

**William Bergues de Souza Travassos
(Org.)**

CIÊNCIA E CUIDADO TEORIAS E PRÁTICAS DA ENFERMAGEM ATUAL



científica digital



CIENTÍFICA DIGITAL EDITORIAL LTDA

Barueri - São Paulo - Brasil
www.cientificadigital.org - contato@cientificadigital.org

Diagramação e Arte	Edição © 2025 Editora Científica Digital
Diego Santos	Texto © 2025 Os Autores
Diego Lima	1ª Edição - 2025
Imagens da Capa	Acesso Livre - Open Access
Adobe Stock - 2025	

© COPYRIGHT - TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. A editora detém os direitos autorais sobre a edição e o projeto gráfico, enquanto os autores mantêm os direitos autorais de seus respectivos textos. Esta obra está licenciada sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, permitindo o download e compartilhamento integral ou parcial, desde que a fonte seja devidamente citada e os créditos atribuídos aos autores. É obrigatório que a obra permaneça em formato de Acesso Livre (Open Access), sem qualquer alteração. A catalogação em plataformas de acesso restrito ou com fins comerciais é estritamente proibida.



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569 Ciência e cuidado: teorias e práticas da enfermagem atual / Organização de William Bergues De Souza Travassos. – Barueri-SP: Científica Digital, 2025.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui Bibliografia
ISBN 978-65-83998-01-9
DOI 10.37885/978-65-83998-01-9

1. Enfermagem. I. Travassos, William Bergues De Souza (Organizador). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Janaína Ramos – CRB-8/9166

Índice para catálogo sistemático:

I. Enfermagem

E-BOOK

ACESSO LIVRE ON LINE - IMPRESSÃO PROIBIDA

2025

William Bergues de Souza Travassos
(Org.)

Ciência e cuidado: teorias e práticas da enfermagem atual

1ª EDIÇÃO



científica digital

2025 - BARUERI - SP

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. André Cutrim Carvalho
Prof. Dr. Antônio Marcos Mota Miranda
Prof^a. Ma. Auristela Correa Castro
Prof. Dr. Carlos Alberto Martins Cordeiro
Prof. Dr. Carlos Alexandre Oelke
Prof^a. Dra. Caroline Nóbrega de Almeida
Prof^a. Dra. Clara Mockdece Neves
Prof^a. Dra. Claudia Maria Rinhel-Silva
Prof^a. Dra. Clecia Simone Gonçalves Rosa Pacheco
Prof. Dr. Cristiano Marins
Prof^a. Dra. Cristina Berger Fadel
Prof. Dr. Daniel Luciano Gevehr
Prof. Dr. Diogo da Silva Cardoso
Prof. Dr. Ernane Rosa Martins
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes
Prof. Dr. Fabricio Gomes Gonçalves
Prof^a. Dra. Fernanda Rezende
Prof. Dr. Flávio Aparecido de Almeida
Prof^a. Dra. Francine Náthalie Ferraresi Queluz
Prof^a. Dra. Geuciane Felipe Guerim Fernandes
Prof. Dr. Humberto Costa

Prof. Dr. Joachin Melo Azevedo Neto
Prof. Dr. Jónata Ferreira de Moura
Prof. Dr. José Aderval Aragão
Prof. Me. Julianno Pizzano Ayoub
Prof. Dr. Leonardo Augusto Couto Finelli
Prof. Dr. Luiz Gonzaga Lapa Junior
Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva
Prof^a. Dra. Maria Cristina Zago
Prof^a. Dra. Maria Otília Zangão
Prof. Dr. Mário Henrique Gomes
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes
Prof. Dr. Nelson J. Almeida
Prof. Dr. Pedro Afonso Cortez
Prof. Dr. Reinaldo Pacheco dos Santos
Prof. Dr. Rogério de Melo Grillo
Prof^a. Dra. Rosenery Pimentel Nascimento
Prof. Dr. Rossano Sartori Dal Molin
Prof. Me. Silvio Almeida Junior
Prof^a. Dra. Thays Zigante Furlan Ribeiro
Prof. Dr. Wescley Viana Evangelista
Prof. Dr. Willian Carboni Viana
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme

Acesse a lista completa dos Membros do Conselho Editorial em www.editoracientifica.com.br/conselho

Parecer e revisão por pares

Os textos que compõem esta obra passaram por avaliação do Conselho Editorial e revisão por pares externos (*Peer Review*), recebendo a devida recomendação para publicação.

Nota: Esta obra é fruto de um processo colaborativo, configurando-se como uma coletânea na qual os direitos autorais permanecem resguardados para os respectivos autores. Alguns capítulos podem ter origem em trabalhos anteriormente apresentados em eventos acadêmicos; no entanto, os autores foram orientados a adotar o devido rigor na prevenção do autoplágio. A responsabilidade pelo conteúdo de cada capítulo, assim como pela originalidade e integridade das informações publicadas, é inteiramente dos respectivos autores e autoras. O conteúdo da obra não reflete, necessariamente, a opinião da editora, dos organizadores ou dos membros do conselho editorial.

APRESENTAÇÃO

Esta obra é fruto de um esforço colaborativo que reuniu professores, estudantes e pesquisadores cujo envolvimento enriqueceu significativamente as discussões neste espaço formativo. Além disso, resulta de iniciativas interinstitucionais e ações voltadas ao incentivo à pesquisa, congregando especialistas de diversas áreas do conhecimento, vinculados a Instituições de Educação Superior, públicas e privadas, em âmbito nacional e internacional.

Seu principal objetivo é fortalecer a integração entre instituições, tanto no Brasil quanto no exterior, por meio de redes de pesquisa comprometidas com a formação continuada de profissionais da educação. Para isso, busca-se a produção e a ampla disseminação do conhecimento em distintas áreas do saber.

Expressamos nossa profunda gratidão aos autores pelo empenho, comprometimento e dedicação na concepção e finalização desta obra. Esperamos que ela se consolide como um recurso didático-pedagógico valioso, atendendo às necessidades de estudantes, docentes de todos os níveis de ensino e demais interessados na temática.

William Bergues de Souza Travassos

SUMÁRIO

Capítulo 01

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DA TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Emerson Nunes Risso; Bruna Stamm; Bruna Sodré Simon; Josefine Busanello; Jéssica Barbosa Caseres

doi 10.37885/250719648 8

Capítulo 02

COMBATE AO ESTIGMA NA SAÚDE MENTAL: ENFRENTANDO A PSICOFOBIA

Tatiany Gomes Ferreira Fernandes; William Bergues de Souza Travassos

doi 10.37885/250719733 28

Capítulo 03

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES ONCOLÓGICOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Elaine Cristina Costa Gomes; Rita de Kassia Moraes Mendes; Tanielma Mendonça Pestana; Tayana Serra de Sá; Thacylla Gonçalves Mendes; William Bergues de Souza Travassos

doi 10.37885/250719762 41

Capítulo 04

A COMUNICAÇÃO COMO COMPETÊNCIA TÉCNICA ESSENCIAL EM ENFERMAGEM

Hélène Ferreira Malta; Rui Carlos Negrão Baptista; Maria Aurora Gonçalves Pereira; Paulo Parente Gonçalves; Isabel Maria Ribeiro Fernandes; Anaísa Ferreira Reveles

doi 10.37885/250719770 53

Capítulo 05

CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA DA COMISSÃO DE PELE NO CUIDADO DE LESÕES À NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA

Equimara de Souza Borges Fernandes; Rúbia Mara Maia Feitosa; Cristina Virgínia Oliveira Carlos; Alini Dantas Custódio; Amanda Leonidia Santana; Ruth Maria de Oliveira ; Keyla Kaliana de Souza Freitas ; Claudinete de Sousa Pedro

doi 10.37885/250719795 65

SOBRE OS ORGANIZADORES 82

ÍNDICE REMISSIVO 83

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DA TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Emerson Nunes Risso

Associação Hospital Santa Casa de Uruguaiana (AHSCU)

Bruna Stamm

Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)

Bruna Sodré Simon

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Josefine Busanello

Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)

Jéssica Barbosa Caseres

Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)

RESUMO

Objetivo: identificar através de produções científicas os conhecimentos e as práticas da equipe de enfermagem acerca da Terapia Nutricional Enteral. **Métodos:** revisão integrativa da literatura, realizada em maio e junho de 2021, no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde e nas bases *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, *Excerpta Medica dataBASE* e *Web of Science*, empregando os descritores “Nutrição Enteral” e “Cuidados de Enfermagem”. Os principais resultados dos estudos foram comparados com as recomendações de legislação vigente no país acerca da Terapia Nutricional Enteral. **Resultados:** identificaram-se 887 estudos nas bases de dados e foram selecionados nove artigos na revisão, que versavam sobre os conhecimentos e as práticas da administração de medicamentos por sonda nasogástrica/pós-pilórica, da verificação do volume residual gástrico, dos diagnósticos e prescrição de cuidados de enfermagem, da inserção de sonda nasoentérica, dos erros assistenciais e os cuidados de enfermagem direcionados ao paciente, aos dispositivos e o registro de enfermagem. **Conclusão:** os conhecimentos e práticas da enfermagem foram investigados, em sua maioria, em relação ao manejo de medicamentos e dieta pela sonda enteral, e encontram-se de acordo com as Boas Práticas na Administração da Nutrição Enteral previstas na legislação vigente, porém identificam-se fragilidades.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; conhecimentos; nutrição enteral; segurança do paciente.

INTRODUÇÃO

A Terapia Nutricional Enteral (TNE) consiste em procedimentos destinados à manutenção ou recuperação do estado nutricional de pacientes em ambiente hospitalar, ambulatorial e domiciliar, por meio do fornecimento de alimentação rica em nutrientes, de composição definida ou estimada, industrializada ou não, denominada Nutrição Enteral (NE)¹⁻². É indicada a pacientes com trato gastrointestinal funcionante, associado à ingestão oral insuficiente ou impossibilitada, ou em situações de hipermetabolismo e/ou hipercatabolismo, traumas, queimaduras e malignidades³⁻⁴.

A administração da NE ocorre por via oral, sondas oro/nasogástricas ou transpilóricas, jejunostomias e gastrostomias¹⁻², sendo considerada a forma mais fisiológica de suporte nutricional. A TNE favorece a integridade intestinal, reduz a translocação bacteriana, preserva a microbiota, auxilia na regeneração tecidual, cicatrização, diminuição do risco de infecções, complicações, tempo de internação e custos em saúde⁵.

Apesar disso, a TNE não está isenta de riscos e complicações decorrentes do acesso enteral, manutenção, saídas inadvertidas e da própria alimentação⁶. Os eventos adversos (EA) relacionados a sondas enterais incluem pneumonias, pneumotórax, pleurites, abscessos pulmonares, perfurações intracranianas e gastrointestinais, complicações laríngeas, obstruções, remoções acidentais e óbito⁶⁻⁷.

No Brasil, estudos sobre o perfil de usuários da TNE em ambiente hospitalar ainda são limitados. Um levantamento realizado em um hospital de Santa Catarina, Brasil, com 628 pacientes identificou que maioria dos pacientes que fazem uso de TNE são homens (60,03%) e adultos (54,46%)⁸. Os principais diagnósticos foram doenças neurológicas (20,14%), respiratórias (14,54%) e cardiovasculares (12,99%)⁸.

Considerando os benefícios da TNE e seus riscos, a atuação da equipe de enfermagem é fundamental para o sucesso da terapêutica e prevenção de EA⁹. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu, via RDC nº 63/2000², substituída pela RDC 503/2021¹, os requisitos mínimos e as Boas Práticas de Administração da NE (BPANE), a serem adotadas pela equipe de enfermagem. Entre as atribuições da equipe estão: (a) administração das

fórmulas, (b) assistência humanizada e comunicação com paciente/família, (c) registros de enfermagem e evolução clínica, e (d) participação em treinamentos. Compete ao enfermeiro atividades desde o recebimento da dieta, definição da via de administração, aquisição de insumos, prescrição de cuidados e atuação na Equipe Multiprofissional em Terapia Nutricional (EMTN), elaborando protocolos de cuidados^{1-2,10}.

Em um estudo internacional, que avaliou o conhecimento de enfermeiros sobre NE, foi evidenciando que 10,9% apresentaram conhecimento adequado, 43,1% moderado e 46% baixo, reforçando a importância da educação continuada¹¹.

Diante disso, este estudo objetiva identificar, por meio de produções científicas, os conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem sobre TNE em adultos hospitalizados no Brasil, analisando-os à luz da RDC nº 63/2000 e RDC 503/2021, que regulamentam as BPANE no país.

MÉTODOS

Tipo de Estudo

O estudo caracteriza-se como uma Revisão Integrativa (RI) da literatura¹², conduzida em etapas: 1) formulação da pergunta de revisão; 2) amostragem (definição de critérios de inclusão/exclusão, descritores e busca); 3) extração de dados; 4) avaliação crítica; 5) análise e síntese dos resultados; e 6) apresentação e divulgação da RI¹².

Estratégia de Busca

Para a pergunta de revisão, utilizou-se a estratégia PICO¹²: P – equipe de enfermagem; I – TNE em adultos hospitalizados; C – sem comparação; O – conhecimentos e práticas. Assim, formulou-se: *“Quais são os conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem acerca da TNE em pacientes adultos hospitalizados, no cenário brasileiro?”*.

Critérios

Os critérios de inclusão abrangeram artigos originais brasileiros sobre TNE em adultos hospitalizados, publicados em português, inglês ou espanhol, entre 2000 e 2020, disponíveis na íntegra e gratuitamente *online*. O recorte temporal justifica-se pela RDC nº 63 de 2000, que estabelece requisitos para a TNE no Brasil. Foram excluídas pesquisas sobre TNE via oral, gastrostomia e jejunostomia, devido às diferenças nos cuidados.

Coleta dos Dados

A busca ocorreu de maio a junho de 2021 no Portal BVS e nas bases *MedLine*, *CINAHL*, *Embase* e *Web of Science*, com os descritores “Cuidados de Enfermagem” AND “Nutrição Enteral” e o operador booleano “OR”. Aplicaram-se filtros de período (2000-2020) e idioma (português, inglês e espanhol), conforme as especificidades de cada base. O Quadro 1 apresenta as estratégias adotadas.

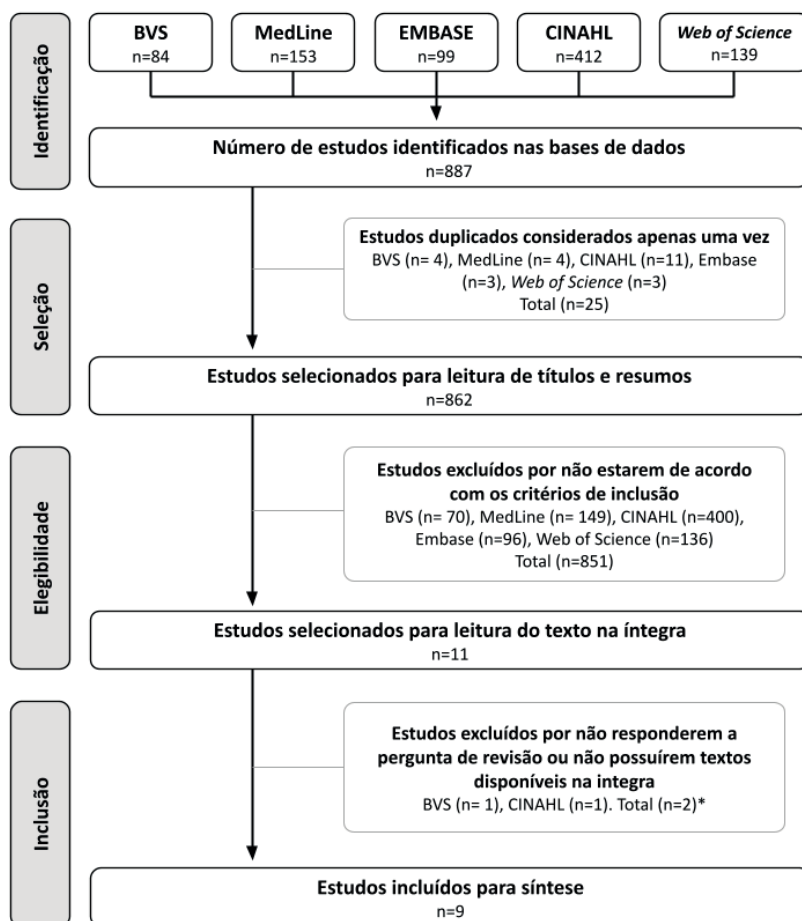
Quadro 1 - Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados, Uruguaiana, RS, Brasil. 2021.

Base de Dados	Estratégia
Portal da BVS	("Cuidados de Enfermagem" OR "Assistência de Enfermagem" OR "Atendimento de Enfermagem" OR "Cuidado de Enfermagem" OR "Nursing Care" OR "Care, Nursing" OR "Management, Nursing Care" OR "Nursing Care Management" OR "Atención de Enfermería" OR "Cuidado de Enfermería" OR "Cuidados de Enfermería") AND ("Nutrição Enteral" OR "Alimentação Enteral" OR "Alimentação por Tubo" OR "Alimentação por Sonda" OR "Sondas Gástricas" OR "Sondas de Alimentação Enteral" OR "Sondas de Alimentação Gástrica" OR "Enteral Nutrition" OR "Enteral Feeding" OR "Feeding Tube, Gastric" OR "Feeding Tubes, Gastric" OR "Feeding, Enteral" OR "Feeding, Force" OR "Feeding, Tube" OR "Feedings, Force" OR "Force Feeding" OR "Force Feedings" OR "Gastric Feeding Tube" OR "Gastric Feeding Tubes" OR "Nutrition, Enteral" OR "Tube Feeding" OR "Tube, Gastric Feeding" OR "Tubes, Gastric Feeding" OR "Nutrición Enteral" OR "Alimentación Enteral" OR "Alimentación Forzada" OR "Alimentación por Sonda" OR "Alimentación por Tubo" OR "Sondas Gástricas" OR "Sondas de Alimentación Enteral" OR "Sondas de Alimentación Gástrica")
<i>MedLine</i> <i>CINAHL</i> <i>Web of Science</i>	("Nursing Care" OR "Care, Nursing" OR "Management, Nursing Care" OR "Nursing Care Management") AND ("Enteral Nutrition" OR "Enteral Feeding" OR "Feeding Tube, Gastric" OR "Feeding Tubes, Gastric" OR "Feeding, Enteral" OR "Feeding, Force" OR "Feeding, Tube" OR "Feedings, Force" OR "Force Feeding" OR "Force Feedings" OR "Gastric Feeding Tube" OR "Gastric Feeding Tubes" OR "Nutrition, Enteral" OR "Tube Feeding" OR "Tube, Gastric Feeding" OR "Tubes, Gastric Feeding")

Base de Dados	Estratégia
Embase	('nursing care'/exp OR 'nursing care' OR 'care, nursing' OR 'management, nursing care' OR 'nursing care management') AND ('enteral nutrition'/exp OR 'enteral nutrition' OR 'enteral feeding'/exp OR 'enteral feeding' OR 'feeding tube, gastric'/exp OR 'feeding tube, gastric' OR 'feeding tubes, gastric'/exp OR 'feeding tubes, gastric' OR 'feeding, enteral' OR 'feeding, force' OR 'feeding, tube'/exp OR 'feeding, tube' OR 'feedings, force' OR 'force feeding' OR 'force feedings' OR 'gastric feeding tube'/exp OR 'gastric feeding tube' OR 'gastric feeding tubes'/exp OR 'gastric feeding tubes' OR 'nutrition, enteral' OR 'tube feeding'/exp OR 'tube feeding' OR 'tube, gastric feeding'/exp OR 'tube, gastric feeding' OR 'tubes, gastric feeding'/exp OR 'tubes, gastric feeding')

Fonte: autores.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos para análise, Uruguaiana, RS, Brasil.



Fonte: autores, adaptado do modelo Prisma,2009.

