



III Seminário Internacional

Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde

X Semana de Enfermagem

Universidade Federal de Santa Maria



ANAIIS

III Seminário Internacional

Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde

X Semana de Enfermagem

Universidade Federal de Santa Maria

**TRABALHOS APRESENTADOS EM FORMA DE POSTER NO DIA 25 DE
MAIO – TURNO: MANHÃ**



III Seminário Internacional

Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde

X Semana de Enfermagem

Universidade Federal de Santa Maria

A experiência de vivenciar o intercâmbio acadêmico internacional: relato de experiência.....

A influência da cultura familiar sobre o puerpério.....

A percepção de mulheres sobre construção e violência de gênero e sexualidade feminina.....

A utilização de oficinas na coleta de dados em cenários rurais: relato de experiência.....

Ação social junto a idosos institucionalizados: uma experiência acadêmica.....

Ações de acadêmicas de enfermagem no controle de infecção em instituição hospitalar do noroeste gaúcho.....

Ações do enfermeiro frente ao usuário portador de tuberculose: uma revisão narrativa.....

Acolhimento de enfermagem à família de pacientes em unidade de terapia intensiva: relato de experiência.....

Acolhimento e acesso da mulher gestante na atenção primária.....

Adesão a terapêutica medicamentosa em pacientes egressos de internação psiquiátrica.....

Agressão verbal e assédio moral no trabalho de enfermagem na área hospitalar.....

Alta hospitalar pelos profissionais de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal.....

A percepção de mulher sobre construção e violência de gênero e sexualidade feminina....

Aplicação do instrumento srq-20 em trabalhadores e estudantes da saúde: tendências da produção científica brasileira.....

Aspectos emocionais relacionados à adolescência: relato de experiência de um projeto de extensão.....

Assistência de enfermagem ao paciente internado em unidade de clínica cirúrgica: um relato de experiência.....

Assistência de enfermagem em unidade de internação pediátrica: um relato de experiência.....

Atividade educativa com idosos: um relato de experiência de graduandos de enfermagem.....

Atuação do enfermeiro no tratamento de lesões.....

Aulas práticas em unidade de internação psiquiátrica: relato de experiência.....

Avaliação da disciplina fundamento do cuidado humano ii: um relato de experiência.....

Avaliação das dimensões do sofrimento moral em enfermeiros: intensidade e frequência.....

Cateter central de inserção periférica em paciente adulto: importância da atuação do

enfermeiro.....
 Conflitos interpessoais em estudantes do ensino técnico em enfermagem.....
 Construindo instrumento para viabilização do processo de enfermagem no atendimento à puérpera na atenção básica.....
 Conversando sobre sexualidade em um grupos de adolescentes.....
 Cuidado de si como estratégia de aprimoramento profissional: revisão de literatura.....
 Cuidados de enfermagem ao paciente pós acidente vascular cerebral.....
 Cuidados prestados a pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: relato de experiência.....
 Danos relacionados ao trabalho de enfermeiros da atenção básica a saúde.....
 Desafios do enfermeiro docente de curso técnico: um relato de experiência.....
 Escala de sofrimento moral para estudantes de graduação em enfermagem: características psicométricas.....
 Educação em saúde sobre primeiros socorros: relato de experiência.....
 Educação em saúde: orientações de enfermagem no pré-natal e formação de vínculo.....
 Educação permanente em saúde: estratégia de transformação das práticas assistenciais frente as infecções hospitalares.....
 Estratégias de conscientização das mulheres no outubro rosa: um relato de experiência.....
 Estratégias e desafios da redução de danos: revisão narrativa da produção científica.....
 Exame preventivo do câncer do colo do útero em mulheres hysterectomizadas: um relato experiência.....
 Fatores que interferem na qualidade de vida de idosos.....
 Idosas com transtornos mentais: atuação do enfermeiro em uma instituição de longa permanência.....
 Implicações da morte encefálica e os cuidados de enfermagem em unidade de terapia intensiva.....
 Importância da educação permanente no controle de infecções hospitalares: reflexões de uma acadêmica de enfermagem.....
 Incidência de flebite relacionada ao uso de cateter intravenoso periférico.....
 Infecção em cateteres venosos centrais: revisão narrativa de ensaios clínicos da enfermagem.....
 Influência da família na prática da amamentação pela mulher adolescente.....
 Inserção dos profissionais da residência multiprofissional em serviços de saúde: revisão de teses e dissertações.....
 Interações medicamentosas descritas na literatura nacional.....
 Interface do curso de formação de professores para educação profissional e a pós-

