

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À PNEUMONIA COMUNITÁRIA E INTERVENÇÕES EM POPULAÇÕES COM VULNERABILIDADE SOCIAL

SOBRINHO, ANA CAROLINA TAVARES DAMACENO; SOUSA, BRENDA BIANCA GODINHO DOS SANTOS; ALVES, JOÃO CARLOS PIRES; LIMA, JULIANA SILVA; BARBOSA, LEONARDO AYRES ALMEIDA; SOUSA, LUCAS NASCIMENTO; ¹ LOPES, ANA SILVIA²

25

Resumo

Este trabalho tem como objetivo identificar a relação entre a PAC (pneumonia adquirida na comunidade) e os determinantes sociais da saúde, bem como destacar a importância da atuação da enfermagem no enfrentamento da doença. A metodologia inclui revisão integrativa da literatura em bases nacionais e internacionais, contemplando exclusivamente artigos publicados no Brasil entre 2010 e 2025. Os estudos evidenciaram que a desigualdade social é um fator decisivo na incidência e gravidade da PAC, influenciando diretamente os desfechos clínicos e a continuidade do cuidado. Observou-se ainda que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é essencial para a identificação precoce de riscos, acompanhamento terapêutico e implementação de estratégias educativas e preventivas.

Palavras-chave: Pneumonia comunitária; Baixa renda; Enfermeiro; Prevenção; Vulnerabilidade.

Abstract

This paper aims to identify the relationship between CAP (Community-acquired pneumonia) and the social determinants of health, as well as to highlight the importance of nursing practice in addressing the disease. The methodology has an integrative literature review with national and international databases, including only articles published in Brazil between 2010 and 2025. The studies showed that social inequality is a decisive factor in the incidence and severity of CAP, directly influencing clinical outcomes and continuity of care. It was also observed that Nursing Care Systematization (NCS) is essential for the early identification of risks, therapeutic monitoring, and the implementation of educational and preventive strategies.

Keywords: Community pneumonia; Low income; Nurse; Prevention; Vulnerability.

¹ Graduandos de Enfermagem do Centro Universitário Celso Lisboa – Rio de Janeiro – RJ/ Brasil

² Mestra em Enfermagem; Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Celso Lisboa – Rio de Janeiro – RJ /Brasil

Introdução

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma infecção respiratória aguda que afeta diretamente os pulmões, podendo ser causadas por bactérias, vírus, fungos ou inalações de substâncias tóxicas (Santana *et al.*, 2024).

Segundo Chauvet, Costa e Faria (2010), a pneumonia adquirida na comunidade é uma das principais causas de morbidade e mortalidade, especialmente em países em desenvolvimento. No Brasil, a doença representa um importante problema de saúde pública, particularmente entre populações de baixa renda, que enfrentam condições socioeconômicas adversas, como: moradia precária, saneamento básico inadequado, baixa escolaridade, desnutrição e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Esses fatores contribuem para o agravamento dos casos, para a dificuldade no diagnóstico e tratamento precoce. De acordo com o sistema do Data SUS, anualmente são registradas mais de 600 mil internações por PAC e influenza no Brasil, tendo um maior número de casos nas áreas menos desenvolvidas ou precárias, principalmente entre crianças e idosos.

Nesse cenário é essencial compreender os determinantes sociais e clínicos que influenciam o desenvolvimento da PAC nessa população e tal compreensão pode contribuir para políticas públicas mais efetivas e estratégias de cuidados que reduzam a morbimortalidade associada à PAC.

Foi delimitado como objeto de estudo: atuação do enfermeiro frente à Pneumonia Comunitária e intervenções em populações com vulnerabilidade social. Dessa forma, a pesquisa tem como questão norteadora: como a atuação do enfermeiro pode contribuir para a prevenção da pneumonia comunitária? Quais intervenções de enfermagem podem ser realizadas para reduzir o índice de contaminação da pneumonia comunitária na população em vulnerabilidade social? Com base nessa questão, foi estabelecido como objetivo geral desse estudo: investigar, por meio de uma pesquisa bibliográfica, os fatores que contribuem para a incidência e agravamento da pneumonia comunitária (PAC) em pessoas com situação de vulnerabilidade socioeconômicas e abordar como enfermeiros, métodos para reduzir o número de agravos relacionadas a PAC, avaliando os fatores de riscos predominantes, o acesso ao serviço de saúde e a efetividade das estratégias de prevenção utilizadas.

Deve-se considerar que a pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma infecção pulmonar causada por diversos agentes patogênicos, adquirida fora do ambiente hospitalar ou que surge nas primeiras 48h da internação hospitalar. Ela é caracterizada por

sintomas como: febre, dispneia, tosse produtiva, dor torácica e alterações radiográficas pulmonares (Chauvet; Costa; Faria, 2010).