A seleção das unidades de análise ocorreu pela modalidade duplo independente, com dois revisores (um especialista em TNE), dividida em duas fases: leitura de títulos e resumos; e, após consenso, leitura integral dos estudos pré-selecionados, nova discussão e definição da amostra final¹². O processo seguiu as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)*¹³, conforme Figura 1.

Os artigos selecionados foram organizados em banco de dados no *Microsoft Word* e resumidos em um quadro sinóptico contendo código identificador, referência, objetivo, delineamento, unidade assistencial, profissionais investigados e nível de evidência (Quadro 2). A avaliação crítica e hierarquia das evidências utilizou a classificação de *Melnyk e Fineout-Overholt*¹⁴.

Os principais resultados sobre conhecimentos e práticas da enfermagem em TNE foram extraídos para o Quadro 3 e comparados com as BPANE — Anexo III das RDC nº 63/2000² e RDC 503/2021¹ — Anexo C/Roteiro de inspeção.

O estudo dispensou submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, por utilizar fontes de domínio público.

RESULTADOS

Identificaram-se 887 estudos nas bases de dados, e considerados nove artigos que atenderam aos critérios de inclusão da revisão. A Figura 1 descreve as etapas do processo de triagem realizado para alcançar esta seleção, conforme formato *PRISMA*¹³.

Os artigos incluídos procederam, predominantemente da região sul (n=5) e sudeste (n=3) do Brasil, sendo estudos oriundos dos estados do Rio Grande do Sul (n=3), São Paulo (n=3), Paraná (n=2) e Ceará (n=1). Foram publicados nos anos de 2003 à 2020, nos idiomas português (n=7) e inglês (n=2), e classificados com nível de evidência N6 (n=8) e N4 (n=1). (Quadro 2).

Quadro 2 - Quadro sinóptico dos artigos selecionados para comporem o corpo do estudo. Uruguiana, RS, Brasil. 2021.

ID	Referência	Objetivo	Delineamento	Unidade assistencial	Profissionais	NE
15	Côrrea APA, Nora CRD, Souza GP, Santos VJ, Agea JLD (2020)	Conhecer a percepção dos técnicos de enfermagem sobre os riscos ao paciente em uso de terapia nutricional enteral, durante um cenário de simulação clínica.	Estudo descritivo de abordagem qualitativa, que utilizou um cenário de simulação clínica.	Unidade clínica e unidade cirúrgica adulta de um hospital universitário do RS.	64 técnicos de enfermagem.	N6
16	Silveira GC, Romeiros FG (2020)	Questionar aos enfermeiros sobre as dificuldades encontradas para a passagem e posicionamento de sondas nasoenterais, bem como os eventos adversos relacionados ao procedimento de inserção. E desenvolver manual padronizado sobre a introdução e o posicionamento da sonda enteral.	Estudo observacional, analítico e transversal com aplicação de questionário.	Todos os setores que prestam assistência direta e indireta ao paciente adulto de um hospital de São Paulo/SP.	100 enfermeiros.	N6
17	Poveda VB, Castilho ACBA, Nogueira LS, Farretti-Rebustini REL, Silva RCG (2018)	Conhecer a prática de manejo do volume residual gástrico (VRG) entre enfermeiros clínicos de diferentes unidades de saúde do estado de São Paulo e identificar a fundamentação teórica que subsidia a prática.	Estudo transversal realizado por meio de um questionário <i>online</i> .	Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Internação clínico-cirúrgica, Instituição de Longa Permanência e outros espaços assistenciais.	598 enfermeiros.	N6
18	Anziliero F, Corrêa APA, Batassini E, Soler BED, Silva BA, Beghetto MG (2017)	Identificar a frequência de Diagnósticos de Enfermagem e cuidados relacionados à inserção e manutenção de sonda nasoenteral, implementados pelos enfermeiros assistenciais de uma emergência nas primeiras 24 horas após a inserção da sonda e descrevê-los.	Estudo de coorte prospectiva.	Emergência clínica adulta de um hospital universitário do Sul do Brasil.	Diagnósticos prescritos pelos enfermeiros de 150 inserções de sonda.	N4
19	Lopes IMD, Silva EAA, Oliveira DFM, Sanches ACC (2017)	Avaliar o conhecimento de enfermeiros, residentes de enfermagem, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem sobre a administração de medicamentos via SNG.	Estudo transversal e descritivo, com questionário	UTI adulto, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Neurologia e Ortopedia de um hospital universitário na região oeste do Paraná.	11 enfermeiras, duas enfermeiras residentes, 26 técnicos de enfermagem, quatro auxiliares de enfermagem.	N6
20	Mota MLS, Barbosa IV, Stuart RMB, Melo EM, Lima FET, Mariano FA (2010)	Avaliar o conhecimento do enfermeiro de unidade de terapia intensiva (UTI) sobre as recomendações para uma administração correta de medicamentos, por sondas nasogástrica e nasoenteral.	Estudo do tipo exploratório-descriptivo, qualitativo.	UTI adulto de um hospital público de ensino de Fortaleza/CE.	49 enfermeiros.	N6
21	Heydrich J, Heineck I, Bueno D (2009)	Avaliar o conhecimento do enfermeiro de unidade de terapia intensiva (UTI) sobre as recomendações para uma administração correta de medicamentos, por sondas nasogástrica e nasoenteral.	Estudo observacional, exploratório e descritivo.	Duas unidades de internação adulta de um hospital universitário de Porto Alegre/RS.	60 auxiliares de enfermagem.	N6
22	Herman AP, Cruz EDA (2008)	Observar a prática assistencial de enfermagem prestada em NE; investigar o conhecimento da equipe sobre NE; e elaborar material educativo a partir dos resultados.	Pesquisa qualitativa, descritiva.	Centro de terapia semi-intensiva adulta de um hospital de ensino de Curitiba/PR.	Um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e 18 auxiliares de enfermagem = 21.	N6
23	Mori S, Matsuba CST, Whitaker IY (2003)	Verificar se o VRG é avaliado pela equipe de enfermagem da UTI, antes de administrar a dieta por SNG; e verificar a conduta para infundir a dieta por SNG na presença do VRG.	Estudo observatório, descritivo.	UTI adulta de um hospital universitário de um município de São Paulo.	14 enfermeiros, sete técnicos de enfermagem, 43 auxiliares de enfermagem = 64	N6

Fonte: autores.

Quanto ao local de investigação dos estudos, prevaleceram as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (n=4), Unidades Clínicas (UC) (n=3), Unidades Cirúrgicas (UC) (n=3) e Unidades de Urgência e Emergência (UUE) (n=3), entre outras unidades assistenciais citadas em apenas um único estudo. Em relação a temática dos estudos, foi abordada a administração de medicamentos por sonda nasogástrica/pós-pilórica (n=3), verificação do Volume Residual Gástrico (VRG) (n=2), diagnósticos e prescrição dos cuidados de enfermagem ao paciente em TNE (n=1), inserção de sonda nasoentérica (n=1), erros assistenciais ao paciente em TNE (n=1) e os cuidados de enfermagem envolvendo ações direcionadas ao paciente, aos dispositivos e o registro de enfermagem (n=1).

Os estudos incluídos na revisão englobam 996 profissionais de enfermagem, sendo 775 (77,81%) enfermeiros, 122 (12,25%) auxiliares de enfermagem e 99 (9,94%) técnicos de enfermagem. No Quadro 3 apresentam-se os principais resultados dos conhecimentos e das práticas da equipe de enfermagem acerca da TNE e a comparação com as BPANE das RDC nº63/2000² e RDC 503/2021¹. Desse modo, identificam-se conformidades e inconformidades dos conhecimentos e das práticas da equipe de enfermagem em relação a TNE e as recomendações presentes nas respectivas resoluções.

Quadro 3 - Conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem acerca da Terapia Nutricional Enteral e a comparação com as recomendações das RDC 63/2000 e RDC 503/2021. Uruguaiana, RS, Brasil. 2021.

ID	Conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem acerca da TNE	Recomendações das RDC nº 63/2000 e RDC nº503/2021
15	No cenário de simulação, os técnicos de enfermagem evidenciaram: a) Riscos de tração inadvertida da sonda, obstrução e os cuidados para evitá-las: "A fixação da sonda... essa sonda tá solta. Qualquer movimento que o paciente fizer com a cabeça, pode sair. A fixação é bem importante (TA 1)". "É importante lavar a sonda para evitar a obstrução (TE 20)."	1. Os profissionais envolvidos na administração da NE devem "Garantir que a via de acesso da NE seja mantida conforme prescrição médica ou procedimento pré-estabelecido pelo serviço, no caso de ocorrer descontinuidade na administração". (RDC 63/2000, Item Administração da NE, p. 34; RDC 503/2021, Art. 277, p. 25). 2. "Observar complicações inerentes à TNE, registrando-as e comunicando-as ao médico responsável pelo atendimento ao paciente e à EMTN." (RDC 63/2000, Item Administração da NE, p. 34; RDC 503/2021, Art. 279, Item III, p. 25).

ID	Conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem acerca da TNE	Recomendações das RDC nº 63/2000 e RDC nº503/2021
15	b) Necessidade da correta identificação do paciente e da dieta para evitar a troca das dietas entre os pacientes: <i>"É importante lavar a sonda para evitar a obstrução (TE 20)."</i>	1. "Conferir o rótulo da NE" previamente à administração (RDC 63/2000, Item Administração da NE, p. 34; RDC 503/2021, Art. 272, p. 25). 2. "Toda NE preparada deve apresentar rótulo com as seguintes informações: nome do paciente, nº do leito, registro hospitalar, composição qualitativa e quantitativa de todos os componentes, volume total, velocidade de administração, via de acesso, data e hora da manipulação, prazo de validade, número sequencial de controle e condições de temperatura para conservação, nome e número no Conselho Profissional do respectivo responsável técnico pelo processo", (RDC 63/2000, item 4.5.4.2, p. 6; RDC 503/2021, Art. 191, p. 19). 3. "Quanto à administração da NE, são observados: integridade da embalagem, presença de partículas estranhas à NE, nome do paciente, nº do leito, composição e volume total da NE, prazo de validade da NE, recomendações específicas e outros?" (RDC 63/2000, Anexo III, item 2.22; RDC 503/2021, Anexo C – Roteiro de inspeção para atividades de administração de NE, item 2.22, p.38).
	c) A importância da higienização das mãos e da bomba de infusão para prevenção de infecções hospitalares: <i>"Lavo as mãos ou uso álcool gel, ajeito a cabeceira, aqui... para administrar a dieta (TA 5)."</i> <i>"A higiene da bomba é algo importante. Geralmente as bombas são higienizadas à noite. Mas não que eu, necessariamente, vou ter que esperar chegar o turno da noite para limpar a bomba, né? Se ela está suja, é uma questão de coerência (TA 1)."</i>	1. "A equipe de enfermagem deve atender a um alto nível de higiene, sendo orientada a correta lavagem das mãos e retirada de jóias e relógio antes de operacionalizar a administração da NE" (RDC 63/2000, Item Saúde, Higiene e Conduta, pg. 32; RDC 503/2021, Art. 246, p. 23). 2. "Proceder à correta lavagem das mãos, retirando jóias e relógio, antes de prosseguir na operacionalização da administração da NE." (RDC 63/2000, Item Administração da NE, p. 34; RDC 503/2021, Art. 273, p. 25). 3. "Devem existir registros das operações de limpeza, desinfecção, calibração e manutenção das bombas de infusão" (RDC 63/2000, Item Equipamentos e Materiais, p. 32; RDC 503/2021, Art. 253, p. 24). 4. É exigido que os serviços de saúde tenham disponível "folheto ilustrativo ou recomendação para lavagem das mãos próximo às pias" (RDC 503/20201, Item 2.10.2, Roteiro C, p. 33).
	d) A importância de monitorar o tempo de validade da dieta e dos insumos utilizados para administração: <i>"Não, esta dieta já venceu. Está vencida essa dieta. (TA 1)."</i> <i>"Não, esta dieta já venceu. Está vencida essa dieta. (TA 1)."</i>	1. Na administração da NE, deve-se "Observar a integridade da embalagem e presença de elementos estranhos ao produto" (RDC 63/2000, Item Administração da NE, pg. 34; RDC 503/2021, Art. 271, p. 25). 2. "Administrar a NE, cumprindo rigorosamente o prazo estabelecido" (RDC 63/2000, Item Administração da NE, pg. 34; RDC 503/2021, Art. 276, p. 25). 3. "Garantir que a troca da NE, sondas e equipos seja realizada conforme procedimentos pré-estabelecidos pela EMTN, em consonância com CIIH" (RDC 63/2000, Item Administração da NE, pg. 35; RDC 503/2021, Art. 278, p. 25). 4. "Quanto à administração da NE, são observados: integridade da embalagem, presença de partículas estranhas à NE, nome do paciente, nº do leito, composição e volume total da NE, prazo de validade da NE, recomendações específicas e outros?" (RDC 63/2000, Anexo III, item 2.22 e 4.13.3, Anexo II; RDC 503/2021, Anexo C – Roteiro de inspeção para atividades de administração de NE, item 2.22, p. 38).

ID	Conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem acerca da TNE	Recomendações das RDC nº 63/2000 e RDC nº503/2021
16	a) 1% da amostra informou que nunca espera pela radiografia – após a inserção da sonda – para liberação da dieta.	1. “É responsabilidade do enfermeiro encaminhar o paciente para exame radiológico visando a confirmação da localização da sonda” (RDC 63/2000, Item Operacionalização da Administração, pg. 33; RDC 503/2021, Art. 260, p. 24). 2. É exigido que os serviços de saúde tenham disponível “Manual de procedimentos para a administração da NE atualizado” (RDC 503/2021, Item 2,7, Roteiro C, p. 33). 3. Verifica-se nos serviços de saúde se “A unidade de radiologia é de fácil acesso”. (RDC (RDC 503/2021, Item 2,17, Roteiro C, p. 33).
	b) 9 enfermeiros responderam que às vezes realizam o teste de insuflação de ar após passagem da sonda enquanto 2% referiram que nunca o realizam.	1. “Deve-se “confirmar a localização da sonda e sua permeabilidade, antes de iniciar a administração da NE” (RDC 63/2000, item “Administração da NE”, p. 34; RDC 503/2021, Art. 274, p. 75). 2. É exigido que os serviços de saúde tenham disponível “Manual de procedimentos para a administração da NE atualizado” (RDC 503/2021, Item 2,7, Roteiro C, p. 33).
17	499 (83,4%) enfermeiros realizam a verificação do VRG; e 484 (45,4%) adotam a mensuração de 200ml como valor indicativo para suspensão da dieta, mesmo citando que cabe ao médico a suspensão da TNE.	1. “O paciente submetido à TNE deve ser controlado quanto à eficácia do tratamento, efeitos adversos e alterações clínicas que possam indicar modificações da TNE” (RDC 63/2000, Controle Clínico e Laboratorial, p. 7; RDC 503/2021, Art. 54, p. 5). 2. “O controle do paciente em TNE deve ser realizado periodicamente e contemplar: ingressos de nutrientes, tratamentos farmacológicos concomitantes, sinais de intolerância a NE, alterações antropométricas, bioquímicas, hematológicas, assim como modificações em órgãos, sistemas e suas funções” (RDC 63/2000, Controle Clínico e Laboratorial, p. 7; RDC 503/2021, Art. 55, p. 5). 3. Compete à EMTN “Avaliar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, manutenção e suspensão da TNE” (RDC 63/2000, item 3.9, p. 10; RDC 503/2021, Art. 69, item III, p. 7). 4. “O enfermeiro deve regularmente desenvolver, rever e atualizar os procedimentos relativos ao cuidado com o paciente em TNE” (RDC 63/2000, item Treinamento, 4.1.3.4., p. 32; RDC 503/2021, Art. 243, p. 23).
18	De 150 inserções de sondas avaliadas no estudo: - 119 não apresentaram DE; - 64 apresentaram prescrição de cuidados de enfermagem (incluindo as que houveram eleição do DE e as que não houveram); - 82 sem prescrição de cuidados de enfermagem e sem eleição do DE.	1. “O enfermeiro é o coordenador da equipe de enfermagem, cabendo-lhe as ações de planejamento, organização, coordenação, execução, avaliação de serviços de enfermagem, treinamento de pessoal e prescrição de cuidados de enfermagem ao paciente.” (RDC 63/2000, item Treinamento, 4.1.2.1, p. 17; RDC 503/2021, Art. 236, p. 23). 2. “O enfermeiro é responsável pela administração da NE e prescrição dos cuidados de enfermagem nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar” (RDC 63/2000, item Responsabilidade, 4.1.2.4; RDC 503/2021, Art. 238, p. 23).

ID	Conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem acerca da TNE	Recomendações das RDC nº 63/2000 e RDC nº503/2021
19	a) Quanto às formas de administração dos medicamentos pela sonda: - 2 (4,9%) participantes acreditam que a melhor forma farmacêutica são os comprimidos, e 31 (75,5%) que são xaropes, suspensões e soluções; b) Quanto ao esmagamento das formas farmacêuticas: - 7 (17,5%) esmagam o comprimido de liberação modificada algumas vezes; 28 (70%) sempre esmagam e 5 (12,5%) nunca esmagam; c) Em relação às causas de obstrução da sonda: - 29 (76,3%) citaram a relação da obstrução com os medicamentos administrados pela sonda.	1. "A utilização da sonda de administração da NE não é exclusiva, podendo ser empregada para medicamentos e outras soluções quando necessário" (RDC 63/2000, item Administração, p. 7; RDC 503/2021, Art. 53, p. 5). 2. É exigido que os serviços de saúde tenham disponível "Manual de procedimentos para a administração da NE atualizado" (RDC 503/2021, Item 2,7, Roteiro C, p. 33). 3. Compete ao enfermeiro "Assegurar que qualquer outra droga e ou nutriente prescritos, sejam administrados na mesma via de administração da NE conforme procedimentos preestabelecidos" (RDC 63/2000, item Atribuições do Enfermeiro, p. 14; RDC 503/2021, Art. 74, item XVII, p. 10).
20	a) Dos 49 enfermeiros entrevistados, 18 (36,7%) referiram que não dedicam tempo para observar os detalhes das formulações farmacêuticas, triturando qualquer produto/medicamento dispensado pela farmácia; b) 25 (51%) referiram que todos os fármacos agendados para o mesmo horário são administrados ao mesmo tempo e com a utilização da mesma seringa; c) 32 (65,3%) referiram que acreditam que quando o médico realiza a prescrição dos medicamentos ele já leva em conta se o medicamento deve ser administrado no estômago ou no intestino.	1. "A utilização da sonda de administração da NE não é exclusiva, podendo ser empregada para medicamentos e outras soluções quando necessário" (RDC 63/2000, item Administração, p. 7; RDC 503/2021, Art. 53, p. 5). 2. Compete ao enfermeiro "Assegurar que qualquer outra droga e ou nutriente prescritos, sejam administrados na mesma via de administração da NE conforme procedimentos preestabelecidos" (RDC 63/2000, item Administração, p. 7; RDC 503/2021, Art. 53, p. 5). 3. "A equipe de enfermagem envolvida na administração da NE deve conhecer os princípios da BPANE" (RDC 60/2000, item "Treinamento": 4.1.3.2., p. 32; RDC 503/2021, Art. 241, p. 23).
21	a) Dos 60 auxiliares de enfermagem, 45 cuidavam de pacientes com mais de um medicamento prescritos pela sonda; e apenas quatro preparam e administram cada medicamento separadamente; b) Os autores trazem em seu estudo que a maioria dos auxiliares de enfermagem realizou a interrupção do gotejamento da dieta no momento de administrar os medicamentos. No entanto, nenhum deles realizou esse procedimento 30 minutos antes e após administrar os medicamentos conforme recomendações da literatura; c) 75% (45) dos auxiliares de enfermagem lavaram a sonda após a administração dos medicamentos; apenas três lavaram a sonda antes e após a administração dos medicamentos; e 12 não lavaram a sonda em nenhum momento.	1. "A utilização da sonda de administração da NE não é exclusiva, podendo ser empregada para medicamentos e outras soluções quando necessário" (RDC 63/2000, item Administração, p. 7; RDC 503/2021, Art. 53, p. 5). 2. Os profissionais de enfermagem devem "Garantir que a via de acesso da NE seja mantida conforme prescrição médica ou procedimento pré-estabelecido pelo serviço, no caso de ocorrer descontinuidade na administração" (RDC 63/2000, item "Administração, da NE", p. 34; RDC 503/2021, Art. 277, p. 25).

