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).¹⁴

A conceituação de terminalidade não é algo fácil de ser estabelecido, pois nos deparamos com diversas avaliações e conceitos gerados por diferentes profissionais da área da saúde. Observamos que a dificuldade maior está em objetivar este momento e não em reconhecê-lo. A terminalidade é quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde e a morte parece próxima e inevitável para o paciente oncológico (MARENGO; FLÁVIO; SILVA, 2009)¹⁵.

O conceito de terminalidade é um conceito relativo, já que todos nós temos a morte como fim do nosso processo de desenvolvimento. A questão de temporalidade é relativa, pois, ao dizermos que um idoso ou um paciente com doença grave está mais próximo da morte, este fato é constantemente contrariado, visto que, muitas vezes, pessoas saudáveis ou mais jovens morrem mais cedo do que aqueles que já estão “marcados para morrer” (KOVÁCS, 2008, p. 195).¹⁶

¹² *ibidem*

¹³ *ibidem*

¹⁴ *ibidem*

¹⁵ http://www.fmrp.usp.br/revista/2009/vol42n3/REV_Terminalidade_de_Vida.pdf

¹⁶ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000300004

No processo da terminalidade deve-se levar em conta não a quantidade de vida que resta ao paciente com câncer, e sim a qualidade de vida. Pois atualmente, observa-se que com o avanço da tecnologia, há o prolongamento artificial do processo de morte, onde o paciente vai sendo mantido mesmo sem perspectiva de cura ou melhora. Diante do processo de tratamento e terminalidade do paciente, ele ainda se apresenta esperançoso, e é durante esse estágio de esperança que o mesmo compreende que tudo tem um sentido e o faz enfrentar o tratamento e a doença (COMBINATO; QUEIROZ, 2006)¹⁷.

No entanto, para que o paciente possa viver os dias que lhe restam e morrer com dignidade faz-se necessário a garantia de que este continue sendo assistido. Com isso sugerimos a inclusão dos cuidados paliativos que traduzem uma prática humanizada junto aos pacientes (JUNIOR; ELTINK, 2011)¹⁸.

Os cuidados paliativos são tipos especiais de cuidados destinados a proporcionar bem-estar, conforto e suporte aos pacientes e seus familiares nas fases finais de uma enfermidade terminal.

Para Boemer (2009)¹⁹, a humanização deve estar presente em todas as fases do processo de atendimento ao paciente em seu processo de finitude desde sua entrada no atendimento primário.

[...] a forma mais (ou menos) humanizada de assistir a pessoa, cuidando dela em seu processo de terminalidade, interliga-se a forma como vem sendo o seu cuidar desde esse momento. Nesse sentido, poderemos ter, diante de nós, uma pessoa fora de possibilidades terapêuticas, mais fragilizada ou fortalecida, segundo o que ela tem recebido em termos de humanização (BOEMER, 2009, p.500).²⁰

O essencial no processo de cuidar do paciente terminal está no respeito a sua singularidade, por isso é de extrema importância a possibilidade de autonomia do paciente em poder intervir nas decisões no processo de saúde/doença, principalmente se tratando dos seus últimos dias de vida, que devem ser com qualidade, dignidade e menor sofrimento possível (FLORIANI; SCHRAMM, 2008)²¹.

3 A morte para a enfermagem

¹⁷ http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-294x2006000200010&scrip=sci_arttext

¹⁸ http://www.unip.br/comunicação/publicacoes/ics/edicoes/2011/03_jul-7/v29_n3_2011_p176-182.pdf

¹⁹ <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/12444.pdf>

²⁰ *ibidem*

²¹ <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/08.pdf>

Logo após o nascimento encontramos sujeitos ao processo de morte. O nascer e o morrer fazem parte e atuam na natureza de todos os seres humanos. À medida que o tempo passa, observa-se que nenhum ser vivo é imortal, a única certeza que temos na vida e diante da mesma é a morte. São várias as definições para a morte, mas comparando os referenciais teóricos existentes evidencia-se que todos se assemelham, caracterizando-a pela parada das funções vitais e a separação do corpo e da alma (BERNIERI; HIRDES, 2007)²².