Conforme Schwartzman *et al.* (2010), a PAC é uma das principais causas de internação em adultos com comorbidades e idosos, sendo frequentemente causadas por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e vírus respiratórios. A gravidade do quadro depende da idade, estado imunológico e comorbidade do paciente. A maior influência aparece mediante aos determinantes sociais dessa população, podendo resultar em uma maior contaminação territorial.

Os determinantes sociais da saúde (DSS) são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como as condições em que os indivíduos vivem, crescem, trabalham e envelhecem, incluindo os sistemas de saúde disponíveis (OMS, 2008). Fatores importantes no impacto direto ao indivíduo relacionado ao risco de adoecimento e gravidade das enfermidades.

Diversos estudos demonstram que a ocorrência de pneumonia comunitária está diretamente associada a esses determinantes. Ugolini Santana *et al.* (2024) analisaram dados nacionais e revelaram que as maiores taxas de mortalidade por pneumonia ocorreram em locais com difícil acesso a um serviço de saúde adequado, com menor nível de escolaridade e maiores índices de desigualdade social. Foi identificada também uma falha de políticas públicas na prevenção e vigilância epidemiológica em grande parte das regiões mais afetadas.

Reis *et al.* (2024) pontuam diretamente esse cenário e discutem os desafios relacionados ao tratamento da pneumonia comunitária em áreas de maior vulnerabilidade socioeconômicas, identificando uma escassez de recursos, dificuldades na implementação de protocolos clínicos e precariedade na infraestrutura dos serviços de saúde, impactando negativamente os determinantes clínicos dos pacientes.

Estudos como os de Schwartzman *et al.* (2010) e Chauvet *et al.* (2010) mostram que a desinformação, a taxa de imunização baixa e a falta de procura por atendimento em um primeiro momento antes do agravo da doença são comuns em grupos populacionais em desvantagem social. Os autores fixam a ideia de uma melhor construção de educação em saúde e uma maior atuação da atenção básica, tendo como proposta uma redução relevante nos índices de agravos e mortalidade dessa população.

Portanto, os determinantes sociais da saúde não apenas influenciam na ocorrência da pneumonia adquirida na comunidade, como também impactam diretamente na sua

evolução, complicações e mortalidade. Os principais fatores identificados na literatura estão sintetizados no Quadro 1.

O enfrentamento da doença requer uma abordagem multiprofissional que considere esses fatores estruturais, priorizando as ações preventivas e educativas de forma recorrente, de fácil entendimento para todos os pacientes e lideradas pela equipe de enfermagem.

Quadro 1 - Resumo dos principais determinantes sociais identificados

Determinante social	Frequência nos artigos
Baixa escolaridade	Alta
Renda insuficiente	Alta
Acesso precário à saúde	Alta
Falta de saneamento básico	Média
Moradia em área de risco	Média
Desinformação em saúde	Alta
Falta de políticas públicas efetivas	Alta

Fonte: Autores (2025)

A vulnerabilidade social é ditada como a condição em que pessoas estão expostas a riscos sociais, econômicas e ambientais que as limitam de ter livre acesso aos seus direitos fundamentais, como moradia digna, alimentação adequada, educação e saúde. Esses fatores refletem principalmente e diretamente nos indicadores de saúde pública.

Segundo Ugolini Santana *et al.* (2024), as maiores taxas de mortalidade por pneumonia no Brasil entre 2011 e 2020 foram registradas em regiões com índices elevados de pobreza e desigualdade social. Foram observadas a ausência de infraestrutura básica, a dificuldade de acesso aos recursos básicos de saúde pública e a descontinuidade no acompanhamento médico contribuindo para um diagnóstico tardio, tratamento inadequado e agravamento dos casos.

Seguindo esse raciocínio, foi destacada em Reis *et al.* (2024) a questão de que devido a fatores como precariedade das condições de vida, moradias insalubres, baixa cobertura vacinal e exposição continua a poluentes ambientais, a pneumonia comunitária (PAC) não é apenas um problema clínico, mas também um reflexo das fragilidades estruturais do sistema de saúde pública.

O enfrentamento da pneumonia comunitária exige mais do que abordagens médicas em caso de sinais e sintomas ativos. É necessário que tenhamos um sistema de saúde operante de forma integrada, considerando fatores sociais e territoriais. A atenção primária

a saúde tem papel principal nesse processo, promovendo ações de prevenção, educação e vigilância contínua em áreas de risco (Schwartzmann *et al.*, 2010).