ID	Conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem acerca da TNE	Recomendações das RDC nº 63/2000 e RDC nº503/2021
22	a) A totalidade (21) dos profissionais durante observação não estabeleceu nenhum tipo de comunicação com o paciente/familiar e também não citaram como sendo um cuidado importante para o paciente em suporte nutricional enteral.	1. <i>"A conduta da equipe de enfermagem deve ser pautada pelos preceitos éticos em relação à atividade profissional, bem como ao atendimento do paciente e sua família"</i> (RDC 63/2000, item "Saúde, Higiene e Conduta", item 4.1.4.5., p. 32; RDC 503/2021, Art. 248, p. 23). 2. <i>"A equipe de enfermagem deve facilitar o intercâmbio entre os pacientes submetidos à TNE e suas famílias, visando minimizar os receios e apreensões quanto à terapia implementada"</i> (RDC 63/2000, item Operacionalização da Administração, p. 33; RDC 503/2021, Art. 257, p. 24). 3. A equipe de enfermagem deve <i>"Proporcionar ao paciente uma assistência de enfermagem humanizada, mantendo-o informado de sua evolução"</i> (RDC 63/2000, item "Assistência ao Paciente", p. 35; RDC 503/2021, Art. 279, item I, p. 25).
	b) De 12 participantes observados, sete realizaram o registro das informações referentes a administração da NE e evolução do paciente, e desses, em cinco das observações, as anotações foram realizadas por outro profissional, e em duas não houve o registro.	1. É necessário que <i>"Hajam registros de todo processo de administração da NE"</i> (RDC 63/2000, Item 2.29, Roteiro III: RDC 503/2021, Item 2.29, Anexo C, p. 38). 2. <i>"O enfermeiro deve assegurar que todas as ocorrências e dados referentes ao paciente e à TNE sejam registrados de forma correta, garantindo a disponibilidade de informações necessárias à avaliação do paciente e eficácia do tratamento"</i> (RDC 63/2000, item Registros, p. 35; RDC 503/2021, Art. 281, p. 26). 3. Compete ao enfermeiro <i>"garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e à evolução do paciente quanto ao peso, sinais vitais, tolerância digestiva e outros que se fizerem necessários"</i> (RDC 63/2000, item Atribuições do enfermeiro, p. 13; RDC 503/2021, Art. 74, item XI, p. 10).
	c) Entre os participantes 87,5% referiram como importante verificar o posicionamento da sonda antes de administrar a dieta, porém, quando observados 83,3% realizou esse procedimento.	1. O profissional que realizará a administração da NE deve <i>"confirmar a localização da sonda e sua permeabilidade, antes de iniciar a administração da NE"</i> (RDC 63/2000, item Administração da NE, p. 34; RDC 503/2021, Art. 274, p. 25).
	d) Os cuidados de enfermagem mais citados para prevenir complicações associadas à NE, foram verificar: o gotejamento adequado (43,7%); a posição da sonda (37,5%); a estase gástrica (31,2%); e manter a cabeça elevada (25%).	1. É exigido que os serviços de saúde tenham disponível <i>"Manual de procedimentos para a administração da NE atualizado"</i> (RDC 503/2021, Item 2,7, Roteiro C, p. 33). 2. <i>"Administrar a NE, cumprindo rigorosamente o prazo estabelecido. É vedado à equipe de enfermagem, sem prévia autorização, a alteração da velocidade de administração. Recomenda-se a utilização de bombas infusoras adequadas à administração de NE."</i> (RDC 63/2000, item "Administração da NE", p.34; RDC 503/2021, Art. 276, p. 25). 3. <i>"Observar complicações inerentes à TNE, registrando-as e comunicando-as ao médico responsável pelo atendimento ao paciente e à EMTN."</i> (RDC 63/2000, item Administração da NE, p. 35; RDC 503/2021, Art. 279, item III, p. 26). 4. <i>"O enfermeiro é responsável pela administração da NE e prescrição dos cuidados de enfermagem nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar"</i> (RDC 63/2000, item Responsabilidade, 4.1.2.4., p. 32; RDC 503/2021, Art. 238, p. 23).

ID	Conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem acerca da TNE	Recomendações das RDC nº 63/2000 e RDC nº503/2021
23	a) Quando observados 76,6% (49) dos profissionais não realizaram a verificação do VRG antes de administrar a dieta; b) Do total de 49 observações, 61,2% realizaram a administração do volume total prescrito de dieta, 30,6% infundiram um volume menor do que o prescrito e em 8,2% casos não ocorreu administração; c) 90,6% (58) dos profissionais afirmaram que realizam a verificação do VRG antes de infundir a dieta. Todos os enfermeiros (14) e 88% (44) afirmaram que realizam a aspiração da SNG antes de infundir a dieta.	1. “O paciente submetido à TNE deve ser controlado quanto à eficácia do tratamento, efeitos adversos e alterações clínicas que possam indicar modificações da TNE” (RDC 63/2000, item Controle Clínico e Laboratorial, p. 7; RDC 503/2021, Art. 54, p. 5). 2. “O controle do paciente em TNE deve ser realizado periodicamente e contemplar: ingressos de nutrientes, tratamentos farmacológicos concomitantes, sinais de intolerância a NE, alterações antropométricas, bioquímicas, hematológicas, assim como modificações em órgãos, sistemas e suas funções” (RDC 63/2000, item Controle Clínico e Laboratorial, p. 7; RDC 503/2021, Art. 55, p. 5). 3. O profissional que realizará a administração da NE deve “confirmar a localização da sonda e sua permeabilidade, antes de iniciar a administração da NE” (RDC 63/2000, item Administração da NE, p. 34; RDC 503/2021, Art. 274, p. 25).

Fonte: autores.

A administração de medicamentos por sonda foi um dos temas mais investigados, e também está regulamentado nas BPANE das RDC 63/2000 e 503/2021. No entanto, estudos^{19,20,21} identificaram práticas inadequadas, como administração concomitante de medicamentos²⁰, prescrição de formas farmacêuticas incompatíveis²⁰ e ausência de *flushes* para lavagem das sondas²¹. As RDC 503/2021 (artigos 74, 241, 277) e BPANE determinam que a sonda pode ser utilizada para administrar medicamentos, sendo competência do enfermeiro assegurar a correta administração.

A verificação do VRG como medida de confirmação do posicionamento da sonda também foi investigada^{17,23}. Na pesquisa¹⁷, embora 83,4% enfermeiros realizaram esta verificação, noutro estudo²³ 90,6% dos profissionais de enfermagem afirmaram realizar a verificação, porém observou-se que 76,6% não o faziam na prática.

No estudo¹⁶, identificou-se que 1% administrava dieta e medicamentos sem confirmação radiológica do posicionamento da sonda, contrariando as RDC 503/2021 e RDC 63/2000. Além disso, 9% realizavam teste de insuflação e 2% nunca o faziam, prática desaconselhada e contrapondo as recomendações das RDC 63/2000 e RDC 503/2021, nas quais citam que se deve confirmar a localização da sonda antes de iniciar a administração da NE.

Quanto aos Diagnósticos de Enfermagem (DE) e prescrição de cuidados, no estudo¹⁸, de 150 inserções de sonda, 82 não tiveram prescrição e 119 não

incluiram DE. Ainda que 64 das inserções contaram com prescrição a maioria dos pacientes não haviam prescrição dos cuidados com a NE por sonda enteral, condição em desconformidade com as RDC 63/2000, itens 4.1.2.1 e 4.1.2.4 e RDC 503/2021 artigos 236 e 238, que estabelecem a responsabilidade do enfermeiro por esses cuidados.

Outro estudo²² abordou cuidados com pacientes em uso de NE por sonda, dispositivos e registros. Embora 87,5% reconhecessem a importância da verificação do posicionamento antes da dieta, na prática, 83,3% realizaram o procedimento corretamente. Os profissionais elencaram cuidados para prevenção de complicações, como controle de tempo e volume (43,7%), posicionamento da sonda (37,5%), verificação da estase gástrica (31,2%) e elevação da cabeceira (25%).

Entretanto, fragilidades foram observadas na comunicação com paciente e familiares, contrariando as RDC 63/2000 item 4.1.4.5 e RDC 503/2021 artigos 248, 257 e 259, que preconizam assistência humanizada. Também se identificou falha nos registros de NE e evolução: dos 12 profissionais, apenas sete registraram informações, sendo cinco realizados por terceiros, comprometendo a fidedignidade, em desacordo com RDC 63/2000 (p.13) e RDC 503/2021 anexo C, artigos 281 e 74, em que se deve haver registros de todo o processo de administração da NE, e que o enfermeiro é responsável por garantir o registro das informações relacionadas ao paciente, sua evolução e administração da TNE.

DISCUSSÃO

Os conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem sobre TNE em adultos hospitalizados no Brasil mostraram-se parcialmente compatíveis com as BPANE das RDC 63/2000 e 503/2021, mas revelaram fragilidades, práticas desatualizadas e condutas fora da legislação.

Cinco estudos^{16,17,20,22,23} investigaram conhecimentos por questionários, três usaram observação prática^{21,22,23} e um, simulação clínica¹⁵. Dois estudos^{20,21} apontaram falhas na avaliação de fórmulas farmacêuticas e interações na administração por sondas, contrariando diretrizes que orientam considerar farmacocinética, localização e tipo de sonda para evitar eventos adversos²⁴.

Associado a esse achado, dois estudos^{5,6} avaliaram os conhecimentos dos profissionais de enfermagem acerca da administração de fórmulas farmacêuticas sólidas pelas sondas enterais, demonstrando que estes, em sua grande maioria, realizavam o esmagamento de comprimidos de liberação modificada. Esta prática compromete a funcionalidade do medicamento, através da perda da proteção gástrica, tornando as taxas de absorção e distribuição mais rápidas e resultando em concentrações de pico mais altas logo após a administração e concentrações mais baixas no final do intervalo de dosagem, fazendo com que o paciente possa ficar um período sem o efeito do medicamento. Com isso, recomenda-se evitar medicamentos de liberação modificada para administração através de sondas^{24, 25}.

Sobre o VRG, não houve consenso entre os estudos^{15,23} quanto a valores para suspensão da TNE. Os achados variam entre 100 a 200 ml, e volumes superiores a 50% da dieta a ser infundida. Entretanto, a diretriz SBPNE/BRASPEN não recomenda a verificação rotineira do VRG para avaliar intolerância alimentar, sugerindo manter a dieta se o VRG for menor que 500 ml e não houver sinais clínicos adversos³.

Similarmente, estudo¹⁷ apontou que 48,3% dos enfermeiros devolvem o conteúdo gástrico excedente e mantém a sonda fechada até o próximo horário de dieta, e 42,6% desprezam e mantêm a dieta no próximo horário. Noutro estudo²³, 32,8% dos profissionais referiram aguardar três horas para infusão da próxima dieta após verificação do VRG e 20,3% relataram aguardar o término do refluxo do VRG e 4,7% afirmaram não abrir a SNG.

Uma pesquisa europeia²⁶ revelou que 91,9% dos enfermeiros de uma UTI adulta verificavam o VRG, 54,5% consideravam 250 ml de VRG elevado e 76% devolvem o conteúdo ao estômago do paciente, porém uma revisão sistemática concluiu que não há evidências suficientes para recomendar essa prática²⁷.

Também foram identificadas na literatura práticas que comprometem a segurança da terapêutica, como não retirar o fio guia após inserção da sonda, não solicitar radiografia para confirmar posicionamento da sonda e não checar o posicionamento antes da administração de dieta e medicamentos¹⁶. Tais práticas contrariam diretrizes^{3,28} que indicam radiografia pós-inserção como padrão ouro, marcação da sonda e reavaliação periódica da posição da sonda

a cada quatro horas. Salienta-se que o método auscultatório com ar não é recomendado, preferindo-se aspiração do conteúdo gástrico e teste de *pH*^{3,28}.

Adicionalmente, dois estudos^{20,21} identificaram falhas na administração de medicamentos por sonda, como a ausência de *flushing* antes e após o uso e a administração simultânea de fármacos, aumentando o risco de perda do acesso enteral. Um estudo internacional²⁹ com 1.044 enfermeiros de UTI revelou que 62,3% administram medicamentos por sondas nasogástricas; 65,4% verificam o posicionamento da sonda antes da administração e 52,6% administram medicamentos do mesmo horário separadamente, intercalando com a lavagem da sonda.

Um estudo no Reino Unido mostrou que 96% dos enfermeiros sabem que o *flushing* na sonda previne interações entre dieta e medicamentos, mas apenas 77% o realizam. Sobre medicamentos sólidos, 74% modificam a forma (esmagamento/diluição), 54% transformam em líquida, 16% pedem mudança na formulação e 10% solicitam alteração da via de administração³⁰. Nesse sentido, destaca-se a importância da capacitação da equipe de enfermagem. Um programa internacional com palestras e cartões informativos de bolso melhorou significativamente os conhecimentos e percepção sobre TNE³¹. No Brasil, simulações clínicas com técnicos de enfermagem utilizando manequins de baixa fidedignidade promoveram aprendizado e reflexão sobre cuidados e erros assistenciais³².

Mesmo que esforços tenham sido empregados para manter o rigor de uma revisão integrativa de literatura, reconhecemos que o estudo ainda apresenta algumas limitações: a revisão limitou as buscas a inglês, português e espanhol, restringindo acesso a pesquisas nacionais em outras línguas, e artigos que não seguiam os critérios de inclusão foram possivelmente excluídos automaticamente.

CONCLUSÃO

Foram incluídos nove artigos que analisaram os conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem no manejo de medicamentos e dieta por sonda enteral. Apesar da maioria seguir as Boas Práticas das RDC 63/2000 e 503/2021, houve discordância quanto aos valores de verificação do VRG e *flushing* antes e após

a administração de medicamentos e dieta pela sonda, práticas em desacordo com a legislação brasileira.

A revisão mostra a realidade nacional do manejo da TNE pela enfermagem, o que pode contribuir para boas práticas assistenciais. No entanto, algumas recomendações das RDCs da ANVISA carecem de evidências, indicando a necessidade de mais pesquisas para garantir uma assistência segura.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 503, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. Diário Oficial da União, ed. 101, seção 1, p. 113. 31 maio. 2021. Available from: <https://portal.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-503-de-27-de-maio-de-2021-322985331>.
2. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Diretoria Colegiada. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, de 6 de julho de 2000. Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Enteral. Diário Oficial da União, ed. 130, seção 1, p. 89. 7 jul. 2000. Available from: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/RDC-63_2000.pdf.
3. Matsuba CST, Serpa LF, Pereira SEM, Barbosa JAG, Corrêa APA, Antunes MS *et al.* Ditretiz BRASPEN de enfermagem terapia nutricional oral, enteral e parenteral. Braspen J. 2021 [cited 2021 sep 20];36(3):2-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.ditretizENF2021>.
4. Kozenieeki M, Fritzshal R. Enteral Nutrition in the Hospital Setting. Nutrition in Clinical Practice. 2015 Out. [cited 2021 sep 20];30(5): 634-51. DOI: <https://doi.org/10.1177/0884533615594012>.
5. Walczewski MRM, Walczewski EAB, Wiggers CE, Marconato FHC. Fatores que impedem a adequação da oferta nutricional enteral em pacientes críticos. Braspen Journal. 2019 Out-Dez. [cited 2021 sep 20];34(4): 329-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2019344004>.
6. Anzilero, F, Silva BA, Soler BED, Corrêa APA, Beghetto MG. Adverse events involving enteral tubes: an integrative review. Rev. Baiana enfermagem. 2019 Nov. [cited 2021 sep 20];33: e33850. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.33850>.
7. Motta APG, Rigobello MCG, Silveira RCCP, Gimenes FRE. Eventos adversos relacionados à sonda nasogástrica/nasoentérica: revisão integrativa. Rev. Latino-AM. Enferm. 2021[cited 2021 sep 20];29:e3400. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3355.3400>.
8. Ueno E, Koffke M, Voig VR. Perfil de pacientes hospitalizados em uso de terapia enteral. Braspen J. 2018 jan. [cited 2021 sep 20];33(2): 194-198. Available: <http://arquivos.braspen.org/journal/abr-mai-jun-2018/14-AO-Perfil-de-paciente.pdf>.
9. Barbosa, JAG, Carlos CM, Costa RF, Simino GP. Knowledge of nurses about nutritional therapy. Rev. Enfermagem Contemporânea. 2020 Abr. [cited 2021 sep 20];9(1): 33-40. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v9i1.2543.

10. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 0453. Norma técnica que dispõem sobre a atuação da equipe de enfermagem em terapia nutricional. 2014 [cited 2021 sep 20]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04532014_23430.html.
11. Al-Qalah TAH, Alrubaiee GG. Intensive care nurses' knowledge of enteral nutrition at public hospitals in Sana'a, Yemen: a cross-sekectional survey. F1000Research. 2020. [cited 2021 sep 20];9(759). DOI: <https://doi.org/10.12688/f1000research.25041.2>.
12. Paula CC, Padoin SMM, Galvão CM. Revisão Integrativa como ferramenta para tomada de decisão na prática de Saúde. In: Lacerda MR, Costenaro RGS. Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde, 1ª ed. Porto Alegre: Moriá; 2015. p. 52-74.
13. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'brien KK, Colquhoun H, Levac D *et al*. PRISMA Extension for scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Extension. Annals of Internal Medicine. 2018 oct. [cited 2021 sep 20];169(7): 467-486. DOI: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>.
14. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 2ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins; 2011.
15. Côrrea APA, Nora CRD, Souza GP, Santos VJ, Agea JLD, *et al*. Riscos da terapia nutricional enteral: uma simulação clínica. Rev Gaúcha Enfer. 2020 [cited 2021 ago 30]; 41 (esp): e20190759. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190159>.
16. Silveira GC, Romeiros FG. As dificuldades e riscos durante a introdução e posicionamento da Sonda Nasoentérica. Rev Nursing. 2020 [cited 2021 ago 30]; 23 (266): 4360-4366. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i266p4360-4373>.
17. Poveda VB, Castilho ACBA, Nogueira LS, Ferretti-Rebustini REL, Silva RCG. Aferição do volume residual gástrico: retrato da prática clínica de enfermeiros Rev Esc Enferm USP. 2018 [cited 2021 ago 30];52:e03352. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017038803352>.
18. Anziliero F, Corrêa APA, Batassini E, Soler BED, Silva BA, Beghetto MG. Implementação de diagnósticos e cuidados de enfermagem pós sonda nasoenteral em serviço de emergência. Cogitare Enferm. 2017 [cited 2021 ago 30]; 4(22) e50870. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.50870>.
19. Lopes IMD, Silva EAA, Oliveira DFM, Sanches ACC. Conceitos aplicados na prática diária na administração de medicamentos via sonda nasoenteral pela equipe de enfermagem. Acta Scientiarum. 2017 july-dec [cited 2021 ago 30]; 2(39) 157-165. DOI: <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v39i2.32472>.
20. Mota MLS, Barbosa IV, Stuart RMB, Melo EM, Lima FET, Mariano FA. Avaliação do conhecimento do enfermeiro de unidade de terapia intensiva sobre administração de medicamentos por sonda nasogástrica e nasoenteral. Rev Latino-Am Enferm. 2010 set-out [cited 2021 ago 30]; 18(5). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000500008>.
21. Heydrich J, Heineck I, Bueno D. Observation of preparation and administration of drugs by nursing assistants in patients with enteral feeding tube; Braz J Pharm Sci. 2009 jan-mar [cited 2021 ago 30]; 45(1). <https://doi.org/10.1590/S1984-82502009000100014>.
22. Herman AP, Cruz EDA. Enfermagem em nutrição enteral: investigação do conhecimento e da prática assistencial em hospital de ensino. Cogitare Enferm. 2008 out-dez [cited 2021 ago 30]; 13(4) 520-525. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v13i4.13111>.
23. Mori S, Matsuba CST, Whitaker IY. Verificação do volume residual gástrico (VRG) em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Enferm. 2003 nov-dez [cited 2021 ago 30]; 56(6). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000600014>.