No ambiente hospitalar, em especial no setor de oncologia, é de extrema importância que haja a discussão do tema morte e morrer entre a equipe de enfermagem, afinal, a morte acompanha o ser humano em todo o seu ciclo de vida, faz parte do desenvolvimento do indivíduo, no entanto deixa marcas profundas (KOVÁCS, 2008).²³

O profissional enfermeiro está exposto a diversas situações de terminalidade na área da saúde, mas sem dúvidas abordar a morte frente a profissão é a mais dura realidade, pois apesar de seus esforços, alguns de seus pacientes acabam falecendo. Os sentimentos de angústia que os profissionais enfermeiros sentem “diante de” e de “medo por” merecem e devem ter uma atenção especial (VIERO *et al.*, 2012).²⁴

As reações e as percepções que os profissionais apresentam diante da vida e da morte estão relacionadas com o tipo de educação e preparo que receberam, as experiências vivenciadas e com tudo o contexto sociocultural onde cresceram e se desenvolveram. À medida que os profissionais descobrem e se conhecem finitos, passam a compreender melhor a finitude do paciente (BERNIERI; HIRDES, 2007).²⁵

O evento abordado frente ao profissional o faz traduzir, pensar e sentir a morte em um sentido que pode ser absoluto e definitivo. Onde a morte é representada pelo pavor e pela necessidade imperativa e quase ritualizada de negação (MARENGO; FLÁVIO; SILVA, 2009).²⁶

Na oncologia, observamos que a enfermagem sempre está próxima nos momentos difíceis, tornando-se referência ao paciente e a família, sendo procurada sempre que necessitam de esclarecimentos e apoio. Assim o profissional tem que saber lidar com o sofrimento, com os temores e a angústia que podem surgir em variadas as situações que envolve a prática do cuidar. A prestação da assistência para ser considerada de forma positiva, exige que o enfermeiro saiba sobre o conhecimento da patologia e, sobretudo, que tenha

²² http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100011&lng=en&nrm=iso

²³ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000300004

²⁴ <http://www.unifra.br/eventos/jornadadeenfermagem/trabalhos/3978.pdf>

²⁵ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100011&lng=en&nrm=iso

²⁶ http://www.fmrp.usp.br/revista/2009/vol42n3/REV_Terminalidade_de_Vida.pdf

habilidade para lidar com os sentimentos dos outros e com as próprias emoções frente ao doente em processo de morte (SOUSA *et al.*, 2009)²⁷.

Estudos evidenciam que a família é considerada primordial, quando relacionada às questões que envolvem o processo de morte e morrer em pacientes terminais, sendo fundamental o suporte por parte da equipe de enfermagem. Se os profissionais não levarem em conta a família deste paciente, a assistência prestada não será eficiente, pois os membros da família assim como o paciente estão vivenciando um estágio de adaptação nesta nova situação (BERNIERI; HIRDES, 2007).²⁸

Quando o profissional não possui conhecimento adequado/suficiente pode vir a gerar um distanciamento do paciente como uma forma de proteção, isso pode ocorrer pelo fato do mesmo não estar pronto para saber lidar frente a situação a qual se encontra exposto (SOUZA *et al.*, 2009).²⁹ O fato de negar a morte seria uma forma de não estar em contato com experiências que causam dor e frustrações entre os profissionais. Essa negação faz com que os mesmos permaneçam em um mundo de ilusão e imortalidade (KOVÁCS, 2008).³⁰

Existem fatores individuais que podem dificultar o entendimento e o enfrentamento deste profissional sobre o processo da morte e do morrer dos pacientes assistidos, tais fatores podem estar ligados a experiências que o indivíduo teve com a morte de pessoas muito próximas, como fatores religiosos e até mesmo como esta religiosidade é vivida e com os sentimentos que ele mesmo possa a vir experimentar ante a expectativa da sua própria morte (BERNIERI; HIRDES, 2007).³¹

As reações psicológicas do enfermeiro acima destacadas podem ser observadas no cotidiano da prática da enfermagem oncológica. Conforme já salientamos, a morte e o morrer se fazem presentes durante todo o tratamento do paciente com câncer e desperta no profissional que o assiste uma série de sentimentos intensos e contraditórios que remetem a mecanismos de defesa do ego que auxiliam na diminuição da sua angústia.

4 Educação para a morte

Os autores especializados na área da tanatologia tem orientado os profissionais para o ‘educar para a morte’, isso adquire uma grande importância quando pode-se considerar a

²⁷ http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000100005&script=sci_arttext

²⁸ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100011&lng=en&nrm=iso

²⁹ http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000100005&script=sci_arttext

³⁰ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000300004

³¹ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100011&lng=en&nrm=iso

clientela representada pelos profissionais da área da saúde (BOEMER *et al.*, 1992)³². De acordo com Kovács (2008)³³ a compreensão da morte como um fenômeno em que se está exposto diariamente (presenciando, ou tentando lutar contra) e com o qual se deveria saber lidar, se encontra ausente da maioria dos currículos acadêmicos.