Chauvet *et al.* (2010) reforçam essa ideologia de prevenção e educação como principal e melhor caminho para uma redução considerável nos casos de adoecimento da população. A negligência com as camadas mais pobres da população amplia a desigualdade na oferta de serviços de saúde e contribui para um ciclo de adoecimento constante elevando os índices de internação na Unidade de Terapia intensiva (UTI) e mortalidade.

“Pacientes com pneumonia grave oriundos de contextos socioeconômicos desfavoráveis apresentam piores desfechos clínicos, incluindo maior necessidade de ventilação mecânica e internação prolongada em UTI [...] a limitação no acesso aos exames complementares e ao tratamento precoce interfere significativamente na evolução dos pacientes com pneumonia comunitária grave” (Nardocci *et al.*, 2013, p. 126; Rabello *et al.*, 2011, p. 504).

Desse modo, é essencial que as políticas públicas de saúde considerem a vulnerabilidade social como um eixo estrutural para um planejamento de ações preventivas que se adequam a qualquer tipo de pessoa, fortalecendo o vínculo da atenção básica de saúde com população. A atuação da enfermagem nesse cenário tem como pilar estratégico a promoção da equidade e o acolhimento da população vulnerável.

O enfrentamento da pneumonia adquirida na comunidade (PAC) em populações em situação de vulnerabilidade social exige ações mais maleáveis no campo das políticas públicas de saúde. A estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, com base nos princípios fundamentais da universalidade, equidade e integridade a ferramenta principal para o combate da desigualdade social. No entanto, os desafios persistem, especialmente nas regiões com menor cobertura estrutural. (Ugoline Santana *et al.*, 2024; Chauvet *et al.*, 2010; Reis *et al.*, 2024).

O estudo de Ugolini Santana *et al.* (2024) demonstra que “as taxas de mortalidade por PAC foram significativamente mais altas nas regiões Norte e Nordeste do Brasil entre 2011 e 2020, refletindo desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde” (p. 6). Esse dado evidencia a importância de uma abordagem exclusiva para cada território e um olhar crítico no planejamento das ações, capacitando os profissionais da estratégia de saúde da família para uma detecção precoce dos casos de pneumonia comunitária. Essas equipes, inseridas nas comunidades, tem o papel de identificar os sinais e sintomas da

doença, orientar sobre medidas preventivas, garantir o segmento terapêutico correto e quando necessário encaminhar os casos para unidades de maior complexibilidade.

O uso de biomarcadores e critérios clínicos avançados (como os scores CURB-65 e PORT) contribuem para a estratificação do risco e melhora a tomada de decisão clínica, mas são medidas que devem ser acompanhadas de políticas que ampliem o acesso a exames e tecnologias diagnósticas mais precisas, especialmente em unidades básicas de saúde em áreas remotas. (Rabello *et al.*, 2011).

O enfrentamento da PAC precisa de uma abordagem sistemática e terrorizada, que contemple tanto o fortalecimento da atenção primária quanto o desenvolvimento de ações preventivas que atinjam as raízes sociais do adoecimento da população, considerando as realidades locais de modo que possa garantir que os recursos cheguem de forma eficaz para a população mais vulnerável, disponibilizando uma assistência social, habitação digna e educação.

Metodologia

Este estudo tem uma abordagem qualitativa, cujo método utilizado foi a revisão integrativa da literatura, com uso da análise descritiva.

O método consiste em evidências científicas, para aprimorar a aplicabilidade da prática profissional e na tomada de decisões. A revisão integrativa aponta o conhecimento atual, sobre um tema específico tendo, sabendo-se que é gerido de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Esta pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e bibliográfica. O estudo tem como objetivo analisar e discutir os fatores sociais, econômicos e clínicos relacionados à incidência de pneumonia adquirida na comunidade em vulnerabilidade social, com base em publicações acadêmicas e científicas relevantes.

A coleta de dados foi realizada por meio de levantamento de material bibliográfico em bases de dados acadêmicas como: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Os critérios de inclusão consideraram artigos científicos, dissertações, teses e documentos oficiais publicados entre os anos de 2010 a 2025, (foram analisadas pesquisas além do recorte temporal, devido à falta de conteúdo publicados abordando o tema do

estudo). Estudos em português, inglês ou espanhol, que abordassem direta ou indiretamente a pneumonia comunitária em contextos de vulnerabilidade social.

Os critérios utilizados para a exclusão do estudo foram produções científicas que não abordavam a temática referente a Atuação da Enfermagem Frente à Pneumonia Comunitária e Intervenções em Populações com Vulnerabilidade Social, referências incompletas e repetidas, teses/dissertações e capítulos de livros.