graduação.....	
Material educativo, saúde e segurança do trabalhador.....	
Mitos e verdades sobre a sexualidade de idosos: relato de experiência.....	
O (não) planejamento familiar na gestação em idade avançada.....	
O cuidado em saúde mental: uma reflexão sob a ótica da reforma psiquiátrica.....	
O dia a dia do homem penectomizado: um relato de caso.....	
O papel do enfermeiro frente ao gerenciamento dos serviços de urgência e emergência	
O profissional de enfermagem e o processo de morrer/morte do paciente oncológico em cuidados paliativos.....	
O renascimento da vida: práticas realizadas por profissionais enfermeiros na assistência do parto domiciliar.....	
O trabalho de profissionais em um serviço de atendimento móvel de urgência: relato de experiência.....	
Organização da assistência de enfermagem em um serviço de pronto atendimento hospitalar: desafios da gestão.....	
Percepção de enfermeiros que trabalham em turnos acerca da sobrecarga de trabalho: proposta de investigação.....	
Percepções do (con) viver com hipertensão arterial e diabetes mellitus: um relato de experiência.....	
Perfil de adolescentes com diabetes mellitus acompanhados em hospital de ensino: nota prévia.....	
Perfil sociodemográfico e laboral dos militares de enfermagem do exército brasileiro do rio grande do sul.....	
Pesquisa qualitativa em saúde com suporte do software iramuteq para codificação dos dados.....	
Práticas de cuidado às pessoas com transtorno mental: revisão integrativa de literatura.....	
Prevalência de depressão nos idosos participantes dos grupos de convivência de são carlos (sc).....	
Problemas éticos e sensibilidade moral dos enfermeiros do rio grande do sul.....	
Processo de revelação do diagnóstico de hiv para criança e adolescente.....	
Processo formativo dos acadêmicos de enfermagem para a gestão e gerência do cuidado: resultados preliminares.....	
Produção acadêmica brasileira sobre lesões por pressão em pacientes cirúrgicos.....	
Produção científica nacional sobre segurança do paciente na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa.....	
Projeto de ensino integra: sos calouros: contruibuições para reduzir a evasão no ensino superior.....	
Redes de apoio social identificadas por usuários de drogas em tratamento em um serviço substitutivo.....	
Residências multiprofissionais em saúde: revisão em teses e dissertações.....	

Risco cardiovascular: desafio e importância em abordar a temática com a população jovem.....

Risco de quedas em pacientes hospitalizados: revisão narrativa da literatura.....

Riscos biológicos no cenário de trabalhadores de um hospital veterinário.....

Riscos ergonômicos no contexto laboral de trabalhadores de um hospital veterinário.....

Riscos ocupacionais na enfermagem: análise das tendências em teses e dissertações.....

Saúde do trabalhador militar: uma revisão integrativa.....

Sensibilidade moral em enfermeiros de unidades de terapia intensiva.....

Sentimentos e emoções de pessoas com diabetes mellitus sobre a doença: nota prévia.....

Sentimentos vivenciados por homens no pré-operatório de cirurgias urológicas: reflexões para assistência de enfermagem.....

Singularidades na relação docente e discente e a formação em enfermagem.....

Sistematização da assistência de enfermagem e a construção da autonomia profissional.....

Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva adulto.....

Tecnologias no cenário hospitalar: uma visão do enfermeiro.....

Tendência da produção científica acerca de construção e validação de produtos na enfermagem.....

Tendências da produção acadêmica brasileira sobre metodologias utilizadas na avaliação de custo-efetividade.....

Tendências das produções brasileiras acerca do nordic musculoskeletal questionnaire.....

Trabalho voluntário em instituição de longa permanência: relato de experiência.....

Transtorno obsessivo-compulsivo: análise da produção científica dos últimos 5 anos.....

Um projeto de extensão exitoso: 25 anos do grupo renascer.....

Uma análise da filosofia do cuidado paliativo em oncologia pediátrica.....