A educação para a morte tem sido tomada como uma tarefa a ser realizada, e quando a representamos como tarefa, damos-lhe o significado de instrução. Instrução e educação são fenômenos que não tem nada haver entre si. Instruir tem como definição ensinar, informar e esclarecer, já a palavra educar que vem do latim *ex-ducere* quer dizer “conduzir” (BOEMER *et al.*, 1992).³⁴

Com base nesse ensinar e conduzir, é que se buscou uma forma de conduzir enfermeiros num processo de educação para a morte, ainda que em condições limitadas às estruturas inerentes à educação em sua forma pública, como é o caso do ensino em uma universidade (BOEMER *et al.*, 1992).³⁵

Nas universidades na grande maioria das vezes não há o preparo do estudante para a dura rotina dos hospitais, local onde se vivencia constantemente com o sofrimento alheio (SOUZA *et al.*, 2009).³⁶

Durante as vivências acadêmicas o professor sequer aborda o tema morte com o aluno, tentando assim preservar os mesmos do “morrer do paciente”. Juntamente com isso, a formação do profissional enfermeiro se torna direcionada para a promoção, recuperação e preservação da vida, deixando-os conseqüentemente despreparados para enfrentamentos perante à morte (OLIVEIRA *et al.*, 2011)³⁷.

Boemer *et al.* (1992),³⁸ julgam ser de extrema importância o educar para a morte e uma educação para enfermeiros assistenciais por entender que os mesmos exercem suas funções em instituições hospitalares, onde a morte se faz bastante presente levando-os a cotidianamente a interagir com situações da morte, com o morrer e sofrimento.

A questão da morte e do morrer atinge a todos, mas aos profissionais de saúde que atuam em ambiente hospitalar atinge de forma mais acentuada, pois, além de se preocupar com a sua ou com a morte dos seus entes queridos, ela é também um desafio que faz parte de seu cotidiano profissional (GURGEL; MOCHEL; MIRANDA, 2010, p.61).³⁹

³² <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/12444.pdf>

³³ http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000300004

³⁴ <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/12444.pdf>

³⁵ *ibidem*

³⁶ http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000100005&script=sci_arttext

³⁷ <http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/viewArticle/1996>

³⁸ <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/12444.pdf>

³⁹ <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/viewFile/247/188>

De acordo com estes autores, nota-se que a falta de conhecimento para lidar com a morte do paciente oncológico torna-se ainda mais difícil frente a questão da morte e do morrer. Quando não estamos preparados para lidar com a mesma geramos comportamentos pelos quais não sabemos emitir. É de extrema importância que o profissional de enfermagem possa vivenciar a morte, sendo que para ele seria importante acompanhar a mesma desde a formação acadêmica, para que assim ele comece à ter a prática do luto (GURGEL; MOCHEL; MIRANDA, 2010)⁴⁰. Com isso o enfermeiro deixa de assumir uma postura terapêutica diante dessas situações, é muito raro encontrar profissionais nos hospitais que seja capaz de conversar com os pacientes e com a família vendo suas necessidades psicológicas e principalmente nos casos que antecedem o morrer propriamente dito (SOUZA *et al.*, 2009).⁴¹

Comparando os referenciais teóricos existentes nota-se que se o medo da morte não estiver presente constantemente na atividade dos profissionais da área da saúde os mesmos não realizariam os seus projetos e sonhos. Atualmente o que mais se ouve é que nas instituições de saúde e de educação os profissionais não foram preparados para lidar com a morte, como é possível que os cursos da área da saúde dentre quais se encontra a enfermagem e outros não tenham disciplinas que abordem e discutam o tema (KOVÁCS, 2008).⁴²

Como atuação de uma educação para a morte e o morrer, de uma proposta pedagógica direcionada a enfermeiros assistenciais Boemer *et al.* (1992)⁴³ planejou nos anos de 1987 e 1988 um curso de aperfeiçoamento sobre o tema da morte na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, onde viessem e pudessem ser discutidas situações envolvendo a morte enquanto objeto de reflexões. O curso foi planejado para uma carga horária de 90 horas com variadas propostas, entre quais se apresentava situar o tema da morte nas diversas sociedades e em particular na sociedade brasileira; discutir o conceito de morte em termos do desenvolvimento humano; discutir e refletir sobre o envolvimento do enfermeiro assistencial com a morte e o morrer dos pacientes e com os familiares destes e possibilitar a morte e o morrer destes.