31

Resultados e Discussão

Através de uma pesquisa bibliográfica, foram identificadas 156 publicações durante a busca nas bases de dados selecionadas. Assim, 149 publicações foram excluídas por não atenderem aos critérios propostos, seja por não apresentarem relação direta com o tema, por estarem fora do recorte temporal, por duplicidade ou por não disponibilizarem acesso ao texto completo. Após a leitura de títulos e resumos, bem como a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 07 publicações foram selecionadas para compor o referencial teórico deste estudo. Todas as publicações incluídas são de origem nacional.

Apresentam-se os Quadros 2 e 3 para a síntese dos artigos científicos desta revisão bibliográfica.

Quadro 2 - Descrição dos artigos científicos em relação aos autores, periódicos e ano de publicação

Código	Autores	Periódico	Ano de Publicação	Local
AC01	Ugolini Santana, L.; Pereira, T. G. G.; Paulino, K. A.; Tsugami, M. C.; Souza, M. M. R.; Frota, R. S.; Corrêa, T. A. M.; Chen, V. P.; Barros, Y. C.; Bagustti, R.; Spaziani, A. O.; Lima, J. C. B.; Franco, R. F.	Health Residencies Journal	2024	Brasília (DF), Brasil
AC02	Rabello, L. S. C. F.; Pitrowsky, M. T.; Soares, M.; Póvoa, P.; Salluh, J. I. F.	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	2011	Rio de Janeiro (RJ), Brasil
AC03	Nardocci, P.; Gullo, C. E.; Lobo, S. M.	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	2013	São José do Rio Preto (SP), Brasil
AC04	Schwartzmann, P. V.; Volpe, G. J.; Vilar, F. C.; Moriguti, J. C.	Medicina (Ribeirão Preto)	2010	Ribeirão Preto (SP), Brasil
AC05	Reis, B. E. S. <i>et al.</i>	RICS - Revista Interdisciplinar das Ciências da Saúde	2024	Ribeirão Preto (SP), Brasil
AC06	Chauvet, P.; Costa, W.; Faria, A. C.	Saúde Direta	2010	Rio de Janeiro (RJ), Brasil
AC07	Corrêa, R. A.; Costa, A. N.; Lundgren, F.; Michelim, L.; Figueiredo, M. R.; Holanda, M.; Gomes, M.; Teixeira, P. J.; Martins, R.; Silva, R.; Athanazio, R. A.; Silva, R. M.; Pereira, M. C.	Jornal Brasileiro de Pneumologia	2018	Minas Gerais (MG), Brasil

Fonte: Autores (2025)

Quadro 3 - Apresentação da síntese dos artigos científicos incluídos na revisão

Código	Título	Objetivo
AC01	Epidemiologia e mortalidade de pneumonia por micro-organismo não especificado no Brasil nos anos de 2011 a 2020	Analisar a incidência e a mortalidade da pneumonia por micro-organismos não especificados no Brasil entre 2011 e 2020.
AC02	Novos marcadores biológicos na pneumonia comunitária grave	Avaliar o papel de novos biomarcadores na gravidade e prognóstico da pneumonia comunitária.
AC03	Pneumonia grave por vírus influenza A H1N1 e pneumonia comunitária grave: diferenças na evolução	Comparar a evolução clínica da pneumonia grave causada pelo vírus influenza A H1N1 com a pneumonia comunitária grave de outras etiologias.
AC04	Pneumonia comunitária e pneumonia hospitalar em adultos	Diferenciar características clínicas, diagnósticas e evolutivas entre pneumonia comunitária e hospitalar em adultos.
AC05	Tratamento da pneumonia comunitária: protocolos atuais e desafios emergentes	Apresentar os protocolos atuais para tratamento da pneumonia comunitária e discutir os desafios emergentes na prática clínica.
AC06	Pneumonia adquirida na comunidade	Revisar aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos da pneumonia adquirida na comunidade.
AC07	Recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade	Fornecer recomendações baseadas em evidências para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade, visando padronizar condutas clínicas.

Fonte: Autores (2025)

Após seleção dos textos, procedeu-se à leitura flutuante e organizou-se o corpus de análise de acordo com o objetivo da pesquisa. Leituras exaustivas possibilitaram a análise da produção científica, evidenciando que a atuação da Enfermagem frente à pneumonia

comunitária e suas intervenções em populações com vulnerabilidade social é fundamental para a redução de complicações dessa patologia.

A avaliação adequada da gravidade da pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é fundamental para definir os cuidados e o local adequado para o tratamento do paciente, seja em regime ambulatorial, hospitalar ou em uma unidade de terapia intensiva (UTI). Diversos instrumentos clínicos validados são recomendados para esse tipo de classificação, podendo estimar o risco de complicações e óbito e orientar na tomada de decisões clínicas.