24. Bandy KS, Albrecht S, Parag B, Stephen AM. Practices Involved in the Enteral Delivery of Drugs. *Curr Nutr Rep*. 2019 oct. [cited 2021 sep 20];8: 365-362. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13668-019-00290-4>.
25. Boullata JI. Enteral Medication for the Tube-Fed Patient: Making This Route Safe and Effective. *Nutrition in Clinical Practice*. 2021 feb. [cited 2021 sep 20];36(1): 111-132. DOI:<https://doi.org/10.1002/ncp.10615>.
26. Ozen N, Blot S, Ozen V, Donmez AA, Gurun P, Cinar FI *et al*. Gastric residual volume measurement in the intensive care unit: an international survey reporting nursing practice. *Nursing in Critical Care*. 2018 sep. [cited 2021 sep 20];23(5): 263-269. DOI:<https://doi.org/10.1111/nicc.12378>.
27. Wen Z, Xie A, Peng M, Bian L, Wei L, Li M. Is discard better than return gastric residual aspirates: a systematic review and metaanalysis. *BCM gastroenterology*. 2019. cited 2021 sep 20]; 19(113): 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12876-019-1028-7>.
28. Judd M. Confirming nasogastric tube placement in adults. *Nursing*. 2020 apr. [cited 2021 sep 20];50(4): 43-46. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000654032.78679.f1>.
29. Kadfifeli DA, Akbiyik A, Taskiran N. Intensive care unit nurses' knowledge of medication administration via enteral tubes. *Nursing in Critical Care*. 2018 feb [cited 2021 sep 20];23(1): 141-146. DOI: <https://doi.org/10.1111/nicc.12335>.
30. Tillot H, Barret D, Ruan J, Li V, Merrick S, Steed H *et al*. Survey of nurses' Knowledge and practice regarding medication administration using enteral tubes. *J. Clin. Nurs*. 2020 [cited 2021 sep 20];00: 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15498>.
31. Correa APA, Nora CRD, Silva SMR, Viegas GL, Sousa GP, Beghetto MG. Simulação clínica: educação para equipe de enfermagem no cuidado aso pacientes com sonda nasoenteral. *Rev. Baiana enferm*. 2021 [cited 2021 sep 20]; 35:e41998. DOI: 10.18471/rbe.v35.41998.

COMBATE AO ESTIGMA NA SAÚDE MENTAL: ENFRENTANDO A PSICOFOBIA

Tatiany Gomes Ferreira Fernandes
Universidade Maurício de Nassau (UNINASSAU)

William Bergues de Souza Travassos
Enfermeiro. Especialista em Enfermagem e Saúde Mental

RESUMO

Os transtornos mentais são um grupo de condições clínicas que se caracterizam por mudanças significativas nos sentimentos, comportamentos e pensamentos da pessoa, afetando sua capacidade de lidar com o dia a dia. O objetivo geral deste trabalho é descrever as principais estratégias para combater o estigma na saúde mental. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, focando em estudos publicados entre 2021 e 2025. A seleção envolveu buscas em bases como a SciELO, LILACS e BVS-BIREME. As discussões realizadas neste trabalho ajudaram a entender melhor o estigma ligado aos transtornos mentais, ressaltando seus vários impactos nas áreas individual, social e institucional. Foram analisados conceitos importantes, dados recentes sobre sua ocorrência, as principais consequências do estigma e, especialmente, as estratégias que estão sendo adotadas para preveni-lo e combatê-lo, com foco no papel dos profissionais de saúde. Conclui-se que combater o estigma na saúde mental é uma necessidade ética e uma prioridade de saúde pública. Isso tem um impacto direto na qualidade de vida, nos direitos humanos e na justiça social. Para avançar nessa luta, é necessário o comprometimento conjunto de profissionais da saúde, educadores, gestores e da sociedade em geral.

Palavras-chave: Psicofobia; estigma; saúde mental; intervenções em saúde.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais são um grupo de condições clínicas que se caracterizam por mudanças significativas nos sentimentos, comportamentos e pensamentos da pessoa, afetando sua capacidade de lidar com o dia a dia. Essas condições incluem depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar, distúrbios de personalidade e neurodiversidade. O diagnóstico é feito com base em critérios padronizados de classificações como CID-11 e DSM-5, que levam em conta os sintomas, a duração dos problemas e o impacto funcional (OMS, 2022; APA, 2023).

Dados de 2024 mostram a gravidade desses transtornos no Brasil. Um estudo do Global Burden of Disease (GBD) revelou que 11,63% dos jovens entre 5 e 24 anos têm algum transtorno mental, o que representa cerca de 10 milhões de crianças e adolescentes afetados no país (COLLUCCI, 2024).

Além disso, o aumento significativo no número de atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) reflete a crescente demanda: os atendimentos por ansiedade para jovens de 10 a 14 anos aumentaram em 1.575% na última década; entre aqueles de 15 a 19 anos, o crescimento foi de 4.423%, totalizando mais de 53.000 atendimentos em 2024 (LEITE, 2025).

Em termos populacionais, os transtornos mentais são a principal causa da perda de anos saudáveis entre jovens de 5 a 24 anos, com uma prevalência estimada semelhante à média mundial. Além disso, o número de afastamentos relacionados a essas condições disparou: em 2024 foram registrados 440.000 afastamentos por transtornos mentais e comportamentais—sendo 141.414 por ansiedade e 113.604 por episódios depressivos—um aumento de quase 67% em comparação com 2023 e superior a 400% em relação a 2014 (ABP, 2024).

Esse cenário traz um grande peso para as pessoas e para a sociedade, resultando em uma diminuição da qualidade de vida, problemas nas relações familiares e no trabalho, além de aumentar a vulnerabilidade a doenças físicas. Também é importante notar que os transtornos mentais estão ligados a aproximadamente 96,8% dos casos de suicídio no Brasil (QUADROS, 2024). Esses dados destacam a necessidade urgente de enfrentar o problema de maneira estruturada.

Além disso, a psicofobia — que é o estigma e preconceito contra pessoas com transtornos mentais — piora ainda mais a situação. Esse estigma dificulta a busca por ajuda, gera discriminação e espalha ideias erradas como “frescura” ou “falta de força de vontade” (LEITE, 2025). O estigma afeta não só os relacionamentos pessoais, mas também os ambientes institucionais, profissionais e de saúde, contribuindo para exclusão social, violência simbólica e pressão negativa sobre si mesmo.

A justificativa social para este estudo está na importância pública do tema. Ao aprofundar o conhecimento sobre estigma e psicofobia, podemos sensibilizar a sociedade para práticas mais inclusivas, criando redes de apoio e políticas de saúde mental. Reduzir o preconceito é fundamental para garantir investimentos em serviços adequados, reforçar os direitos civis das pessoas com transtornos e aumentar o acesso ao tratamento pelo SUS e no setor privado.

Do ponto de vista acadêmico, existe uma lacuna entre dados epidemiológicos sólidos e ações efetivas contra o estigma. Por isso, é necessário realizar uma revisão crítica da produção científica recente. Este estudo vai mapear intervenções, estratégias contra o estigma e campanhas institucionais entre 2021 e 2025, ajudando a preencher essa lacuna teórica e orientando futuras pesquisas que sejam interseccionais, inovadoras e baseadas em evidências.

No campo profissional, lutar contra a psicofobia é essencial para capacitar profissionais de saúde, educadores e gestores tanto do setor público quanto privado. Entender como o estigma afeta a formação e o atendimento ajuda a promover práticas éticas, empáticas e eficazes nas áreas de terapia e administração. Este estudo oferece apoio metodológico e conceitual para políticas de educação continuada. Assim, o objetivo geral deste trabalho é descrever as principais estratégias para combater o estigma na saúde mental.

Metodologicamente, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, focando em estudos publicados entre 2021 e 2025. A seleção começou com buscas em bases como a Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME), utilizando palavras-chave como “psicofobia”, “estigma”, “saúde mental” e “intervenções em saúde”. Os critérios de inclusão abrangeram artigos originais, revisões, ensaios e relatórios institucionais disponíveis em português e inglês publicados no período mencionado.

Depois disso, os artigos foram filtrados com base na relevância temática, rigor metodológico e aplicabilidade contextual. Foram excluídos relatos isolados sem análise crítica, artigos anteriores a 2021 e estudos que abordavam populações específicas sem possibilidade de generalização nacional. Os dados foram organizados em categorias temáticas: definições conceituais; evidências de estigma e suas consequências; resultados de intervenções; recomendações; e lacunas na pesquisa.

Em seguida, foi feita uma análise qualitativa integrativa dos estudos selecionados, conectando dados epidemiológicos, percepções pessoais dos participantes envolvidos e resultados de iniciativas antiestigma. A discussão foi baseada em uma estrutura teórica sobre estigma social, direitos humanos e redes de atenção psicossocial, buscando criar propostas inovadoras que se ajustem à realidade brasileira.

DESENVOLVIMENTO

Os transtornos mentais são um grupo diverso de condições que causam mudanças significativas no pensamento, humor, comportamento e percepção, prejudicando a vida diária da pessoa. Apesar dos avanços na ciência e nos tratamentos, essas condições ainda enfrentam um forte estigma social, que é um problema complexo que leva à discriminação, exclusão e sofrimento adicional (CORRIGAN *et al.*, 2021).

A psicofobia é o termo usado para descrever o preconceito contra pessoas com transtornos mentais. Esse preconceito inclui não apenas ideias negativas, mas também atitudes e comportamentos que limitam as oportunidades sociais, de trabalho e educação dessas pessoas. O estigma atua tanto entre indivíduos quanto em instituições, dificultando o acesso aos serviços de saúde e a adesão ao tratamento (PESCOSOLIDO *et al.*, 2021).

Pesquisas recentes mostram que o estigma pode ser absorvido pelas próprias pessoas afetadas, fazendo com que elas sintam autodepreciação, vergonha e se afastem socialmente. Isso é conhecido como autoestigma. Essa internalização vai além de crenças superficiais; ela se torna parte da identidade da pessoa, minando sua autoestima e restringindo suas perspectivas futuras. O impacto psicológico é tão forte que muitas vezes supera o sofrimento

causado pelos sintomas do transtorno mental, aumentando o isolamento e prejudicando o sentido de pertencimento social (HANSSON *et al.*, 2022).

Esse processo, chamado de autoestigma, aumenta os quadros de depressão e ansiedade, criando um ciclo negativo onde a pessoa evita interações sociais e até mesmo relações familiares, intensificando a sensação de inadequação e solidão. Estudos mostram que pessoas que internalizam o estigma têm mais dificuldade em compartilhar suas lutas ou pedir ajuda, pois temem ser julgadas ou rejeitadas. Além disso, o autoestigma está ligado a uma menor adesão ao tratamento, já que a pessoa começa a duvidar de sua capacidade de se recuperar ou do seu direito a receber cuidado profissional (VOGEL *et al.*, 2022).

Uma das principais consequências do estigma, seja ele social ou interno, é a demora na busca por ajuda especializada. Isso agrava os sintomas e prolonga o sofrimento mental. Essa espera pode levar a problemas clínicos mais complicados, que frequentemente exigem intervenções mais intensivas e longas. Isso, por sua vez, sobrecarrega tanto o sistema público de saúde quanto as redes privadas de atendimento. O atraso em procurar ajuda também aumenta o risco de crises agudas, hospitalizações e até comportamentos suicidas, elevando muito os custos sociais e econômicos relacionados aos transtornos mentais (THORNICROFT *et al.*, 2022).

No Brasil, dados recentes mostram a gravidade desse fenômeno: em 2024, cerca de 60% das pessoas com sinais de sofrimento mental não buscaram atendimento devido ao medo do julgamento social ou da discriminação. Isso revela como o estigma pode paralisar não só os indivíduos, mas também atuar como uma barreira significativa para o acesso aos serviços de saúde mental. A realidade indica que enquanto o estigma continuar existindo, qualquer progresso em políticas públicas ou novas terapias será limitado por essa barreira cultural profundamente enraizada na sociedade brasileira (QUADROS, 2024).

Além do exposto, a discriminação está ligada a índices mais altos de desemprego, baixos rendimentos e dificuldades nas relações interpessoais, contribuindo para a perpetuação de situações de vulnerabilidade social. No contexto laboral, indivíduos que lidam com problemas de saúde mental frequentemente se deparam com obstáculos ao tentar reintegrar-se ao mercado de trabalho, o que acaba por reforçar a exclusão econômica (MARTÍNEZ-HERNÁEZ *et al.*, 2022).

As consequências do estigma também se fazem sentir no âmbito da saúde pública, uma vez que restringem a eficácia das políticas de saúde mental e colocam desafios aos sistemas de cuidados. Nações que apresentam menores índices de estigmatização oferecem uma melhor qualidade de vida às pessoas com transtornos mentais, destacando a importância das medidas antidiscriminatórias (WHO, 2022).

Uma das estratégias-chave para combater o estigma em relação às doenças mentais é a psicoeducação, que desempenha um papel fundamental na promoção da compreensão e aceitação por parte da sociedade. Ao disseminar informações precisas, é possível desmistificar conceitos errôneos e preconceituosos, contribuindo para a formação de uma sociedade mais inclusiva e empática (CARVALHO; MALAGRIS; RANGÉ, 2021).

Além disso, as campanhas de conscientização pública representam uma outra peça fundamental nesse processo, especialmente quando incorporam testemunhos de indivíduos que vivenciaram experiências pessoais com transtornos mentais. Essa abordagem humaniza a narrativa e reduz a distância emocional entre o público em geral e aqueles que lidam com essas condições. Iniciativas como o "Time to Change" no Reino Unido e o movimento "Juntos pela Saúde Mental" no Brasil têm demonstrado resultados encorajadores (SANTOS *et al.*, 2023).

Uma estratégia eficaz adicional consiste em promover o contato direto entre a população em geral e indivíduos em processo de recuperação de distúrbios mentais, uma abordagem que se mostra eficaz na redução de preconceitos através de interações positivas. Atividades de sensibilização em ambientes educacionais, como escolas, universidades e locais de trabalho, têm sido cada vez mais adotadas com esse propósito (WANG *et al.*, 2021).

Os meios de comunicação desempenham um papel ambivalente na perpetuação ou combate ao estigma. Enquanto reportagens sensacionalistas contribuem para reforçar estereótipos prejudiciais, campanhas bem elaboradas têm o potencial de educar e sensibilizar a sociedade. A capacitação de profissionais da mídia no âmbito da saúde mental é uma medida recomendada pela Organização Mundial da Saúde para enfrentar esse desafio (DELFINO *et al.*, 2023).

Na prática clínica, os profissionais de saúde mental, especialmente os psicólogos, têm um papel importante na luta contra o estigma, tanto ao acolher

quanto a orientar pacientes e suas famílias. A escuta ativa, a empatia e uma atitude não julgadora são habilidades essenciais para criar um ambiente terapêutico seguro e acolhedor. Isso permite que o indivíduo se sinta à vontade para compartilhar suas angústias, medos e pensamentos mais pessoais (VOGEL *et al.*, 2022). Muitas vezes, essa relação terapêutica é o primeiro lugar onde o paciente encontra compreensão verdadeira, o que ajuda não apenas na adesão ao tratamento, mas também na reconstrução da autoestima e da autoconfiança, frequentemente abaladas pelo estigma social e pela autoestigmatização.

A Psicologia, especialmente através da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), oferece estratégias eficazes para combater o estigma internalizado. Técnicas psicoeducativas são usadas para desconstruir crenças distorcidas, ajudando o paciente a entender que os transtornos mentais são condições médicas legítimas e não falhas morais ou pessoais. A TCC ajuda a pessoa a identificar pensamentos negativos automáticos e substituí-los por interpretações mais realistas e funcionais. Além disso, desenvolve habilidades de enfrentamento para lidar com situações estressantes ou potencialmente estigmatizantes. Essa abordagem contribui muito para diminuir o impacto do autoestigma e aumentar as chances de recuperação e reintegração social (CARVALHO; MALAGRIS; RANGÉ, 2021).

Estudos recentes mostram que intervenções psicoeducativas, quando bem planejadas, podem diminuir significativamente o estigma percebido e aumentar consideravelmente a adesão ao tratamento. Programas de psicoeducação em grupo se destacam por serem muito eficazes, pois oferecem acesso a informações corretas sobre saúde mental e criam um espaço para que as pessoas compartilhem experiências semelhantes. Esse apoio entre os participantes ajuda a diminuir o sentimento de isolamento, fortalece as conexões sociais e valida a experiência pessoal do sofrimento mental, que são aspectos essenciais para o processo de terapia (SILVA; LOPES, 2023).

Além do trabalho individual, os psicólogos também têm um papel importante na comunidade. Eles participam ativamente de iniciativas que promovem a saúde mental e buscam mudar as percepções coletivas sobre os transtornos mentais. Palestras educativas, grupos de discussão e campanhas informativas são ferramentas eficazes para espalhar conhecimento, dismantelar estereótipos e sensibilizar diferentes públicos sobre a importância de combater o estigma

(TAHIR *et al.*, 2024). Essas ações não só informam, mas também podem levar a mudanças culturais significativas, desafiando preconceitos antigos e ajudando a construir uma sociedade mais empática, inclusiva e consciente da importância da saúde mental.

A formação acadêmica dos profissionais de Psicologia, em geral, inclui matérias que tratam das várias facetas do estigma ligado aos transtornos mentais. Isso os prepara para trabalhar não apenas em consultórios, mas também em iniciativas que promovem a saúde mental e assistem socialmente. Esse conhecimento teórico ajuda a identificar e agir sobre os efeitos do estigma na vida dos pacientes, seja ele social ou internalizado. Contudo, apesar das melhorias nos currículos, a literatura indica lacunas significativas, destacando a necessidade de ampliar a formação para incluir habilidades práticas, comunicação em situações interdisciplinares e estratégias de atuação comunitária, especialmente em contextos complexos e culturalmente variados (VOGEL *et al.*, 2022).

A colaboração entre diferentes áreas, que reúne psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais da saúde, é amplamente reconhecida como essencial para combater o estigma na saúde mental. Essa união de conhecimentos não só aumenta o alcance das intervenções, mas também reforça a ideia de que o sofrimento psicológico precisa ser tratado de forma biopsicossocial, onde fatores biológicos, psicológicos e sociais se conectam (CORRIGAN; WATSON, 2022). Equipes interdisciplinares conseguem detectar rapidamente situações de estigma, sugerir soluções integradas e realizar ações conjuntas, promovendo um cuidado mais humano e eficaz.

No Brasil, políticas públicas como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) são passos importantes para superar o estigma e garantir acesso amplo aos serviços de saúde mental. A RAPS busca oferecer uma atenção integral e comunitária que leve em conta as necessidades únicas de cada pessoa e procura diminuir barreiras institucionais e sociais que mantêm o preconceito. No entanto, a plena implementação dessa política ainda enfrenta desafios consideráveis, como falta de recursos, desigualdades regionais e resistências culturais. Isso evidencia a necessidade de fortalecer a colaboração entre setores diferentes e incentivar a participação da comunidade para criar soluções mais sustentáveis e eficazes (SANTOS *et al.*, 2023).