Antes do início do curso procurou-se determinar a razão que levava cada um dos inscritos a procura-lo. Obtiveram-se depoimentos individuais por escritos onde pode-se analisar e pautar observações feitas por alunos que mencionaram que foi o próprio tema que despertou seu interesse, pois sua experiência já demonstrara ser mesmo difícil de encarar,

⁴⁰ *ibidem*

⁴¹ http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000100005&script=sci_arttext

⁴² http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000300004

⁴³ <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/12444.pdf>

sobre o qual evitam falar e cuja abordagem se reveste de grandes dificuldades; mencionaram ainda o seu lidar diário com situações de morte como razão para buscar o curso, sendo que os mesmo afirmaram que o cotidiano gera ansiedade e cria a sensação de “não saber o que fazer”; manifestaram a expectativa de que o curso lhes ofereça oportunidade de trabalhar em si mesmos para encontrar a maneira de encarar e atuar diante da morte na sua atuação cotidiano e ajudar os pacientes e familiares deste em seu processo de morrendo (BOEMER *et al.*, 1992).⁴⁴

Ao terminar o curso, procurou-se ouvir a opinião dos alunos sobre o que o mesmo significara para cada um deles por parecer ser essa uma forma de avaliação adequada, dado o enfoque educacional proposto e o tema do curso. A intenção não foi mensurar os conhecimentos adquiridos, mas avaliar o curso enquanto proposta de condução, enquanto oportunidade para educar para a morte (BOEMER *et al.*, 1992, p.439).⁴⁵

Os depoimentos dos alunos revelaram que para os mesmos a experiência foi uma oportunidade de adquirir novos conhecimentos, aprofundar-se em um tema inquietante, compartilhar experiências, trabalhar em si mesmo o significado pessoal da morte, elaborar planos de trabalho com a equipe de enfermagem (reuniões, palestras), falar com o tema com mais naturalidade, uma abertura para a compreensão e não tanto para um “preparo” e novos horizontes para lidar com os familiares. Comparando-se o que os profissionais de saúde esperavam do curso com o que relataram dele, constata-se que as expectativas foram atendidas (BOEMER *et al.*, 1992).⁴⁶

É de extrema importância ressaltar a preocupação dos enfermeiros sobre a necessidade de se educar para lidar com a questão da morte frente/com os familiares dos pacientes e com os demais membros da equipe de enfermagem ao citarem os motivos que os levaram a se inscrever e realizar o curso. Durante o curso os enfermeiros puderam perceber que há algumas áreas que oferece maior dificuldade no lidar com a morte, por amparar pessoas que aos olhos dos mesmos, vivenciam sua terminalidade de uma forma particularmente dolorosa (BOEMER *et al.*, 1992).⁴⁷

Dessa forma, nota-se que algumas unidades necessitam de uma maior atenção aos profissionais que nela atuam, permitindo formas alternativas de alívio para tal situação que sem dúvidas é particularmente difícil. As universidades, escolas e os serviços de enfermagem necessitam estar mais atentas para tais áreas como a oncologia que leva tais profissionais a

⁴⁴ *ibidem*

⁴⁵ *ibidem*

⁴⁶ <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/12444.pdf>

⁴⁷ *ibidem*

pensar na própria morte a partir do morrer e da morte do outro. Frente as discussões realizadas durante o curso outra questão que se necessita mencionar é onde ao lidar com situações de morte os profissionais de enfermagem eram levados a pensar no paciente que recebe a assistência de enfermagem e a maneira como essa assistência é dada. Nota-se que a forma como se exerce a assistência expressa na maneira como se observa o paciente ao qual o cuidado é prestado (BOEMER *et al.*, 1992).⁴⁸

Pode-se dizer por fim, que a experiência de estar educando para a morte é uma contribuição à dimensão pedagógica do tema na medida em que se mostra ser possível conduzir educandos da área da saúde por áreas até o momento desconhecidas do seu pensar e atuar, permitindo um novo olhar de compreensão e atuação no processo de morte e morrer (BOEMER *et al.*, 1992).⁴⁹

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre a morte e o processo de morrer não é uma tarefa simples visto que o ser humano não está preparado para lidar com a sua finitude. Para os enfermeiros, esta reflexão torna-se ainda mais evitada em função da preparação destes profissionais para o cuidado, para a possibilidade de cura e para a comemoração da alta hospitalar do paciente.

Ao pensarmos na atuação do enfermeiro na oncologia compreendemos, diante do exposto, sobre suas reações emocionais frente à morte e morrer bem como o uso de mecanismos de defesa do ego como a racionalização para lidar com a dura realidade de perdas que acontecem com os pacientes e nas relações destes com os profissionais.