O mais utilizado é o método de pontuação de *Pneumonia Severity Index* (PSI ou PORT), que considera variáveis clínicas, laboratoriais e demográficas para dispor pacientes em cinco classes de risco, além do método CURB-65 e CRB-65, que avaliam parâmetros mais simplificados, como nível de consciência, ureia, frequência respiratória, pressão arterial e idade. Para casos mais graves são utilizados indicadores como SMART-COP e o SCAP (Corrêa *et al.*, 2018). O escore detalhado do Pneumonia Severity Index (PSI) é apresentado no Quadro 4, enquanto a interpretação do escore de PORT e a tomada de decisão quanto à internação constam no Quadro 5. Adicionalmente, as diretrizes para a aplicação do escore CURB-65 são resumidas no Quadro 6.

Quadro 4 - Escore de pontos utilizado no *Pneumonia Severity Index*
(índice de gravidade da pneumonia)

Fatores demográficos	Escore	Achados laboratoriais e radiológicos	Escore
Idade, anos		pH < 7,35	+30
Homens	n	Ureia > 65 mg/l	+20
Mulheres	n-10	Sódio < 130 mEq/l	+20
Procedência de asilos	+10	Glicose > 250 mg/l	+10
		Hematócrito < 30%	+10
		PO2 < 60 mmHg	+10
		Derrame pleural	+10
Comorbidades		Exame físico	
Neoplasia	+30	Alteração do estado mental	+20
Doença hepática	+20	FR > 30 ciclos/min	+20
ICC	+10	PAS < 90mmHg	+20
Doença cerebrovascular	+10	Temperatura < 35° ou > 40°c	+15
Doença renal	+10	FC ≥ 125 bpm	+10

Fonte: Corrêa *et al.* (2018)

Quadro 5 - Interpretação do Escore de PORT – soma dos pontos e decisão quanto à internação

Risco	Classe	Pontos	Mortalidade (%)	Tratamento
Baixo	I	Algoritmo	0,1%	Ambulatorial
Baixo	II	≤ 70	0,6%	Ambulatorial
Baixo	III	71-90	2,8%	Breve internação
Moderado	IV	91-130	8,2%	Hospitalar
Alto	V	≥ 130	29,2%	Hospitalar

Fonte: Schwartzmann *et al.* (2010)

Quadro 6 - Escore CURB-65 e sugestões do local de tratamento de pacientes com pneumonia adquirida na comunidade

CURB-65		
0-1	2	≥ 3
Mortalidade baixa 1,5%	Mortalidade intermediária 9,2%	Mortalidade alta 22%
Candidato ao tratamento ambulatorial	Considerar tratamento hospitalar	Tratamento hospitalar como PAC grave 4-5 UTI

Fonte: Corrêa *et al.* (2018)

CURB-65: Confusão mental; Ureia > 50 mg/dl; frequência Respiratória > 30 ciclos/min; *Blood pressure* (pressão arterial sistólica) < 90 mmHg ou diastólica < 60 mmHg; e idade ≥ 65 anos; PAC: pneumonia adquirida na comunidade.

Utilizando um método preciso de avaliação terapêutica tem como papel crucial a redução de internações desnecessárias e a identificação precoce de pacientes com um maior risco de complicações da PAC, podendo ser acrescentada parcialmente na entrevista de enfermagem, seguindo as diretrizes recomendadas.

A entrevista de enfermagem é um momento crucial para o desenvolvimento clínico do paciente - é onde avaliarmos inicialmente os sinais e sintomas, histórico pessoal/familiar e aplicamos critérios prognósticos, como o escore CURB-65 e Pneumonia Severity Index (PSI). A aplicação desses critérios permite classificar a gravidade da pneumonia adquirida na comunidade, orientar a necessidade de internação e apoiar a definição do plano de cuidados de forma individualizada e segura. A viabilidade de aplicação de cada um dos parâmetros durante a anamnese e exame físico está sistematizada no Quadro 7.

Quadro 7- Critérios para utilização do CURB-65

Critério	Como é avaliado	Pode ser obtido na entrevista de enfermagem?
C = Confusão mental	Avaliação do estado mental	Sim
U = Ureia > 7 mmol/L	Exame laboral	Não (Avaliar exames realizados dentro de 72h)
R = Frequência respiratória ≥ 30 rpm	Sinais vitais	sim
B = Pressão arterial sistólica < 90 ou diastólica ≤ 60 mmHg	Sinais vitais	sim
65 = Idade ≥ 65 anos	Entrevista direta	sim

Fonte: Adaptado de Corrêa *et al.* (2018)

No CURB-65 a equipe de enfermagem poderá utilizar 4 dos 5 critérios avaliados [...] excluindo o exame de ureia e simplificando a avaliação inicial da gravidade da pneumonia (Corrêa *et al.*, 2018; Rabello *et al.*, 2011). Já os critérios para aplicação do PSI no contexto da entrevista de enfermagem estão descritos no Quadro 8.