A educação em saúde é fundamental nas estratégias para combater o estigma, pois ajuda a mudar percepções e valores culturais. Campanhas educativas nas escolas têm mostrado resultados muito positivos, especialmente quando se conectam aos temas de cidadania, ética e saúde (LEE; KIM, 2023).

Crianças e adolescentes que recebem informações claras e livres de estereótipos tendem a adotar atitudes mais inclusivas, questionar preconceitos e compartilhar conhecimento com suas famílias e comunidades. Essas intervenções desde cedo são importantes porque ajudam a diminuir a transmissão de estigmas entre gerações e promovem uma sociedade mais consciente e acolhedora (JORM *et al.*, 2023).

Nos hospitais, psicólogos utilizam protocolos educativos com pacientes internados para ajudá-los a entender seu diagnóstico e a superar sentimentos de vergonha ou culpa. Essas ações têm mostrado uma redução significativa no risco de recaídas. É essencial investir em formação profissional, políticas públicas, campanhas informativas e novas abordagens terapêuticas para diminuir o impacto do estigma e oferecer um cuidado digno às pessoas que enfrentam problemas de saúde mental (CARVALHO; MALAGRIS; RANGÉ, 2021).

O autoestigma também pode ser combatido por meio do empoderamento dos pacientes, usando técnicas que aumentam a autoestima, a autonomia e o controle sobre sua saúde mental. Fortalecer uma identidade positiva é fundamental no processo de recuperação. Pesquisas brasileiras mostram que pacientes que participam de grupos psicoeducativos sentem-se mais dispostos a buscar ajuda profissional e têm menos medo de serem rotulados. Compartilhar experiências ajuda a normalizar as vivências emocionais (MARTÍNEZ-HERNÁEZ *et al.*, 2022).

O desafio do estigma requer, portanto, uma abordagem que envolva várias estratégias, como ações clínicas, educativas, midiáticas e políticas. O objetivo é criar uma sociedade onde as pessoas com transtornos mentais sejam reconhecidas por sua dignidade e direitos, sem serem rotuladas ou excluídas. Assim, fica claro que lutar contra o estigma não é apenas uma questão ética, mas também uma necessidade de saúde pública, pois afeta diretamente as taxas de doenças, mortalidade e qualidade de vida (SANTOS *et al.*, 2023). A Psicologia se destaca como uma das áreas principais nessa luta, atuando no consultório, na comunidade e nos meios de comunicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões realizadas neste trabalho ajudaram a entender melhor o estigma ligado aos transtornos mentais, ressaltando seus vários impactos nas áreas individual, social e institucional. Foram analisados conceitos importantes, dados recentes sobre sua ocorrência, as principais consequências do estigma e, especialmente, as estratégias que estão sendo adotadas para preveni-lo e combatê-lo, com foco no papel dos profissionais de saúde, especialmente psicólogos. Ficou claro que tanto o estigma social quanto o internalizado são grandes barreiras para um diagnóstico precoce, a adesão ao tratamento e a reintegração completa das pessoas com transtornos mentais, exigindo intervenções em várias frentes para serem efetivamente enfrentadas.

Os benefícios deste estudo estão na possibilidade de reunir conhecimentos atualizados e fornecer apoio tanto para a prática clínica quanto para a criação de políticas públicas voltadas à saúde mental. Ao organizar dados recentes, este trabalho ajuda a formar profissionais mais capacitados e fortalece ações contra o estigma na sociedade. No entanto, o tema enfrenta desafios complexos, como a dificuldade em mudar crenças culturais arraigadas, a falta de recursos para intervenções comunitárias e a necessidade de superar barreiras institucionais que mantêm práticas discriminatórias. Esses desafios requerem não apenas estratégias educativas, mas também mudanças estruturais e políticas.

Para futuras pesquisas, é importante realizar mais estudos práticos no Brasil que analisem a eficácia de diferentes tipos de intervenções contra o estigma, especialmente em grupos específicos como adolescentes, idosos ou pessoas em situação de vulnerabilidade social. Além disso, seria interessante investigar como novas tecnologias, como as mídias digitais e as plataformas de telepsicologia, podem ajudar a diminuir o estigma e facilitar o acesso a informações de qualidade e serviços de saúde mental. Pesquisas que envolvam várias áreas do conhecimento, como Psicologia, Psiquiatria, Serviço Social, Educação e Comunicação, também são caminhos promissores para desenvolver respostas mais eficazes ao estigma.

Assim, conclui-se que combater o estigma na saúde mental é uma necessidade ética e uma prioridade de saúde pública. Isso tem um impacto direto na qualidade de vida, nos direitos humanos e na justiça social. Para avançar nessa

luta, é necessário o comprometimento conjunto de profissionais da saúde, educadores, gestores e da sociedade em geral. Trabalhar para criar um ambiente social mais inclusivo, empático e livre de preconceitos é essencial nesse sentido. Somente por meio do conhecimento, da conscientização e da ação coletiva será possível mudar a situação atual e proporcionar às pessoas com transtornos mentais as condições necessárias para viver com dignidade e autonomia.

REFERÊNCIAS

- ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. **Estatísticas de suicídio e saúde mental no Brasil**. 2024. Disponível em: <https://ipqhc.org.br/2024/04/15/saude-mental-no-brasil-dados-e-panorama/>. Acesso em: 18 jun. 2025.
- APA. American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2023.
- CARVALHO, M. R.; MALAGRIS, L. E. N.; RANGÉ, B. P. **Psicoeducação em Terapia Cognitivo-Comportamental**. Rio de Janeiro: Artmed, 2021.
- COLLUCCI, C. Transtornos mentais são 1ª causa de perda de anos de vida saudável entre jovens. **Jama Psychiatry**, v. esp., 2024.
- CORRIGAN, P. W. *et al.* Reducing self-stigma by coming out proud: efficacy of a group intervention for people with mental illness. **Psychiatric Services**, v. 72, n. 3, p. 302-308, 2021.
- CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. **World Psychiatry**, v. 21, n. 3, p. 302-310, 2022.
- DELFINO, L. L. *et al.* Public stigma and mental health literacy in Brazil: challenges for anti-stigma campaigns. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 1-10, 2023.
- HANSSON, L. *et al.* Mental health stigma: mechanisms and interventions. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 35, n. 4, p. 284-289, 2022.
- JORM, A. F. *et al.* The effectiveness of community-based mental health interventions to reduce stigma: a systematic review. **BMC Psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 45-59, 2023.
- LEE, S.; KIM, J. Mental illness stigma reduction interventions: a systematic review of randomized controlled trials. **Psychiatry Research**, v. 327, p. 115-124, 2023.
- LEITE, G. Escola e SUS diante da epidemia de transtornos mentais. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 3, 2025.
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. *et al.* Stigma and mental health: understanding contexts and practices. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 46, p. 48-65, 2022.
- OMS. **Classificação Internacional de Doenças (CID-11)**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2022.

- PESCOSOLIDO, B. A. *et al.* Public knowledge and attitudes about mental illness: a systematic review. **The Lancet Psychiatry**, v. 8, n. 4, p. 286-298, 2021.
- QUADROS, R. Saúde mental no Brasil: desafios e avanços. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 46, n. 2, p. 110-118, 2024.
- SANTOS, L. M. *et al.* Políticas públicas e o estigma da saúde mental no Brasil: desafios e possibilidades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. e00123423, 2023.
- SILVA, J. R.; LOPES, F. R. Impacto do estigma na adesão ao tratamento de transtornos mentais: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 45, n. 1, p. 78-85, 2023.
- TAHIR, M. *et al.* Social media campaigns to reduce mental health stigma: a global perspective. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 59, n. 2, p. 123-134, 2024.
- THORNICROFT, G. *et al.* Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. **The Lancet Psychiatry**, v. 9, n. 2, p. 150-162, 2022.
- VOGEL, D. L. *et al.* Understanding and reducing the stigma of seeking psychological help: a review of recent research and future directions. **American Psychologist**, v. 77, n. 5, p. 680-693, 2022.
- WANG, K. *et al.* The effectiveness of anti-stigma interventions in different contexts: a systematic review. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 56, p. 1001-1015, 2021.
- WHO. **World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All**. Geneva: World Health Organization, 2022.

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES ONCOLÓGICOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Elaine Cristina Costa Gomes

Universidade Anhanguera Unopar (UNOPAR)

Rita de Kassia Moraes Mendes

Universidade Anhanguera Unopar (UNOPAR)

Tanielma Mendonça Pestana

Universidade Anhanguera Unopar (UNOPAR)

Tayana Serra de Sá

Universidade Anhanguera Unopar (UNOPAR)

Thacylla Gonçalves Mendes

Faculdade do Maranhão (FACAM)

William Bergues de Souza Travassos

Enfermeiro, orientador do artigo.

RESUMO

Objetivo: relatar a importância da assistência de enfermagem no acompanhamento de pacientes oncológicos. **Métodos:** Tratou-se de uma revisão integrativa de literatura, com caráter descritivo. A busca dos dados deu-se em publicações disponíveis eletronicamente nas bases de dados MEDLINE, BDENF, SciELO e LILACS, entre os meses de Janeiro a Maio de 2025. **Resultados:** No que diz respeito à importância da assistência de enfermagem prestada ao paciente oncológico, tem-se que esses profissionais são importantes no contexto do acompanhamento de pacientes oncológicos pois possuem a qualificação e habilidades técnico-científicas para promover uma melhor qualidade de vida aos pacientes, um tratamento digno a esses e uma assistência multiprofissional de forma completa, individual e humanizada. **Conclusão:** Por meio do presente estudo, pode-se compreender que a equipe de enfermagem tem grande relevância durante a assistência prestada ao paciente oncológico, sendo estes profissionais munidos de conhecimento técnico-científico e de habilidades para realizar um atendimento humanizado e individualizado.

Palavras-chave: Oncologia; cuidados de enfermagem; assistência ao paciente.

INTRODUÇÃO

As instituições hospitalares recebem diariamente diversos tipos de paciente, incluindo aqueles com algum tipo de câncer. Esses pacientes oncológicos são seres humanos que facilmente estão sujeitos a alterações e crises de âmbito psicológico, biológico, social ou espiritual, podendo ter o seu desencadeamento a partir do seu diagnóstico, prognóstico e/ou efeitos colaterais advindos do tratamento (GILAM *et al.*, 2019).

Dessa maneira, compreender o impacto que o câncer ocasiona no indivíduo é imprescindível para o estabelecimento de algumas estratégias de cuidados, dando um maior ênfase em situações de terminalidade de vida, onde não é possível estabelecer a cura, apenas o cuidado (THEOBALD *et al.*, 2016).

De maneira geral, as questões terapêuticas relacionadas à esses pacientes se modifica na tentativa de encontrar e manter o equilíbrio do corpo e a manutenção da continuidade da vida com a maior qualidade possível. Consequentemente, o cuidado ao paciente significa que ele deve ter reconhecida a sua atual situação psicobiológica de fragilidade e insegurança, valendo-se de seu conhecimento técnico-científico de maneira reflexiva, proporcionando uma assistência efetiva e humanizada (RIBEIRO *et al.*, 2016).

A partir do exposto, tem-se que a enfermagem é essencial na prestação plena e efetiva do cuidado ao paciente, estando atenta às necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. No que tange às necessidades psicobiológicas, estas remetem-se à questões como oxigenação, nutrição, hidratação, motilidade e locomoção, sono e repouso, integridade física, abrigo e sexualidade (RIBEIRO *et al.*, 2016; MELLO *et al.*, 2016).

Quanto às necessidades psicossociais, estas incluem questões relativas à segurança, liberdade, amor, comunicação, educação à saúde, criatividade, recreação, lazer, espaço, aceitação, autorrealização, autoestima, autoimagem e atenção. Já as necessidades psicoespirituais abrangem questões de ordem teológica, ética e/ou de filosofia de vida (MELLO *et al.*, 2016; ROCHA *et al.*, 2018).

As necessidades anteriormente abordadas relacionam-se intimamente entre si, sendo este fato justificado por haver a compreensão integral do ser humano assistido. Com isso, avaliar e identificar cada uma das necessidades dos pacientes oncológicos pode ser compreendido como um valioso instrumento, à

medida que possibilita a identificação dos diagnósticos e o estabelecimento e implementação de intervenções adequadas ao momento vivido pelo indivíduo (THEOBALD *et al.*, 2016).

O presente estudo justifica-se por haver um alto quantitativo de indivíduos com câncer num contexto mundial, necessitando de atenção e cuidados dos serviços de saúde e dos profissionais que neles atuam, especialmente dos profissionais da enfermagem.

É importante para o enfermeiro saber como atender esses pacientes de forma a satisfazer todas as suas necessidades, contribuindo para a manutenção da saúde desses indivíduos através da correta tomada de decisões, resultando em intervenções precisas na assistência prestada. A partir do abordado, objetivou-se no presente estudo relatar a importância da assistência de enfermagem no acompanhamento de pacientes oncológicos.

MÉTODOS

O presente trabalho tratou-se de uma revisão integrativa de literatura, com caráter descritivo, método de revisão específico que reúne achados de estudos desenvolvidos mediante diferentes metodologias, permitindo aos pesquisadores sintetizar resultados sem ferir a autoria dos estudos incluídos (ZIANRI *et al.*, 2017).

Para sua realização, através da leitura das publicações, seguiu-se as seguintes etapas: definição do tema e objetivo; estabelecimento dos critérios da inclusão dos artigos, definição da informação a ser extraída dos artigos selecionados; seleção dos artigos, análise dos resultados e apresentação da revisão (ZIANRI *et al.*, 2017).

O estudo foi norteado pela seguinte pergunta: Qual importância da assistência de enfermagem no acompanhamento de pacientes oncológicos?.

A busca dos dados deu-se em publicações disponíveis eletronicamente nas bases de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), da Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e da Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS). A busca foi realizada por meio dos descritores Oncologia, Cuidados de

Enfermagem e Assistência ao Paciente, usando-se o booleando “AND”. A coleta de dados aconteceu entre os meses de Janeiro a Maio de 2025.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção de artigos foram: artigos completos, disponíveis eletronicamente, redigidos em português, inglês ou espanhol; publicados entre os anos de 2016 a 2022; que focalizem o tema e respondam ao objetivo proposto. Os critérios de exclusão foram: estudos incompletos, redigidos em outros idiomas e publicados fora do período proposto.

A partir da questão norteadora do estudo, realizou-se a pesquisa com base nos descritores obtendo-se 332 artigos, sendo 24 na MEDLINE, 39 na LILACS, 209 na SciELO e 60 na BDENF. Foram então aplicados os critérios de inclusão e exclusão restando 45 artigos. Logo após, foi realizada a leitura de títulos e resumos, onde 34 artigos não atenderam aos critérios propostos. Desse modo, 11 artigos foram utilizados para a realização do presente estudo, dos quais 5 artigos foram encontrados na SciELO, 2 artigos na LILACS, 2 artigos na BDENF e 2 artigos na MEDLINE.

O referido trabalho respeita as normas éticas de trabalhos acadêmicos. Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica, conforme preconiza a resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), não se faz necessário o envio deste projeto para avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

RESULTADOS

A busca dos dados resultou em 11 artigos para compor os resultados do referente estudo. Dentre os estudos encontrados, houveram revisões integrativas de literatura (9/11) e estudos descritivos (2/11). Os artigos encontrados foram publicados nos anos de 2016 (1/11), 2019 (1/11), 2020 (4/11), 2021 (2/11) e 2022 (3/11). O Quadro 1 mostra os principais resultados estando classificados quanto a autoria e periódico, ano, título, tipo de estudo e resultados obtidos, segundo ordem cronológica de publicação, conforme segue-se:

Quadro 1 - importância da assistência de enfermagem prestada ao paciente oncológico.

ID	AUTORIA/ PERIÓDICO	ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS OBTIDOS
E1	VIEIRA, A.P.M.; CASTRO, D.L.; COUTINHO, M.S. Revista Eletrônica Atualiza Saúde	2016	Assistência de enfermagem na Oncologia pediátrica.	Revisão de literatura	Os profissionais de Enfermagem têm papel fundamental no processo de cuidar da paciente em tratamento oncológico por ofertarem um tratamento humanizado e sistematizado.
E2	LIRA, B.S.M.; AN- DRADE, E.G.S. Revista de Inicia- ção Científica e Ex- tensão	2019	Assistência do enfermeiro no atendimento domiciliar em pacientes oncológicos.	Revisão de literatura	O enfermeiro tem um papel fundamental na articulação entre família e equipe multiprofissional, cuidando do paciente para que este alcance sua autonomia ou morra com dignidade.
E3	ANACLETO, G.; CECCHETTO, F.H.; RIEGEL, F. Revista Enferma- gem Contemporânea	2020	Cuidado de enfermagem humanizado ao paciente oncológico: revisão integrativa.	Revisão de literatura	O enfermeiro é importante no atendimento ao paciente oncológico pois realiza: o acolhimento; valorização do paciente e atenção às necessidades globais; estabelecimento de bom relacionamento, boa comunicação, escuta ativa e criação de vínculos com o paciente e sua família.
E4	BRANDÃO, M.L.A.; GOIS, R.M.O. Ciências Biológicas e de Saúde Unit	2020	Assistência de enfermagem para pacientes oncológicos em cuidados paliativos: importância da interação familiar no tratamento.	Revisão de literatura	O enfermeiro deve ser atencioso e ter total conhecimento do quadro clínico do paciente oncológico e das diferenciadas abordagens terapêuticas disponíveis para o sintoma em destaque.
E5	OLIVEIRA, T.R. et al. Brazilian Journal of Development	2020	Sistematização da Assistência de Enfermagem: análise da produção científica em oncologia – revisão integrativa.	Revisão de literatura	O paciente oncológico, nas várias fases do tratamento, necessita do profissional conhecimento técnico-científico e habilidades no relacionamento interpessoal com ações de saúde e práticas educativas que minimizem o sofrimento de todos os envolvidos no processo de cuidar.
E6	RIBEIRO, F.A. et al. Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde	2020	Nursing assistance in chronic pain measurement in oncológica patients.	Revisão de literatura	O câncer está em ascensão em todo o mundo e cada vez mais a enfermagem se faz presente e necessário no setor oncológico, atuando de forma multifatorial para proporcionar conforto e uma boa qualidade de vida ao paciente.

ID	AUTORIA/ PERIÓDICO	ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS OBTIDOS
E7	CESÁRIO, J.M.S. et al. Research, Society & Development	2021	Atención de enferme- ría para pacientes con cáncer sometidos a anestesia.	Pesquisa descritiva	O enfermeiro é o profissio- nal habilitado para gerenciar todas as necessidades que circundam a anestesia reali- zada durante as cirurgias de pacientes oncológicos, com o objetivo de proporcionar a promoção, recuperação, cuidado individualizado e humanizado.
E8	RIBEIRO, A.M.N. et al. Research, Society & Development	2021	Nursing care for can- cer patients: An expe- rience report.	Estudo descritivo	O enfermeiro é quem passa segurança à pessoa com do- ença oncológica, envolver o paciente em todas as etapas do cuidado e realizar orien- tações pertinentes sobre o processo.
E9	MASCHIO, J.R.A. Brazilian Journal of Development	2022	Atuação da enferma- gem frente a pacientes oncológicos em cuida- dos paliativos.	Revisão de literatura	O enfermeiro tem atuação importante na assistência ao paciente portador de patologia oncológica por se envolver com o paciente em tratamento e com seus familiares.
E10	PEZZI JUNIOR, S.A. et al. Research, Society & Development	2022	Nursing care for can- cer patients inserted in the hospital envi- ronment during the Covid-19 pandemic.	Revisão de literatura	Os enfermeiros oncológicos desempenham um papel importante na gestão e pre- venção da propagação do SARS-CoV-2, assim como na educação em saúde do pa- ciente, no atendimento hu- manizado e na manutenção da qualidade de vida deste.
E11	SANTOS, G.T.C. et al. Research, Society & Development	2022	Atribuciones de enfer- mería en la atención al paciente oncológico a través de terapias complementarias.	Revisão de literatura	O profissional de enferma- gem é essencial para a com- preensão, auxílio psíquico e emocional, na superação de barreiras e aceitação dos cuidados multiprofissionais e consequentemente, na me- lhoria da qualidade de vida ou na redução de agravos e complicações.