Entendemos que faz-se importante, desde a formação da graduação que esta temática seja trazida para as discussões acadêmicas favorecendo aos alunos um aprofundamento sobre a questão. Desta forma, destacamos os trabalhos desenvolvidos na ‘educação para a morte’ que reúne os esforços de uma enfermeira e uma pedagoga para auxiliar os profissionais da área para a amenização ou a elaboração deste momento.

NURSING REFLECTIONS ON DEATH AND DYING IN ONCOLOGY

⁴⁸ *ibidem*

⁴⁹ *ibidem*

ABSTRACT

The death and dying process are two difficult situations that the health professionals have to deal with in their practice. The oncology nursing deals with these events all the time due to the kind of treatment prescribed for the patient and its possibility of death. This literature review aims to think over the actions and strategies in facing the death and dying process for nurses who care for patients in cancer treatment. We point out the processes of dying of patients in treatments and the difficulty in speaking or dealing with this subject which comes from the time of graduation. We emphasize the defensive attitudes of nursing staff regarding the process of dying and death in hospitalized patients. We demonstrate the importance of the education process in dealing with death that aims to empower health professionals to work and plan care processes in terminal patients as well as for your own preparation. We conclude that nurses are prepared to care for and promote life and health but the processes of dying and death are two conditions which are contrary to all his academic training. This fact, together with one's existential angst in front of finitude, prevents us from seeing death as a process expected and inevitable.

Keywords: Oncology. Death. Education for death.

REFERÊNCIAS

- BERNIERI, J.; HIRDES, A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, mar. 2007. p. 89-96 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 out. 2012.
- BOEMER, M. R. Sobre Cuidados Paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, set. 2009. p.500-501. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300001>. Acesso em: 01 out. 2012.
- BOEMER, M. R. *et. al.* Dimensão pedagógica do tema “morte”. **Educação Médica e Saúde**, v. 26, n. 3, 1992, p. 430-443. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/12444.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Coordenação de Controle de Câncer**. Rio de Janeiro: Pro-Onco, 2005. Apresenta dados do Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 out. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Oncologia**. Brasília, 11.ed., ago. 2010. Manual de Bases Técnicas. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Oncologia_2010.pdf>. Acesso em: 17 out. 2012.
- COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. de S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudo de Psicologia**, Natal, v. 11, n. 2, maio/ago. 2006, p. 209-216. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-294x2006000200010&scrip=sci_arttext>. Acesso em: 10 set. 2012.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 9, set. 2007 p. 2072-2080. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/08.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2012.

GONÇALVES, J. R. O profissional de saúde em enfermagem de crianças gravemente enfermas e as implicações do cotidiano do trabalho na sua saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. **Centro de Ciências da Saúde**. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2007. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0584-T.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2012.

GURGEL, W. B.; MOCHEL, E. G.; MIRANDA, M. C. Educação para a morte: análise da formação tanatológica dos graduandos de Enfermagem da UFMA. **Cadernos de Pesquisa**, São Luís, v. 17, n. 2, maio/ago. 2010, p. 61-68. Disponível em: <<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/viewFile/247/188>>. Acesso em: 10 set. 2012.

JUNIOR, L.; ELTINK, C. F. A Visão do Graduando de Enfermagem Perante a Morte do Paciente. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, Ribeirão Preto-SP, Brasil. v. 29, n. 3, jul./set. 2011, p. 176-182. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicação/publicacoes/ics/edicoes/2011/03_jul-7/v29_n3_2011_p176-182.pdf>. Acesso em: 03 out. 2012.

KOVÁCS, M. J. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 41, set./dez. 2008, p. 458-468. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000300004>. Acesso em: 13 set. 2012.

MARENGO, M. O.; FLÁVIO, D. A.; SILVA, R. H. A. da. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 42, n. 3, jul./set. 2009, p. 350-357. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2009/vol42n3/REV_Terminalidade_de_Vida.pdf>. Acesso em: 03 out. 2012.

OLIVEIRA, S. G. *et al.* A formação do enfermeiro frente às necessidades emergentes da terminalidade do indivíduo. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 1, jan./abr. 2011, p. 97-102. Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/viewArticle/1996>>. Acesso em: 23 out. 2012.

SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M. A.; BOEMER, M. R. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns des-velamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, jul./ago. 2007, p. 605-611. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a13.pdf>. Acesso em: 23 out. 2012.

SOUZA, D. M. *et al.* A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, jan./mar. 2009, p. 41-

47. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 out. 2012.

VIERO, Matheus Dias *et al.* O Processo de Morte e Morrer na Prática de Enfermagem: Um Relato de Experiência. **II Jornada internacional de Enfermagem UNIFRA**, 2012.

Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/jornadadeenfermagem/trabalhos/3978.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2012.