Quadro 8 - Critérios para utilização do *Pneumonia Severity Index* (PSI)

Critério	Como é avaliado	Pode ser obtido na entrevista de enfermagem?
Idade, sexo, comorbidades	Entrevista direta	Sim
Sinais Clínicos (PA, FC, FR, Temperatura e nível de consciência)	Sinais vitais	Sim
Exames laboratoriais: (pH, sódio, glicemia, hematócrito, ureia, PO₂)	Exame laboral	Não (necessitam exames)

Fonte: Adaptado de Schwartzmann *et al.* (2010)

PA= pressão arterial, FC= frequência cardíaca, FR= frequência respiratória, pH= potencial hidrogeniônico, PO₂= pressão parcial de oxigênio.

Para a utilização do método de escore PSI será necessário acesso aos exames realizados pelo paciente para completar a pontuação desejada. Já a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constitui um instrumento metodológico essencial para garantir a qualidade, a segurança e a individualização do cuidado prestado ao paciente. No contexto da pneumonia adquirida na comunidade (PAC), a aplicação de ferramentas prognósticas, como o escore CURB-65 e o *Pneumonia Severity Index* (PSI), permite à equipe de enfermagem estratificar o risco e planejar intervenções baseadas na gravidade clínica do paciente.

A coleta de dados é a etapa inicial e crítica da SAE, na qual são obtidas informações subjetivas e objetivas por meio da entrevista e do exame físico. Nessa fase, os escores CURB-65 e PSI podem ser parcialmente ou totalmente aplicados, de acordo com a disponibilidade de exames laboratoriais.

Aplicação dos Escores Prognósticos:

- CURB-65 / CRB-65: permite a avaliação da gravidade da pneumonia com base em cinco critérios clínicos, sendo quatro passíveis de coleta durante a entrevista e exame físico (confusão mental, frequência respiratória, pressão arterial e idade). Na ausência de exame de ureia, utiliza-se o escore CRB-65, viável para uso exclusivo na prática da enfermagem.

- PSI (*Pneumonia Severity Index*): escore mais complexo, que considera idade, comorbidades, sinais clínicos e exames laboratoriais. Parte dos dados pode ser obtida diretamente na entrevista e exame físico, sendo o restante preenchido conforme os exames estiverem disponíveis.

A utilização desses instrumentos favorece a estratificação de risco e contribui para decisões clínicas relacionadas à necessidade de internação, observação hospitalar ou tratamento ambulatorial.

Modelos de fichas para avaliação de enfermagem seguindo os critérios acima:

Ficha de Avaliação de Enfermagem – Escore PSI (Pneumonia Severity Index)

Identificação do Paciente

Nome: _____ Idade: _____ anos
Sexo: () Masculino () Feminino Data da Avaliação: ____/____/____

1. Critérios Demográficos

Item	Informação	Pontuação
Idade (Homem)	_____ anos	
Idade (Mulher)	_____ anos (- 10 pt)	
Internados em casa de repouso?	() Sim () Não	+10

Observação: A pontuação da idade é a base do escore PSI. Valor somado aos outros critérios (comorbidades, achados clínicos e laboratoriais) para compor o total. Ex: A idade do homem permanece o valor (65 anos = 65 pontos); as mulheres começarão com -10 pontos (65 anos -10= 55 pontos).

2. Comorbidades Clínicas:

Condição	Existe?	Pontuação
Neoplasia ativa	() Sim () Não	+30
Doença hepática	() Sim () Não	+20
Insuficiência cardíaca congestiva	() Sim () Não	+10
Doença cerebrovascular	() Sim () Não	+10
Doença renal crônica	() Sim () Não	+10

3. Exame Físico:

Parâmetro	Valor	Pontuação
Estado mental alterado	() Sim () Não	+20
Frequência respiratória ≥ 30 rpm	FR: _____ rpm	+20
Pressão arterial sistólica < 90 mmHg	PAS: _____ mmHg	+20
Temperatura < 35 °C ou ≥ 40 °C	T: _____ °C	+15
Frequência cardíaca ≥ 125 bpm	FC: _____ bpm	+10

4. Exames Laboratoriais e Radiológicos Obs: (Preencher se disponíveis)

Parâmetro	Valor	Pontuação
pH arterial $< 7,35$	_____	+30
Ureia > 30 mg/dL	_____	+20
Sódio < 130 mEq/L	_____	+20
Glicose > 250 mg/dL	_____	+10
Hematócrito $< 30\%$	_____	+10
PO ₂ < 60 mmHg ou SatO ₂ $< 90\%$	_____	+10
Infiltrado pleural (radiografia)	() Sim () Não	+10