Fonte: Os autores (2025).

DISCUSSÃO

No que diz respeito à importância da assistência de enfermagem pres-
tada ao paciente oncológico, tem-se que esses profissionais são importantes
no contexto do acompanhamento de pacientes oncológicos pois possuem a

qualificação e habilidades técnico-científicas para promover uma melhor qualidade de vida aos pacientes, um tratamento digno a esses e uma assistência multiprofissional de forma completa, individual e humanizada.

A assistência de enfermagem prestada no cuidado a indivíduos com câncer tem sido constantemente estudada com o intuito de buscarem conhecimentos para proporcionar o máximo de conforto possível ao paciente que se encontra vulnerável diante de um forte estigma ocasionados por essa doença. Já para o meio profissional, a melhoria dos níveis de conhecimento proporciona melhor efetividade na dinâmica do serviço, resultando em um serviço de excelência, almejado pelo paciente que precisa do cuidado, e também da organização hospitalar que objetiva um cuidado eficaz (PEREIRA *et al.*, 2017).

De acordo com o estudo de Pezzi Júnior *et al* (2022), o papel da enfermagem nos serviços de oncologia tem sido cada vez mais necessária e relevante, pois o cuidado prestado vem modificando a visão do trabalho do enfermeiro, redirecionando-o enquanto um ser provedor do cuidado que se envolve com os outros indivíduos, desenvolvendo assim o anseio pela especialização no tratamento oncológico.

O enfermeiro tem a capacidade de desenvolver uma análise crítica na área gerencial e administrativa dos cuidados prestados na oncologia, sendo esse profissional habilitado para obter conhecimentos profundos nas unidades quimioterápica, cirúrgica, radioterápica, bem como nos cuidados para a realização do transplante de medula e, em último caso, nos cuidados paliativos, valendo-se de meios tecnológicos e das relações interpessoais (ANACLETO; CECCHETTO; RIEGEL, 2020).

Contudo, evidencia-se uma nítida dificuldade explicitada pelos profissionais recém-formados e que ingressam nessa área, deixando clara a necessidade do aprimoramento de seus atributos profissionais e pessoais, uma vez que se mostram falhos em reconhecer a qualidade de vida e a consequente individualização do tratamento na rotineira abordagem do paciente oncológico (CONTIM; ESPÍRITO SANTO; MORETTO, 2020).

A enfermagem também é rotineiramente vista como “a ciência do cuidado”, sendo esse cuidado ofertado de modo a abranger a totalidade do paciente. Esta forma de cuidar tem como resultado a implicação de uma compreensão da atuação dos profissionais, as dificuldades enfrentadas por esses e o atendimento

às necessidades dos pacientes e familiares. O exercício do cuidado gera uma capacidade de partilhar experiências e de prever o comportamento de quem recebe a assistência (RIBEIRO *et al.*, 2020).

O enfermeiro é o profissional que se torna como um elo entre os serviços de saúde e os familiares dos pacientes, e diversas vezes sente-se inseguro, confuso, despreparado e angustiado por lidar com a situação do paciente oncológico, já que este requer, especialmente quando em terminalidade de vida, mais do que conhecimentos e técnicas para a assistência, cobrando-lhe equilíbrio e habilidades nas dimensões emocional, física e espiritual. Dessa maneira, seu preparo profissional deve abordar conteúdos que tornem possível minimizar seus receios e mecanismos para suportar tensões e ajudar os pacientes e assistir aos seus familiares (GUTIERRES *et al.*, 2018).

Atualmente, a enfermagem pauta-se não apenas na realização de técnicas, mas especialmente, na assistência como meio de atendimento integral e humanizado das necessidades humanas básicas. Uma relação enfermeiro-paciente harmoniosa, quando bem estabelecida, é essencial para reconhecer aspectos no paciente como a dor. Em muitas situações, essas relações se tornam determinantes para a realização de um tratamento bem-sucedido. O papel da enfermagem na assistência ao paciente com câncer é algo único (CAZZA-NIGA; BONANNI, 2018).

A enfermagem deve ter uma perspectiva humanizada, para que possa haver a possibilidade de visualizar os aspectos mentais, físicos, emocionais e espirituais dos pacientes, inclusive seus aspectos pessoais e propósitos de vida, de modo que seja possível promover uma maior autoestima. Para tanto, existe uma necessidade de visualizar de forma ampla a prevalência do sofrimento no paciente com câncer, bem como uma noção abrangente do que ele gera, sendo imprescindíveis na assistência prestada para um cuidado mais humano (MENEZES *et al.*, 2018).

Para Vieira, Castro & Coutinho (2016), os profissionais da enfermagem lidam diretamente na assistência ao paciente oncológico. Em outros termos, tem-se que esses profissionais atuam diante dos serviços de ajuda, dor e acolhimento, possuindo uma carga horária de trabalho muito intensa e demasiada exaustiva.

A equipe de enfermagem tem dentro de suas atribuições uma grande responsabilidade frente a seus pacientes, sendo profissionais que trabalham

de maneira digna, respeitosa e que causa muita admiração em quem recebe a assistência (LIRA; ANDRADE, 2019).

Contudo, sugere-se que o clima negativo de trabalho e a falta de clareza nas informações e nos resultados esperados carregam efeitos que resultam em profissionais ineficientes e descontentes quando não são acompanhados e nem monitorados, gerando o surgimento de transtornos que necessitam ser tratados e constantemente acompanhados (RIBEIRO *et al.*, 2021).

A partir dessa ótica, observa-se que nível de responsabilidade da enfermagem em sua atuação diante de pacientes oncológicos é extremamente alto. Existe uma constante necessidade de acompanhar as atividades de tais profissionais durante a assistência ofertada, bem como averiguar se existem recursos suficientemente disponíveis que garantam o conforto e o suprimento das necessidades pessoais dos pacientes, para que desta forma possuam melhor qualidade de vida no enfrentamento às adversidades geradas pela doença (BRANDÃO; GOIS, 2020).

CONCLUSÃO

Por meio do presente estudo, pode-se compreender que a equipe de enfermagem tem grande relevância durante a assistência prestada ao paciente oncológico, sendo estes profissionais munidos de conhecimento técnico-científico e de habilidades para realizar um atendimento humanizado e individualizado de acordo com a necessidade de cada paciente atendido.

É importante para a equipe de enfermagem reconhecer os pacientes com câncer como indivíduos que necessitam de cuidados específicos para suas condições de saúde, bem como planejar a assistência prestada e avaliar as condutas adequadas a cada paciente. Tais condutas podem ajudar-lhe na implementação e aplicação de um processo de enfermagem eficaz, aonde o mesmo planeja suas ações e as intervenções direcionadas à promoção de uma melhor qualidade de vida do paciente.

O papel da enfermagem, através da aplicação do cuidado sistematizado juntamente com os demais membros da equipe multiprofissional, tem em vista a incorporação de princípios com a finalidade de suprir as necessidades dos

pacientes e restabelecer a saúde destes, além de prevenir o surgimento de patologias de diversas origens.

REFERÊNCIAS

ANACLETO, G.; CECCHETTO, F.H.; RIEGEL, F. Cuidado de enfermagem humanizado ao paciente oncológico: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Contemporânea**; v. 9, n. 2, p. 246-254, 2020.

BRANDÃO, M.L.A.; GOIS, R.M.O. Assistência de enfermagem para pacientes oncológicos em cuidados paliativos: importância da interação familiar no tratamento. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**; v. 6, n. 1, p. 175-188, 2020.

CAZZANIGA, M.; BONANNI, B. Relationship between metabolic disorders and breast cancer incidence and outcomes. Is there a preventive and therapeutic role for berberine? **Anticancer Research**; v. 38, n. 8, p. 4393-4402, 2018.

CESÁRIO, J.M.S. *et al.* Atención de enfermería para pacientes con cáncer sometidos a anestesia. **Research, Society & Development**; v. 10, n. 5, e31310514798, 2021.

CONTIM, C.L.V.; ESPÍRITO SANTO, F.H.; MORETTO, I.G. Applicability of auriculotherapy in cancer patients: an integrative literature review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**; v. 54, e03609, 2020.

GILAM, G. *et al.* Negative Affect-Related Factors Have the Strongest Association with Prescription Opioid Misuse in a Cross-Sectional Cohort of Patients with Chronic Pain. **Pain Med. Colet.**; v. 10, n. 1, p. 979-987, 2019.

GUTIERRES, L.S. *et al.* Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. **Revista Brasileira de Enfermagem**; v. 71, n. 6, p. 2775-2782, 2018.

LIRA, B.S.M.; ANDRADE, E.G.S. Assistência do enfermeiro no atendimento domiciliar em pacientes oncológicos. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**; v. 2, n. esp. 2, p. 314-322, 2019.

MASCHIO, J.R.A. Atuação da enfermagem frente a pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Brazilian Journal of Development**; v. 8, n. 1, p. 4704-4727, 2022.

MELLO, B.S. *et al.* Applicability of the Nursing Outcomes Classification (NOC) to the evaluation of cancer patients with acute or chronic pain in palliative care. **Applied Nursing Research**; v. 1, p. 12-18, 2016.

MENEZES, R.R. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde e espiritualidade em pessoas com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**; v. 64, n. 1, p. 09-17, 2018.

OLIVEIRA, T.R. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem: análise da produção científica em oncologia – revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**; v. 6, n. 2, p. 9541-9555, 2020.

PEREIRA, G.N. *et al.* Relação entre sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. **Enfermagem em Foco**; v. 8, n. 2, p. 21-25, 2017.

PEZZI JUNIOR, S.A. *et al.* Nursing care for cancer patients inserted in the hospital environment during the Covid-19 pandemic. **Research, Society & Development**; v. 11, n. 2, e56611226141, 2022.

- RIBEIRO, A.M.N. *et al.* Nursing care for cancer patients: An experience report. **Research, Society & Development**; v. 10, n. 4, e38310414323, 2021.
- RIBEIRO, F.A. *et al.* Nursing assistance in chronic pain measurement in oncológica patients. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**; v. 2, n. 3, p. 32-37, 2020.
- RIBEIRO, J.P. *et al.* Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**; v. 8, n. 4, p. 5136-5142, 2016.
- ROCHA, R.C.N P. *et al.* Necessidades espirituais vivenciadas pelo cuidador familiar de paciente em atenção paliativa oncológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**; v. 71, n. 6, p. 2635-2642, 2018.
- SANTOS, G.T.C. *et al.* Atribuciones de enfermería en la atención al paciente oncológico a través de terapias complementarias. **Research, Society & Development**; v. 11, n. 1, e30111124918, 2022.
- THEOBALD, M.R. *et al.* Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. **Physis**; v. 26, n. 4, p. 1249-1269, 2016.
- VIEIRA, A.P.M.; CASTRO, D.L.; COUTINHO, M.S. Assistência de enfermagem na Oncologia pediátrica. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**; v. 3, n. 3, p. 67-75, 2016.
- ZIANRI, M.M. *et al.* Efeitos da terapia manual sobre a dor em mulheres com fibromialgia: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde**; v. 10, n. 1, p. 48-55, 2017.

A COMUNICAÇÃO COMO COMPETÊNCIA TÉCNICA ESSENCIAL EM ENFERMAGEM

Hélène Ferreira Malta

Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (Porto); Portugal

Rui Carlos Negrão Baptista

UICISA: E-Health Sciences Research Unit – Coimbra; Portugal

Maria Aurora Gonçalves Pereira

UICISA: E-Health Sciences Research Unit – Coimbra ; Portugal

Paulo Parente Gonçalves

UICISA: E-Health Sciences Research Unit – Coimbra ; Portugal

Isabel Maria Ribeiro Fernandes

UICISA: E-Health Sciences Research Unit – Coimbra ; Portugal

Anaísa Ferreira Reveles

Escola Superior de Saúde no Instituto Politécnico de Leiria; Portugal

RESUMO

A enfermagem contemporânea assenta numa prática profissional que integra conhecimento científico, competências técnicas e relações interpessoais de elevada qualidade. Neste contexto, a comunicação surge como uma ferramenta essencial e transversal a todas as dimensões do cuidado. Embora tradicionalmente classificada como uma competência “não técnica”, é imperativo reconhecer a comunicação como um componente técnico-fundamental da prática de enfermagem, determinante para a segurança, eficácia e humanização dos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Comunicação; enfermagem; competência técnica; humanização.

A COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM: CONCEITOS E FUNDAMENTOS

Comunicar é uma arte, que permite tornar comum um conjunto de mensagens que possibilitam a interação e a compreensão mútua. No âmbito da enfermagem o desenvolvimento da comunicação é uma constante e, para que seja mesmo efetiva, deve ser terapêutica, desenvolvida sempre com o intuito de identificar e compreender as necessidades do utente e sua família.

A comunicação pode ser definida como um processo dinâmico e bidirecional de partilha de informação, sentimentos e significados entre duas ou mais pessoas. No âmbito da enfermagem, este processo inclui componentes verbais, não verbais, escritos e digitais, sendo influenciado por fatores individuais, sociais e culturais (Silva *et al.*, 2020).

Os fundamentos da comunicação eficaz em enfermagem envolvem a escuta ativa, a empatia, a assertividade, a inteligência emocional e a adaptação da linguagem às características do utente. Estes elementos têm impacto direto na qualidade da relação terapêutica, na compreensão das necessidades da pessoa cuidada e na implementação de intervenções de enfermagem ajustadas e seguras (Araújo *et al.*, 2021).

A escuta ativa refere-se à capacidade de ouvir o outro com atenção plena, interpretando não apenas as palavras, mas também os sinais não verbais e emocionais que acompanham a comunicação. Implica disponibilidade, silêncio intencional, *feedback* verbal e não verbal adequados, e a capacidade de suspender julgamentos.

Em enfermagem, esta competência permite ao profissional captar sinais subtis de sofrimento, dúvidas ou necessidades não expressas de forma explícita, o que é determinante para uma avaliação clínica rigorosa e para a construção de uma aliança terapêutica eficaz (Santos *et al.*, 2020).

A empatia, por sua vez, representa a aptidão para se colocar no lugar do outro, compreendendo a sua perspetiva emocional e experiencial, sem confundir com simpatia ou identificação. Exige a capacidade de se colocar no lugar do outro, sendo uma das atividades mais difíceis para qualquer ser humano e os enfermeiros não são exceção. É uma com-

petência relacional que promove a confiança e o respeito mútuo, facilitando a expressão das emoções e a adesão à terapêutica. No contexto dos cuidados de saúde, a empatia não se traduz apenas numa atitude compassiva, mas numa resposta técnica e emocionalmente ajustada às vivências da pessoa cuidada (Oliveira & Gonçalves, 2019).

A assertividade é igualmente crucial, pois permite ao enfermeiro expressar-se de forma clara, respeitosa e eficaz, defendendo os direitos e necessidades da pessoa cuidada sem negligenciar os próprios limites e deveres profissionais. Esta habilidade torna-se especialmente importante em situações de conflito, em contextos multidisciplinares ou quando se lida com utentes hostis ou em sofrimento, pois permite manter a equidade e o foco nos cuidados seguros (Loureiro et al., 2022).

A inteligência emocional, entendida como a capacidade de reconhecer, compreender e gerir as próprias emoções e as dos outros, é um elemento transversal que influencia a eficácia comunicacional. Em enfermagem, esta competência facilita a autorregulação emocional em contextos de *stress*, a gestão de equipas e o desenvolvimento de relações de confiança com utentes e famílias (Mendes & Ferreira, 2020). A ausência desta competência pode conduzir a reações impulsivas, falhas de comunicação e aumento do risco de erro clínico.

Por fim, a **adaptação da linguagem às características do utente** é um fator decisivo para a compreensão mútua e a humanização dos cuidados. A linguagem utilizada pelo enfermeiro deve ser acessível, respeitosa, culturalmente sensível e ajustada ao nível de literacia em saúde do utente. Esta adaptação não se limita à escolha de palavras, mas inclui a postura corporal, o tom de voz, a utilização de metáforas apropriadas e até o tempo dedicado à comunicação (Araújo et al., 2021). Ignorar estas variáveis pode resultar em mal-entendidos, baixa adesão terapêutica e frustração, tanto para o utente como para o profissional.

Estes fundamentos, articulados entre si, não só sustentam a qualidade da relação terapêutica, como também influenciam diretamente os resultados em saúde, a segurança do utente e a satisfação profissional dos enfermeiros. Deste modo, a comunicação em enfermagem assume-se como instrumento técnico, ético e relacional que exige formação contínua, autorreflexão e prática deliberada.

RELEVÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

A comunicação assume um papel fundamental na construção e manutenção da relação terapêutica entre o enfermeiro e o utente, sendo um dos pilares essenciais para uma prática de cuidados centrada na pessoa. Esta relação é sustentada por uma comunicação verbal e não verbal que deve ser clara, empática e respeitadora da individualidade de cada pessoa, promovendo um ambiente de confiança e segurança emocional (Santos, Marques & Teixeira, 2020; Oliveira & Gonçalves, 2019).

A escuta ativa, o uso adequado do tom de voz, a linguagem corporal congruente e a empatia são competências comunicacionais que permitem não só estabelecer uma ligação eficaz com o utente, mas também compreender melhor as suas necessidades e expectativas. Esta abordagem centrada no utente contribui para o fortalecimento da aliança terapêutica e potencia a qualidade dos cuidados prestados (Silva, Rocha & Figueiredo, 2020; O'Daniel & Rosenstein, 2008).

Adicionalmente, diversos estudos têm demonstrado que uma comunicação eficaz melhora a adesão do utente às orientações terapêuticas, promove a literacia em saúde e influencia positivamente a sua capacidade de autocuidado e tomada de decisão (Monteiro & Ribeiro, 2022; World Health Organization, 2017). Esta relação de confiança contribui também para a redução da ansiedade, o aumento da satisfação com os cuidados recebidos e, consequentemente, para melhores resultados em saúde (Reeves *et al.*, 2017).

Por outro lado, a ausência ou fragilidade na comunicação pode comprometer a qualidade do cuidado, gerar mal-entendidos, aumentar o risco de erros e afetar negativamente a experiência do utente nos serviços de saúde (Silva, Sousa & Lima, 2019; Manser, 2009).

Neste contexto, é essencial investir na formação contínua dos profissionais de enfermagem em competências comunicacionais, integrando estratégias pedagógicas como a simulação e a aprendizagem reflexiva, que permitem desenvolver e consolidar práticas comunicativas eficazes e humanizadas (Martins, Lopes & Barros, 2022; Ferreira & Almeida, 2021).

COMUNICAÇÃO COMO PROMOTORA DA SEGURANÇA DO UTENTE

A comunicação eficaz entre profissionais de saúde é um pilar fundamental da segurança do utente. Diversos estudos internacionais e nacionais evidenciam que falhas de comunicação estão na origem de grande parte dos eventos adversos em contexto hospitalar, desde erros de medicação até diagnósticos incorretos ou atrasados (Joint Commission International, 2021; República Portuguesa, 2021; Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015).

Particularmente crítica é a comunicação durante a transição de cuidados, como na passagem de turno, em que informações incompletas ou ambíguas podem comprometer a continuidade e qualidade da assistência prestada. Estas falhas podem resultar, por exemplo, em administração incorreta de medicamentos, repetição de exames desnecessários ou omissão de intervenções importantes (World Health Organization [WHO], 2017).