Pontuação Total: _____

Anexo 01: Ficha de avaliação

Ficha de Avaliação de Enfermagem – Escore Adaptado CURB-65

Nome: _____ Idade: _____ anos
Sexo: () Masculino () Feminino Data da Avaliação: ____/____/____

Critérios de Avaliação – CURB-65

Critério	Descrição	Dado Observado	Pontuação
C – Confusão mental	Paciente desorientado no tempo, espaço ou pessoa?	() Sim () Não	-1
U – Ureia > 7 mmol/L	Exame laboratorial disponível?	Resultado: _____	-1
R – Frequência respiratória ≥ 30 rpm	Contagem da frequência respiratória durante a avaliação	() ≥ 30 () < 30	-1
B – Pressão arterial baixa	PAS < 90 mmHg ou PAD ≤ 60 mmHg	PAS: _____ PAD: _____	-1
65 – Idade	Idade do paciente ≥ 65 anos?	() ≥ 65 () < 65	-1

Total de Pontos: _____

Interpretação (conforme escore CURB-65)

Pontuação	Gravidade	Conduta sugerida
0-1	Baixa	Tratamento ambulatorial
2	Moderada	Considerar internação
3-5	Alta	Internação, considerar UTI

Responsável pela Avaliação:

CARIEMBO DO ENFERMEIRO(A)

Anexo 02: Ficha de avaliação

Com base nos dados obtidos na etapa anterior, os diagnósticos de enfermagem são estabelecidos segundo a taxonomia da NANDA-I. Estes diagnósticos representam os problemas reais ou potenciais que o paciente apresenta no momento da avaliação.

Exemplos de Diagnósticos:

- Troca gasosa prejudicada relacionada à infecção pulmonar, evidenciada por FR $\geq$ 30 rpm e SatO₂ < 90%.
- Perfusão tissular ineficaz relacionada à hipotensão arterial, evidenciada por PAS < 90 mmHg.
- Confusão aguda relacionada à hipoxemia e quadro infeccioso.
- Déficit no autocuidado relacionado à fadiga e fraqueza generalizada.

Na etapa do planejamento, são definidos os objetivos de curto e médio prazo, voltados para a resolução ou controle dos diagnósticos identificados. Os resultados esperados devem ser específicos, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e temporais (critérios SMART), podendo ser fundamentados na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).

Exemplos de Resultados Esperados:

- O paciente apresentará FR < 25 rpm e SpO₂ $\geq$ 92% nas próximas 24 horas.
- O paciente manterá pressão arterial sistólica $\geq$ 90 mmHg durante a internação.
- O paciente demonstrará melhora do nível de consciência em até 48 horas após início do tratamento.
- O paciente será capaz de realizar higiene pessoal com mínima assistência em até 72 horas.

A implementação corresponde à execução do plano de cuidados. Nessa etapa, o enfermeiro realiza intervenções baseadas nos diagnósticos e objetivos estabelecidos. As intervenções podem ser direcionadas por classificações padronizadas como a NIC (*Nursing Interventions Classification*), devendo também ser adaptadas às particularidades do paciente.

Exemplos de Intervenções de Enfermagem:

- Monitoramento Respiratório (NIC 3350):
 - Verificar frequência respiratória e saturação de oxigênio periodicamente.
 - Avaliar sinais de esforço respiratório e uso de musculatura acessória.
- Administração de Medicamentos (NIC 2300):

- Garantir o uso correto e seguro de antibióticos e antitérmicos conforme prescrição médica.
- Controle da Infecção (NIC 6540):
 - Assegurar medidas de precaução por gotículas.
 - Higiene das mãos antes e após o contato com o paciente.
- Orientação ao Paciente e Família (NIC 5602):
 - Informar sobre sinais de piora clínica e necessidade de retorno imediato.
 - Explicar a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e ao repouso.

A avaliação é a última etapa do SAE e consiste na análise contínua dos resultados obtidos, com base na evolução clínica do paciente e nos critérios objetivos estabelecidos no planejamento. Quando os objetivos não forem atingidos, o plano de cuidados deve ser revisado e ajustado.

Critérios de Avaliação:

- Melhora dos parâmetros respiratórios (redução da FR, aumento da SatO₂).
- Restabelecimento da pressão arterial dentro dos limites fisiológicos.
- Redução dos sintomas infecciosos (febre, confusão, fadiga).
- Alcance parcial ou total dos objetivos definidos no plano de cuidados.

Considerações Finais

O presente estudo permitiu evidenciar que a pneumonia adquirida na comunidade (PAC) continua representando um relevante problema de saúde pública, especialmente entre indivíduos em situação de vulnerabilidade socioeconômica. A análise dos fatores associados à incidência e ao agravamento da doença demonstra que as desigualdades sociais, as condições precárias de moradia, a baixa escolaridade e o acesso limitado aos serviços de saúde constituem determinantes expressivos para a manutenção do quadro de vulnerabilidade. Tais elementos reforçam a necessidade de ações integradas entre os diferentes níveis de atenção à saúde, voltadas à promoção, prevenção e tratamento precoce da PAC.

No contexto da enfermagem, destaca-se o papel fundamental do enfermeiro como agente transformador na implementação de estratégias educativas, acompanhamento

domiciliar, vigilância de sintomas e adesão terapêutica. A atuação desse profissional é essencial para o reconhecimento precoce dos sinais de agravamento e para o fortalecimento das ações preventivas, contribuindo assim para a redução da morbimortalidade associada à pneumonia comunitária. Conforme apontam Ugolini Santana *et al.* (2024) e Reis *et al.* (2024), a prática de enfermagem pautada em evidências e na integralidade do cuidado tem impacto direto na melhoria dos desfechos clínicos e na qualidade de vida dos pacientes acometidos.

Além disso, os estudos de Rabello *et al.* (2011), Nardocci *et al.* (2013) e Schwartzman *et al.* (2010) reforçam que a efetividade das estratégias de prevenção e tratamento depende não apenas do manejo clínico adequado, mas também da articulação entre políticas públicas e educação em saúde. A atuação intersetorial, associada à capacitação contínua das equipes de enfermagem, constitui ferramenta indispensável para a consolidação de práticas resolutivas e humanizadas.

Dessa forma, conclui-se que a redução dos agravos relacionados à PAC em populações de baixa renda exige a integração entre o conhecimento técnico-científico, a sensibilidade social e o fortalecimento das políticas públicas de saúde. O compromisso ético e educativo do enfermeiro, aliado à abordagem preventiva e comunitária, configura-se como elemento-chave para o enfrentamento das desigualdades e para a promoção de uma assistência mais equitativa e efetiva.

Como desdobramento deste estudo, sugere-se o aprofundamento de pesquisas que explorem a eficácia de programas comunitários de prevenção e acompanhamento da PAC em populações vulneráveis, especialmente com foco na atuação do enfermeiro em contextos de atenção primária. Investimentos em educação permanente, vigilância epidemiológica e políticas públicas voltadas à redução das desigualdades sociais são imprescindíveis para o controle da doença. Ressalta-se, ainda, a importância de ampliar a conscientização da população sobre medidas preventivas e o fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade, como estratégias centrais para o enfrentamento da pneumonia comunitária em grupos socialmente desfavorecidos.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Informações de Saúde (TABNET)*. Brasília, 2023. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
- CHAUVET, P.; COSTA, W.; FARIA, A. C. **Pneumonia adquirida na comunidade**. In: **Infecções Respiratórias**. Ano 9, jul./dez. 2010. Disponível em: https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1328396604artigo_2.pdf. Acesso em: 8 mai. 2025.

CORRÊA, R. A. *et al.* Recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade. 2018. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 44, n. 5, p. 405–423, 2018. Disponível em: <https://www.jornaldepneumologia.com.br/details/2853/pt-BR>. Acesso em: 21 mai. 2025.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. (org.). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação** – 2024-2026. Porto Alegre: Artmed, 2024.

NARDOCCI, P.; GULLO, C. E.; LOBO, S. M. Pneumonia grave por vírus influenza A H1N1 e pneumonia comunitária grave: diferenças na evolução. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 25(2), 123–129, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130023>. Acesso em: 10 mai. 2025.

RABELLO, L. S. C. F. *et al.* (2011). Novos marcadores biológicos na pneumonia comunitária grave. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 23(4), 499–506. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2011000400016>. Acesso em: 8 mai. 2025.

REIS, Bruna *et al.* Tratamento da pneumonia comunitária: protocolos atuais e desafios emergentes. **RICS – Revista Interdisciplinar das Ciências da Saúde**, v. 1, n. 2, p. 1–7, 2024. DOI: 10.70209/rics.v1i2.27.

SCHWARTZMANN, P. V. *et al.* Pneumonia comunitária e pneumonia hospitalar em adultos. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 43, n. 3, p. 238–248, 2010. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v43i3p238-248. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/181>. Acesso em: 8 mai. 2025.

UGOLINI SANTANA, L. *et al.* Epidemiologia e mortalidade de pneumonia por micro-organismo não especificado no Brasil nos anos de 2011 a 2020. **Health Residencies Journal**, [S. l.], v. 5, n. 22, 2024. DOI: 10.51723/hrj.v5i22.967. Disponível em: <https://hrj.emnuvens.com.br/hrj/article/view/967>. Acesso em: 8 mai. 2025.