O uso de ferramentas de comunicação padronizadas, como o modelo SBAR (Situação, Background, Avaliação e Recomendação), tem sido promovido como uma boa prática com resultados comprovados na melhoria da transmissão de informação e na tomada de decisões clínicas (Institute for Healthcare Improvement [IHI], 2011). O SBAR facilita a estruturação da informação, garantindo que elementos cruciais do estado clínico do utente sejam devidamente comunicados e compreendidos por todos os intervenientes.

Em Portugal, a DGS recomenda expressamente o uso de protocolos de comunicação estruturada, no âmbito dos Programas de Prevenção de Eventos Adversos e Qualidade em Saúde, reconhecendo a sua importância para a redução de erros evitáveis (DGS, 2015). Além disso, a promoção da cultura de segurança nas instituições de saúde inclui a valorização da escuta ativa, do *feedback* assertivo e da comunicação interprofissional baseada na confiança mútua.

COMUNICAÇÃO NO TRABALHO EM EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

O ambiente dos cuidados de saúde é, por natureza, multidisciplinar. Envolve a colaboração de diversos profissionais — enfermeiros, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros, cada

um com competências, responsabilidades e visões próprias. Neste contexto, a **comunicação colaborativa e eficaz** constitui a base essencial para assegurar cuidados integrados, seguros e centrados no utente.

Na prática da enfermagem, a capacidade de comunicar de forma clara, assertiva e empática com outros membros da equipa é fundamental para garantir a **continuidade e coordenação dos cuidados**, evitar redundâncias, identificar precocemente alterações no estado do utente e facilitar a tomada de decisões clínicas (Monteiro & Ribeiro, 2022; Silva *et al.*, 2019). Esta competência exige não apenas domínio técnico-linguístico, mas também sensibilidade relacional e inteligência emocional, especialmente em contextos de elevada pressão e complexidade.

Estudos internacionais mostram que falhas de comunicação entre profissionais de saúde estão na origem de uma proporção significativa de eventos adversos e atrasos nos cuidados (WHO, 2017; O'Daniel & Rosenstein, 2008). Por outro lado, equipas que comunicam eficazmente apresentam maior coesão, melhor ambiente de trabalho, menor rotatividade de pessoal e melhores resultados em saúde (Manser, 2009).

Instrumentos como as **rondas multidisciplinares**, as **reuniões clínicas estruturadas** e o **registo clínico eletrónico partilhado** são estratégias que facilitam o fluxo de informação entre os diversos intervenientes, contribuindo para uma visão holística e coordenada do estado e necessidades do utente.

Além disso, a comunicação interdisciplinar eficaz, depende do **respeito mútuo pelas diversas áreas de conhecimento** e da promoção de uma cultura de valorização da diversidade de saberes. Isto implica escuta ativa, abertura ao diálogo e reconhecimento do papel de cada profissional na construção de um plano terapêutico partilhado e centrado na pessoa (Reeves *et al.*, 2017).

Em Portugal, os princípios da colaboração interprofissional estão consagrados em várias orientações estratégicas no âmbito da **Qualidade em Saúde** e da **Segurança do Utente**, destacando-se a importância da formação contínua dos profissionais em competências comunicacionais e colaborativas (DGS, 2015).

Em suma, a comunicação no seio das equipas multidisciplinares não é um ato meramente funcional, mas um elemento estruturante da qualidade dos cuidados. A sua promoção sistemática é condição essencial para uma prática clínica segura, humanizada e eficiente.

A COMUNICAÇÃO COMO COMPETÊNCIA TÉCNICA: PERSPETIVA PEDAGÓGICA E PROFISSIONAL

A comunicação, tradicionalmente classificada como uma competência “não técnica” ou “interpessoal”, tem vindo a ganhar reconhecimento como uma **competência técnica essencial** à prática profissional em enfermagem. Esta reclassificação implica uma mudança de paradigma com implicações profundas a nível **formativo, pedagógico e organizacional**, exigindo uma abordagem estruturada e contínua ao desenvolvimento desta competência ao longo do percurso académico e profissional.

A comunicação não pode ser reduzida a um fenómeno espontâneo ou meramente relacional. Pelo contrário, ela constitui um **ato técnico, deliberado e com impacto mensurável na qualidade e segurança dos cuidados prestados**. Envolve o domínio de estratégias específicas, a escolha consciente de palavras, gestos e posturas, bem como a capacidade de adaptação a contextos diversos, de modo ético e profissional (Melo & Cruz, 2019). O reconhecimento da comunicação como competência técnica coloca-a, assim, ao mesmo nível de outras habilidades clínicas, como a administração de medicação ou a monitorização de sinais vitais, uma vez que influencia diretamente os desfechos em saúde, a segurança do utente e a eficácia do trabalho em equipa.

Reconhecer a comunicação como competência técnica requer a sua **integração formal e transversal nos planos curriculares dos cursos de licenciatura em Enfermagem**. Esta integração não deve limitar-se a disciplinas isoladas ou modulares, mas antes estender-se ao longo de todo o percurso formativo, de forma interligada com as unidades clínicas, éticas, psicológicas e práticas.

A abordagem pedagógica deve basear-se em **estratégias ativas e experienciadas**, com destaque para:

- **Simulação clínica:** Permite a recriação de contextos reais de prática, onde os estudantes desenvolvem competências comunicacionais em cenários de complexidade crescente, com possibilidade de erro sem comprometer a segurança do utente. Esta estratégia favorece o desenvolvimento de competências de escuta, empatia, assertividade e comunicação em situações de crise (Ferreira & Almeida, 2021).

- **Role-playing e dramatização:** Promovem a experimentação de diferentes papéis (enfermeiro, utente, familiar), facilitando a compreensão de perspetivas diversas e a reflexão sobre a eficácia das mensagens transmitidas. Estes métodos favorecem o *feedback* imediato e o desenvolvimento de consciência relacional.
- **Supervisão clínica orientada:** No ensino clínico, a comunicação deve ser observada, discutida e avaliada com o mesmo rigor que outras competências técnicas. A supervisão orientada permite identificar pontos críticos, reforçar boas práticas e fomentar a autorregulação.
- **Reflexão crítica e escrita reflexiva:** A promoção de espaços pedagógicos para a análise reflexiva de experiências clínicas permite aos estudantes consolidar aprendizagens, identificar padrões de comunicação e desenvolver um pensamento crítico sobre o impacto das suas interações nos resultados dos cuidados (Martins et al., 2022).

Para além da formação inicial, a comunicação deve ser entendida como uma competência que **exige atualização e aperfeiçoamento ao longo da vida profissional**. Este desenvolvimento contínuo é crucial, considerando a evolução das dinâmicas sociais, culturais, tecnológicas e institucionais que moldam os contextos de cuidado.

Entre as estratégias eficazes de desenvolvimento profissional destacam-se:

- **Formação em serviço:** Programas regulares de capacitação, oficinas temáticas e sessões clínicas dedicadas à comunicação terapêutica, gestão de conflitos, comunicação com pessoas em fim de vida ou com necessidades especiais são fundamentais para manter a competência atualizada.
- **Mentoria e coaching clínico:** A orientação por parte de enfermeiros mais experientes contribui para a aquisição de estilos comunicacionais mais maduros e adaptativos, além de promover um ambiente de apoio e aprendizagem no local de trabalho (Silva et al., 2020).
- **Autoavaliação e *feedback* estruturado:** A promoção de práticas regulares de autoanálise (por exemplo, através de diários reflexivos ou

gravações de interações clínicas para análise) e o acesso a *feedback* específico por parte de colegas e supervisores contribuem para a melhoria contínua da comunicação.

RECONHECIMENTO INSTITUCIONAL

Do ponto de vista organizacional, a comunicação deve ser integrada **nos sistemas de avaliação de desempenho, acreditação e qualidade dos cuidados de saúde**. A existência de indicadores que reflitam a eficácia da comunicação enfermeiro-utente, a satisfação dos utentes, ou a redução de incidentes relacionados com falhas comunicacionais, reforça a sua natureza técnica e mensurável (Oliveira & Silva, 2021).

A comunicação deve ainda ser abordada nos **programas de integração de novos profissionais**, incluindo formação específica sobre estilos comunicacionais da equipa, protocolos institucionais, canais de comunicação formal e informal, e boas práticas de registo clínico.

Assim, a perspetiva pedagógica e profissional que reconhece a comunicação como competência técnica contribui para a valorização da profissão de enfermagem e para a elevação dos padrões de qualidade dos cuidados. Este reconhecimento implica um investimento sistemático na **formação inicial e contínua, na avaliação rigorosa** das competências comunicacionais e na criação de **culturas organizacionais que valorizem e promovam a excelência comunicacional**. Trata-se de uma aposta não apenas na humanização dos cuidados, mas também na sua eficácia e segurança.

COMENTÁRIO FINAL

A comunicação em enfermagem não é apenas uma ferramenta complementar ao cuidado: é uma competência estruturante, com implicações diretas na qualidade, segurança e humanização dos cuidados de saúde. A sua reclassificação como competência técnica permite valorizá-la de forma mais justa e efetiva no âmbito da prática e da formação profissional em enfermagem. Investir no seu ensino, desenvolvimento e avaliação é investir na excelência dos cuidados e no respeito pela dignidade das pessoas cuidadas.

REFERÊNCIAS

- Araújo, M., Lima, S., & Coutinho, C. (2021). A comunicação no processo de cuidar em enfermagem: Perspectivas e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 45–52. <https://doi.org/10.12707/RV21039>.
- Araújo, R., Batista, P., & Costa, M. (2021). Competências de comunicação em enfermagem: Bases para uma prática segura e centrada na pessoa. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 75(3), 42–51. <https://doi.org/10.34630/rpe.2021.75.42>.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma nº 015/2015 de 30/09/2015 – Programa Nacional para a Segurança dos Utentes: Comunicação de Segurança*. <https://www.dgs.pt>.
- Ferreira, C., & Almeida, T. (2021). A simulação como estratégia pedagógica no ensino da comunicação em saúde. *Revista de Educação em Enfermagem*, 9(2), 58–67.
- Institute for Healthcare Improvement. (2011). *SBAR Tool: Situation-Background-Assessment-Recommendation*. <https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx>.
- Joint Commission International. (2021). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals* (7ª ed.). Joint Commission Resources.
- Loureiro, L., Silva, C., & Duarte, A. (2022). A assertividade como competência comunicacional em enfermagem: Revisão narrativa. *Enfermagem Atual*, 59(2), 87–95.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: A review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143–151. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>.
- Martins, P., Lopes, A., & Barros, R. (2022). Aprendizagem reflexiva e competências comunicacionais em enfermagem: Perspetiva dos estudantes. *Cadernos de Pedagogia em Saúde*, 5(1), 20–31.
- Melo, R., & Cruz, S. (2019). Comunicação em enfermagem: Da competência interpessoal à técnica clínica. *Revista Portuguesa de Cuidados de Saúde*, 14(3), 44–52.
- Mendes, A., & Ferreira, A. (2020). Inteligência emocional na prática de enfermagem: Um contributo para a segurança dos cuidados. *Saúde e Sociedade*, 29(4), 1120–1128. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020200409>.
- Monteiro, F., & Ribeiro, J. (2022). Comunicação em equipas interprofissionais de saúde: Uma competência estratégica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 26, 15–22. <https://doi.org/10.31292/rpesm.n26.2022.15-22>.
- Monteiro, R., & Ribeiro, O. (2022). Comunicação interprofissional em contextos clínicos: Desafios e oportunidades para a enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 28, 45–52.
- O'Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008). Professional communication and team collaboration. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Vol. 2, pp. 2-271–2-284). Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Oliveira, M., & Gonçalves, R. (2019). A empatia como ferramenta de comunicação na relação enfermeiro-utente. *Revista de Enfermagem e Comunicação em Saúde*, 4(1), 33–40.
- Oliveira, S., & Silva, P. (2021). Indicadores de qualidade na comunicação clínica: Uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Gestão em Saúde*, 10(1), 91–102.

Organização Mundial da Saúde. (2017). *Communication during patient hand-overs. WHO Guidelines*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550370>.

Pereira, M., Santos, M., & Cardoso, A. (2019). Competências comunicacionais em contextos de diversidade cultural em saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, 28(1), 114–126. <https://doi.org/10.1590/s0104-129020191802>.

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>.

República Portuguesa. (2021, 24 de setembro). *Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro: Aprovação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026* [Diário da República, 2.ª série, n.º 187, pp. 96–103].

Santos, J., Marques, L., & Teixeira, D. (2020). Escuta ativa: Estratégia essencial na comunicação terapêutica em enfermagem. *Cadernos de Enfermagem*, 8(2), 15–22.

Silva, D., Nunes, A., & Costa, M. (2020). A comunicação como competência técnica em enfermagem: Uma análise crítica. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 3(2), 78–86.

Silva, D. C., Sousa, P., & Lima, R. (2019). Comunicação entre profissionais de saúde: Uma chave para a segurança do utente. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20), 117–126. <https://doi.org/10.12707/RIV19006>.

Silva, M., Rocha, D., & Figueiredo, L. (2020). Competência comunicacional como prática técnica em enfermagem: Formação e desenvolvimento profissional. *Revista de Enfermagem Contemporânea*, 9(3), 37–45.

World Health Organization. (2017). *Communication during patient hand-overs. In Patient Safety Solutions* (Vol. 1). <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>.

CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA DA COMISSÃO DE PELE NO CUIDADO DE LESÕES À NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA

Eguimara de Souza Borges Fernandes

Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM)

Rúbia Mara Maia Feitosa

Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM)

Cristina Virgínia Oliveira Carlos

Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM)

Alini Dantas Custódio

Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN)

Amanda Leonidia Santana

Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira (HDEBO)

Ruth Maria de Oliveira

Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM)

Keyla Kaliana de Souza Freitas

Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM)

Claudinete de Sousa Pedro

Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM)

RESUMO

A Necrólise epidérmica tóxica (NET) caracteriza-se por extenso descolamento da epiderme, secundário à necrose, e constitui uma reação adversa a fármacos, embora rara, apresenta elevadas taxas de morbidade e mortalidade. O conhecimento do enfermeiro acerca do processo cicatricial e o uso de curativos adequados facilita a cicatrização das lesões, prevenindo infecções secundárias. Socializar o relato de experiência de uma enfermeira da Comissão de Pele durante cuidados as lesões de um paciente com Necrólise Epidérmica Tóxica. Estudo é resultado da experiência realizada pela enfermeira que atua na Comissão de Pele em um Hospital Regional de Mossoró/RN. O relato ocorre no período de outubro de 2023 a janeiro de 2024, durante o internamento do paciente em diversos setores do hospital. Dois momentos tornavam-se bastante angustiante e traumático para o paciente, a saber: banho no leito e a realização dos curativos. Foram utilizados dois principais tipos de coberturas de curativo: membrana de celulose bacteriana e ácido graxos essenciais. A membrana de celulose bacteriana possuiu propriedades vantajosas no tratamento de lesões, como facilidade na aplicação, excelente adesão aos tecidos, visualização adequada do leito da ferida, drenagem espontânea, diminuição das trocas de cobertura. O uso da membrana de celulose bacterina ajudou no processo mais rápido da cicatrização, minimizando as dores e contribuiu para a redução de infecções secundárias. Evidenciou melhora da alimentação e do equilíbrio hidroeletrólítico do paciente.

Palavras-chave: Curativo; lesões; enfermagem.

INTRODUÇÃO

A necrólise epidérmica tóxica (NET) caracteriza-se por um extenso descolamento da epiderme, secundário à necrose, e constitui uma reação adversa a fármacos, embora rara, apresenta elevadas taxas de morbidade e mortalidade (FRANÇA *et al.*, 2024).

Para alguns autores, esta patologia não deve ser confundida com a Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) mesmo que a fisiopatologia seja similar. Ambas estão inseridas no mesmo espectro clínico inserem em um mesmo espectro clínico caracterizado por apoptose extensa de queratinócitos, levando ao descolamento epidérmico e comprometimento mucoso significativo (ZANOTTO *et al.*, 2024).

O que difere de uma para outra é área de extensão da superfície corporal acometida (FRANTZ *et al.*, 2021). Enquanto a síndrome de Stevens-Johnson causa apenas pequenas áreas de descamação da pele (afetando menos de 10% do corpo), as áreas com lesões e com descamação presentes na necrólise epidérmica tóxica ocupam uma grande extensão, afetando mais de 30% do corpo (PRADO *et al.*, 2024).

A síndrome de Steven-Johnson (SSJ) e a necrólise epidérmica tóxica (NET) estão inseridas no leque das doenças mucocutâneas agudas tendo como gatilho principal os medicamentos, embora infecções, como a pneumonia por *Mycoplasma spp.*, também estejam diretamente relacionadas na sua etiopatogenia. Dentre os fármacos envolvidos, merecem maior evidência: alopurinol, antipsicóticos, anticonvulsivantes (destacando fenitoína e carbamazepina), sulfonamidas, penicilinas e anti-inflamatórios não esteroidais (MELO *et al.*, 2022).

No que se refere a mortalidade, a literatura aponta maior taxa para a NET, se aproxima de 30 a 50%, já para a Síndrome de Stevens-Johnson, que é uma forma mais branda do eritema multiforme, a taxa é menor do que 5% (YAMAMOTO *et al.*, 2024).

Os primeiros sintomas costumam ser inespecíficos (quadro prodrômico de 1 a 14 dias), inicialmente com febre alta, mal-estar, odinofagia e tosse seca, seguidos de lesões purpúricas e máculas eritematosas que evoluem rapidamente para bolhas, erosões cutâneas e desnudamento da epiderme. E rapidamente compromete a extensão total do corpo (PRADO *et al.*, 2024).

Os eritemas podem se alastrar em um curto período de três dias, acometendo a mucosa dos olhos, boca e órgãos genitais, fazendo com que o paciente perca grandes quantidades de líquidos e sais, além de ficar susceptível a infecções. O avanço da doença provoca sintomas como sensibilidade cutânea, desconforto, calafrios e febre persistente (ARAÚJO *et al.*, 2025).

Mais de 90% dos pacientes apresentam envolvimento mucoso, sendo as manifestações mais frequentes: conjuntivite, pseudomembrana e erosões corneais, com evolução para sequelas graves e até amaurose. O fígado é o órgão mais acometido e sua falência responde por uma mortalidade aproximada de 5 a 10% dos pacientes. Observa-se disfunção renal em 14,9% dos pacientes, sendo que 23,2% cursam com hematúria e 27,9% necessitam fazer hemodiálise (WASUWANICH, *et al.*, 2025).

Alguns trabalhos têm demonstrado redução da taxa de morbidade e mortalidade quando tais pacientes são diagnosticados precocemente, bem como tratados em unidades de referência já que envolve cuidado multiprofissional, abordagem a lesões cutâneas extensas, controle de danos sistêmicos, suporte hidroeletrólítico, monitoramento de funções vitais, quadros infecciosos secundários e aporte nutricional (ARAÚJO *et al.*, 2025).

Nessa perspectiva, os cuidados de enfermagem são extremamente importantes para a redução da taxa de mortalidade como, por exemplo, a lavagem das mãos antes de tocar no paciente, nutrição, preparo e administração de medicações corretas e o uso de curativos com coberturas adequadas em cada fase são medidas necessárias para evitar o surgimento de infecções graves doenças (MOCELLIN; MERLOS; MERLOS, 2024).

O conhecimento do enfermeiro acerca do processo cicatricial e o uso de curativos adequados facilita a cicatrização das lesões, além de prevenir infecções secundárias, amenizar a dor, controlar a temperatura e manter o equilíbrio hidroeletrólítico do paciente, contribuindo para uma diminuição da morbimortalidade dessas doenças (MOCELLIN; MERLOS; MERLOS, 2024).

Nesse contexto, a pesquisa faz-se importante, frente a singularidade do caso na região do estudo, e na possibilidade de criar melhores mecanismos para a assistência de enfermagem aos portadores de Necrólise Epidérmica Tóxica.

Portanto, o trabalho tem como objetivo socializar o relato de experiência de uma enfermeira da Comissão de Pele de um Hospital Regional de Mossoró/RN durante tratamento de um paciente com Necrólise Epidérmica Tóxica.

MÉTODOS

O presente estudo trata-se de um relato de experiência, do tipo descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo é resultado do relato de experiência realizada pela enfermeira que atua na Comissão de Pele em um Hospital Regional de Mossoró/RN.

O relato ocorre no período de junho a janeiro de 2024, durante o internamento do paciente portador de Necrólise Epidérmica Tóxica, em diversos setores do hospital: Pronto Socorro (PS), isolamento da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e, posteriormente, isolamento da Unidade de Pacientes Infectados (UPI).

Foram utilizados registros de enfermagem e evoluções dos curativos pela enfermeira da Comissão de Pele para a descrição do relato de caso e dos cuidados de enfermagem direcionados as lesões.

O local de estudo é considerado uma instituição de saúde referência para toda a região Oeste do Estado do Rio Grande do Norte/RN no que tange ao atendimento dos casos de urgência e emergência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua inauguração em 1986 (ALVES *et al.*, 2013).

Dessa forma, Mossoró é município sede da 2 região de saúde do Estado, cujo território abrange um total de 26 cidades, que passam a serem referenciadas para o hospital em questão. A infraestrutura desta unidade hospitalar conta com: pronto socorro destinado a assistência de pacientes críticos com leitos de observação masculina e feminina, sala vermelha e setor semi-intensivo. Nas unidades de enfermaria consta-se leitos de clínica médica, cirúrgica e unidades de pacientes infectados. Além de leitos de enfermaria pediatria e unidade de terapia intensiva.

Para a concretização do trabalho, foram contemplados os preceitos emanados da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na qual se propõe respeitar os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça/equidade, assim como as considerações as observâncias presentes na Resolução 564/2017, que trata do Código de Ética dos profissionais

de enfermagem, ressaltando as disposições presentes no seu capítulo III, que trata da produção científica (COFEN, 2017).

DETALHAMENTO DO CASO

Jovem, sexo masculino, 18 anos, negro, procedente do município de Mossoró/RN, com nível socioeconômico baixo, previamente epilético, em uso de fenobarbital 100 mg/dia e em tratamento psiquiátrico, por referir estado de solidão. Relato de internações anteriores para manejo das crises convulsivas. Deu entrada no Hospital Regional de Mossoró/RN via regulação com uma das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) da referida cidade com quadro de hipotensão, crises tônico-clônico generalizadas. Medicado, inicialmente na UPA, com diazepam endovenoso (EV) sem resposta satisfatória, e posteriormente com fenitoína (EV), obtendo melhor controle das crises. Nesse serviço, informou ter apresentado febre, associada a cefaléia e hiperemia ocular aproximadamente sete dias antes. A Necrólise Epidérmica Tóxica foi o diagnóstico, tendo seu agente etiológico fenobarbital.

Não havia relato e nem registros de alergias medicamentosas prévias. Paciente consciente, orientado (tempo e espaço), conseguindo verbalizar suas necessidades. Eupneico em ar ambiente, sem desconforto respiratório. Febre há alguns dias não mensurada, acianótico, anictérico. Sem conseguir alimentar-se adequadamente devido as lesões extensas em cavidade oral.

Apresentava lesões em 95% do corpo, afetando áreas de couro cabeludo, mucosas oculares, boca, pavilhão auricular, face, membros superiores, tórax, abdome, membros inferiores e genitália. Apenas os pés mantinham certa integridade da pele. Conforme demonstra a foto de admissão no hospital (Figura 1).

Ao chegar no Hospital Regional, o paciente ficou provisoriamente alocado na Sala Vermelha do Pronto Socorro até disponibilidade de leito de Isolamento da Unidade de Terapia Intensiva.

Durante o primeiro contato para realização da anamnese pela enfermeira da Comissão de Pele, ele apresentava em estado geral comprometido, baixa autoestima, descorado, desidratado, febril, verbalizando com dificuldade, olhos com hiperemia, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Apresentava dificuldade visual, devido as lesões nos olhos com presença de exsudato moderado e, não

conseguiu deglutir, devido as lesões múltiplas e extensas na cavidade oral, com edema labial e mucosa friável e sangrante, sendo necessário introdução de sondagem gástrica para alimentação.

Figura 1 - Necrólise Epidérmica Tóxica por anticonvulsivante.



Fonte: Enfermeira da Comissão de Pele do HRTM, 2024.

Intensa expressão de fácies de dor, extensão de descolamento de epiderme com erupções cutâneas exsudativas em grande extensão corporal, com odor bastante fétido e forte proveniente das lesões e em algumas regiões corporais com sangramento evidente.

Expansibilidade e simetria pulmonar preservadas, saturação de O₂ de 94%, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios. Monocórdico em ritmo sinusal, ausculta cardíaca: BRNF em 2T sem sopro. Apresentava abdome simétrico, com ruídos hidroaéreos presentes. Com sonda vesical de demora, diurese concentrada evacuações intestinais por fralda.

Figura 2 - Necrólise Epidérmica Tóxica por anticonvulsivante.



Fonte: Enfermeira da Comissão de Pele do HRTM, 2024.

Paciente queixava-se de fortes dores no corpo e que se intensificava com o toque e durante a sua mobilização no leito, além das lesões exsudativas e descolamento da epiderme, sua derme já bastante exposta e inflamada, contribuiu para a perda hídrica e risco de infecção.

Conforme regulação de leitos, o paciente foi indicado para uma unidade de tratamento intensivo (UTI) para suporte e vigilância infecciosa, respiratória e hemodinâmica, principalmente por conta de seu acometimento generalizado.

Durante a internação na UTI, o paciente permaneceu em isolamento com manipulação mínima e cuidados intensivos da pele. Tendo a enfermagem papel crucial para a qualidade da assistência ao paciente.

DISCUSSÃO

Estudo publicado pela universidade de Rhode em 2018 aponta que os antiepilépticos elevam em nove vezes o risco de Necrólise Epidérmica Tóxica quando comparados a agentes não epiléticos. As drogas mais frequentemente implicadas podemos citar: fenitoína, lamotrigina, carbamazepina, zonisamida, rufinamida e clonazepate (BORRELI *et al.*, 2018).

Dois momentos tornavam-se bastante angustiante e traumático para o paciente a saber: banho no leito e a realização dos curativos devido a sensibilidade alterada e as fortes dores que sentia durante o toque em seu corpo. Para realização destes momentos a equipe de enfermagem do setor e a enfermeira da Comissão de Pele trabalhavam articulados, na perspectiva de reduzir o contato e manuseio com o paciente, além de ofertar, via prescrição, analgésicos para minimizar a dor e o desconforto durante os cuidados ofertados.

Por ser lesões em grande extensão corporal requeria da enfermeira da Comissão de Pele tempo considerado e habilidade para avaliar as diversas lesões vesiculares, eritomatosas e bolhosas no corpo. A avaliação de enfermagem ao paciente com lesões era realizada de forma sistemática, individualizada e integral, de modo a identificar e tratar não só as manifestações cutâneas, como também as necessidades psicológicas, sociais, biológicas e culturais (CASAROLLI *et al.*, 2016).

Não há um padrão-ouro no que se refere ao tratamento das lesões dos pacientes com Necrólise Epidérmica Tóxica. Existem inúmeras possibilidades de coberturas de curativo que podem ser utilizadas para o tratamento desta doença, a maioria deles onerosos e, por isso, não disponíveis no Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS).

No entanto, reafirma-se, a necessidade do conhecimento do enfermeiro sobre a fisiopatologia da pele e a aplicação das coberturas de curativos mais adequadas para favorecer o processo de cicatrização e o controle de infecção (FRANÇA *et al.*, 2024).

Neste estudo, foram utilizados dois principais tipos de coberturas de curativo: membrana de celulose bacteriana e ácido graxos essenciais. Os seguintes passos foram seguidos, diariamente ou com trocas de cobertura a depender da avaliação clínica da enfermeira da Comissão de Pele do HRTM e conforme cada etapa e progressão do processo de cicatrização das lesões:

1. Em algumas áreas realizava-se o desbridamento mecânico de tecido frouxo com jatos de solução fisiológica e com instrumental cortante;
2. Limpeza das lesões com solução fisiológica 0,9% em temperatura ambiente e sabonete a base de PHMB (antisséptico), gazes e compressas esterilizadas;
3. Aplicação da membrana celulose bacteriana e/ou de óleos à base de ácidos graxos essenciais (AGE).

Optou-se por utilizar cobertura primária com membrana celulose bacteriana, nas regiões com perda de tecido superficial, por ser uma membrana celular cristalina, capaz de substituir temporariamente a pele, além de isolar as terminações nervosas e acelerar o processo cicatricial. Por conter poros, a membrana permite a drenagem do excesso de exsudato da ferida e favorece as trocas gasosas, esses fatores tornam o processo de cicatrização mais rápido e eficaz (CAVALCANTI *et al.*, 2017). E como cobertura secundária era utilizada compressas especiais e rede tubular elástica.

Figura 3 - Uso de compressas especiais e rede tubular com cobertura secundária.



Fonte: Enfermeira da Comissão de Pele do HRTM, 2024.

Ressalta-se que a utilização da membrana regeneradora, se deu a partir da procura de alternativas para amenizar as dores ocasionada pelas lesões em si, e, inevitavelmente, durante cada troca de curativo.

Figura 4 - Uso da membrana de celulose bacterina nas lesões como cobertura primária.



Fonte: Enfermeira da Comissão de Pele do HRTM, 2024.

Segundo Casarolli *et al.*, (2016) a membrana de celulose é um biomaterial que possui propriedades vantajosas no tratamento de lesões, tais como facilidade na aplicação, excelente adesão aos tecidos, diminuição da dor, visualização adequada do leito da ferida, drenagem espontânea, resistência, afinidade à água, diminuição ou ausência das trocas de cobertura e aumento no intervalo do acompanhamento do enfermeiro.

Percebeu-se que o tratamento com a membrana proporcionou menos queixas de dores durante a realização diária das trocas de curativo, favorecendo significativamente a regeneração dos tecidos afetados pelas lesões. Notou-se melhora importante no aspecto das lesões e melhora progressiva da dor, sem aparecimento de novas flictenas.

Outra vantagem da membrana de celulose é que ela permite, caso necessário, diversas modificações estruturais para otimizar suas propriedades como curativo, aumentando sua capacidade de absorção de água e sua atividade antimicrobiana ou associando-a a um sistema de liberação controlada de antibióticos ou outros princípios ativos.

Nas pesquisas de Cavalcanti *et al.*, (2017), constatou-se que a membrana de celulose bacteriana tem as propriedades ideais como curativo, por manter a umidade no leito da ferida, absorvendo exsudatos em excesso, limitando processos infecciosos e protegendo a lesão contra o trauma mecânico.

Com o tratamento diário foi ocorrendo redução das lesões em mucosas oral, permitindo o paciente a alimentar-se, novamente, pela cavidade oral. Além disso, foi constatado a melhora da autoestima e, da sua mobilidade no leito.

Após alguns meses o paciente recebeu alta da Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI), sendo encaminhado para Unidade de Pacientes Infectados (UPI) já com epitelização parcial sem presença de novas flictenas, com a manutenção da cobertura apenas de hidratação com ácidos graxos essenciais (AGE)

Figura 5 - Uso do AGE em algumas áreas como cobertura primária.



Fonte: Enfermeira da Comissão de Pele do HRTM, 2024.

O uso de Ácidos Graxos Essenciais (AGE) foi relatado por Emerick, *et al.* (2014) como o tratamento tópico também utilizado e de com eficácia nas lesões de portadores de Necrólise Epidérmica Tóxica. Em seguida, o paciente recebeu alta hospitalar com toda superfície corporal com tecido epitelizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso da membrana de celulose bacterina ajudou no processo mais rápido da cicatrização, minimizando as dores e contribuiu para a redução de infecções secundárias do paciente. Evidenciou também melhora da alimentação e do equilíbrio hidroeletrólítico do paciente.

O presente estudo ampliou o conhecimento e a experiência sobre o tratamento de lesões cutâneas provocadas por Necrólise Epidérmica Tóxica. Tal fato fez a Comissão de Pele instigar a gestão hospitalar em estruturar adequadamente materiais e insumos de curativos necessários aos cuidados de paciente portador de lesões similares. O insumo para a realização do curativo ao portador de Necrólise Epidérmica Tóxica era restrito no âmbito hospitalar e alguns foram adquiridos por meio de doação

Além disso, torna-se fundamental aumentar o número de profissionais que compõem a Comissão de Pele do Hospital, sendo este suporte qualificado para tratamento de diversos tipos de feridas e lesões presentes no hospital em estudo. E atualmente, os membros da Comissão não conseguem atender todas as demandas do hospital.

O relato apresentado contribui para a produção científica da enfermagem e sua interface com as coberturas de curativos e o resultado destas quando direcionadas para as feridas e lesões mucocutânea. Baseado neste fato, este estudo torna-se uma importante fonte do saber para os profissionais de enfermagem, a fim de promover mais estudos relacionados, objetivando a melhoria na qualidade da assistência à saúde

Desta forma, compreendemos que os cuidados de enfermagem direcionado para as lesões e feridas se constitui parte essencial no processo de recuperação do paciente, por isso é preciso que haja um raciocínio clínico que cooperem para decisões assertivas no processo de cuidado.

REFERENCIAS

ARAÚJO, I.F.M. *et al.* Manejo da síndrome de Stevens Johnson e necrólise epidérmica tóxica: uma revisão integrativa. **Jornal de Pesquisa Médica e Biociências**, v. 3, p. 129–138, 2025. DOI: 10.70164/jmbr.v2i3.708. Disponível em: <https://journalmbr.com.br/index.php/jmbr/article/view/708>. Acesso em: 14 jul. 2025.

ÁVILA, J. E. H. G. *et al.* Manejo da Necrólise Epidérmica Tóxica em unidade de queimados: relato de caso. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 18, n. 3, p. 186-189, 2018.

BENETTI, P.; MAMPRIN, G. P. R. Necrólise Epidérmica Tóxica (NET): relato de caso. **Journal of Medical Residency Review**, 2(1): e040, 2023. DOI: 10.37497/JMRReview.v2i1.40. Disponível em: <https://revistamedicalreview.org/revista/article/view/40>. Acesso em: 14 jul. 2025.

BORRELLI, E. P. *et al.* Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis with antiepileptic drugs: an analysis of the US Food and Drug Administration Adverse Event Reporting System. **Epilepsia**, v. 59, n. 12, p. 2318-2324, 2018. DOI: 10.1111/epi.14591. Acesso em: 12 jul. 2025.

CASAROLLI, A. C. G. *et al.* Lesões Epidérmicas pela Síndrome de Stevens Johnson: cicatrização com uso de membrana de celulose e ácidos graxos. **Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, 14(3):154-157, 2016. DOI: 10.5327/Z1806-3144201600030008. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/411>. Acesso em: 12 jul. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 564, de 6 de novembro de 2017**. Aprova a reformulação do Código de Ética dos profissionais de enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 6 dez. 2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 12 jun. 2025.

DE MELO, M. E. F. *et al.* Principais classes farmacológicas relacionadas à farmacodermia. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. e8011225492, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25492>. Acesso em: 10 jul. 2025.

DUONG, T. A. *et al.* Severe cutaneous adverse reactions to drugs. **The Lancet**, 390(10106): 1996–2011, 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30378-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30378-6/abstract). Acesso em: 11 jul. 2025.

FRANÇA, A. P. F. de M. *et al.* Abordagem multiprofissional em jovem com Necrólise Epidérmica Tóxica. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 24, n. 11, p. e16608, 2024. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e16608.2024>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/16608>. Acesso em: 10 jul. 2025.

FRANTZ, R. *et al.* Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Review of Diagnosis and Management. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 9, p. 895, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.05.468>. Acesso em: 11 jul. 2025.

JACÓ YAMAMOTO, A. *et al.* Síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica: patogênese, manifestações clínicas e diagnóstico. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 6, n. 10, p. 980-999, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n10p980-999. Disponível em: <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/3871>. Acesso em: 02 jun. 2024.

FREITAS, K.O.R. *et al.* Perfil das infecções relacionadas à assistência à saúde na unidade de terapia intensiva de um hospital de referência na mesorregião oeste do Rio Grande do Norte. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, 28(1):42–58, 2024. DOI: 10.25110/arqsaude.v28i1.2024-10539. Disponível em: <https://unipar.openjournalsolutions.com.br/index.php/saude/article/view/10539>. Acesso em: 11 jul. 2025.

MOCELLIN, D. P.; MERLOS, P. G. C.; MERLOS, F. Necrólise Epidérmica Tóxica (NET): relato de caso. **Revista Sociedade Científica**, v. 7, n. 1, p. 4853-4862, 2024. DOI: 10.37497/JMRReview.v2i1.40. Disponível em: <https://revistamedicalreview.org/revista/article/view/40>. Acesso em: 14 jul. 2025.

OLIVEIRA, O. D. *et al.* Os cuidados de Enfermagem na Síndrome de Stevens Johnson /Necrólise Epidérmica Tóxica: um relato de caso. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 92, n. 30, p. 21-29, 2020. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/539>. Acesso em: 14 jul. 2025.

PRADO, A. C. A. M. *et al.* Síndrome de Stevens-Johnson: manifestações clínicas e implicações cirúrgicas. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 9, p. 1048-1057, 2024. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i9.15582>. Disponível em: <https://bjihis.emnuvens.com.br/bjihis/article/view/3871>. Acesso em: 01 jun. 2025.

WANG, J. *et al.* A case report of toxic epidermal necrolysis associated with AZD-9291. **Drug Design, Development and Therapy**, v. 12, p. 2163-2167, 2018.

WASUWANICH, P. *et al.* Epidemiology of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in the United States and factors predictive of outcome. **JAAD International**, v. 13, p. 17-25, 2023. DOI: 10.1016/j.jdin.2023.06.014. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/76276>. Acesso em: 10 jul. 2025.

ZANOTTO, L. D. *et al.* Síndrome de Stevens-Johnson associada a necrólise epidérmica tóxica: um relato de caso. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 9, p. e76276, 2024. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n9-480>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37575514/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

SOBRE OS ORGANIZADORES

William Bergues de Souza Travassos

Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário Estácio de São Luís, com Especializações em Saúde Coletiva e enfermagem (Faveni em 2021), Enfermagem em Saúde Mental (Fahol/DNA Pós-Graduação em 2024) e Enfermagem em Saúde da Mulher (Fahol/DNA Pós-Graduação em 2024). Professor na Universidade Unopar Anhanguera de Viana-MA (desde 2023), com publicações de artigos e orientações diversas desde 2019. Trabalho autônomo com elaboração e orientações de artigos e trabalhos acadêmicos diversos, incluindo TCCs desde 2018.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4684491152200013>

ÍNDICE REMISSIVO

A

Assistência ao Paciente: 20, 42, 45, 47, 49, 73

C

Competência Técnica: 53, 54, 60, 62, 64

Comunicação: 11, 20, 22, 34, 36, 37, 38, 43, 46, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64

Conhecimentos: 8, 9, 11, 14, 16, 22, 23, 24, 36, 38, 48, 49

Cuidados de Enfermagem: 9, 12, 16, 18, 20, 26, 42, 44, 68, 69, 79, 80

Curativo: 66, 73, 74, 75, 76, 77, 79

E

Enfermagem: 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 62, 63, 64, 66, 68, 69, 70, 73, 79, 80

Estigma: 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 48

H

Humanização: 54, 56, 62

I

Intervenções em Saúde: 29, 31

L

Lesões: 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80

N

Nutrição Enteral: 8, 9, 10, 12, 25, 26

O

Oncologia: 42, 44, 46, 48, 51, 52

P

Psicofobia: 28, 29, 31, 32

S

Saúde Mental: 28, 29, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 63

Segurança do Paciente: 9, 51



científica digital



VENDA PROIBIDA - ACESSO LIVRE - OPEN ACCESS