Utilização de equipamentos de proteção individual por agricultores na exposição a agrotóxicos no cultivo do tabaco.....

Utilização do inventário de depressão de beck em estudantes universitários: análise da produção científica.....

Validação do questionário de sensibilidade moral com enfermeiros da atenção básica.....

Ver-sus: uma experiência excepcional para formação acadêmica na realidade do sistema único de saúde.....

Violência doméstica contra mulheres rurais: concepções de homens e mulheres.....

Violência sexual contra as mulheres: revisão narrativa da literatura, 1994-2015.....

Vivência acadêmica de enfermagem em serviço de pronto socorro: relato de experiência
 Vivência de acadêmicas de enfermagem em um centro de atenção psicossocial álcool e drogas.....
 Vivência no pronto socorro de um hospital universitário: contribuição na formação acadêmica.....
 Vivências sobre sífilis em uma estratégia de saúde da família: relato de experiência.....
 Voz da criança: estudos interdisciplinares sobre ética da infância.....
 Vulnerabilidades da criança e adolescente com doença crônica: cuidado em rede de atenção à saúde.....



1. A EXPERIÊNCIA DE VIVENCIAR O INTERCÂMBIO ACADÊMICO INTERNACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

TO EXPERIENCE INTERNATIONAL ACADEMIC EXCHANGE: EXPERIENCE REPORT

LA EXPERIENCIA INTERCAMBIO ACADÉMICO INTERNACIONAL: RELATO DE EXPERIENCIA

CARVALHO, Jordana Lopes¹; SILVA, Fernanda Stock da²; FORTES, Dienifer³; FURTADO, Bruna⁴; STRECK, Mônica T. H¹; SOUZA, Rafaela²; WEILLER, Teresinha Heck³.

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo PPGenF- UFSM. Especialista em Urgência e Emergência, Enfermeira Assistencial no Hospital Geral da Unimed, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. dana.lopes@hotmail.com

² Enfermeira Mestre, Coordenadora de Enfermagem do Hospital Geral Unimed, Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA).

³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo PPGenF- UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo PPGenF- UFSM. Especialista em Saúde da Família. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Nos países em desenvolvimento tem-se observado o avanço na expansão da mobilidade acadêmica no ensino superior. Este processo decorre, muitas vezes, pelas exigências do mercado de trabalho e da procura por profissionais qualificados, capazes de contribuir para o desenvolvimento e o crescimento do país. Nesse sentido, tem-se evidenciado um aumento expressivo das vagas para experiências de mobilidade no ensino superior.¹ A procura dos acadêmicos por novas experiências vem crescendo no decorrer do tempo. O avanço na globalização estimulou o desenvolvimento de competências acadêmicas culturais, potencializando as vantagens dos processos de mobilidade, possibilitando o contato com novas culturas, línguas e novas experiências.² A área da saúde também esta inserida neste processo de mudanças e inovações e os programas de intercâmbio procuram promover a expansão e internacionalização da ciência e da inovação técnico-científica, aprimorando os conhecimentos e permitindo novas experiências. Pode-se considerar que a palavra intercâmbio significa nessa direção: troca, permuta.³ As novas experiências buscam incentivar a internacionalização técnico-científica, nos quais os programas de intercâmbio buscam por promover a consolidação e expansão, assim como a inovação da ciência e da saúde, além de proporcionar novos saberes.³ Estudo defende que o contato com o novo proporciona aos estudantes um amadurecimento significativo, o qual oferece a oportunidade de enfrentar a realidade de uma maneira diferente, com um olhar amplo voltado para novas descobertas. Este tipo de experiência coloca o acadêmico em contato com pesquisadores internacionais, ao convívio com estudantes e profissionais de sua área, assim como novos centros de desenvolvimento teórico-práticos.⁴ Assim, o objetiva-se descrever a experiência de intercâmbio de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Franciscano, durante mobilidade acadêmica internacional na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Trata-se de um relato de experiência relacionado à mobilidade acadêmica Internacional Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Este foi realizado na modalidade de graduação, por meio de convênio entre as duas Instituições de Ensino Superior - Centro Universitário Franciscano Santa Maria/Brasil e a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra/Portugal. O processo de mobilidade foi desencadeado a partir de reflexões acerca da abertura de novas possibilidades para a construção do Trabalho Final de Graduação em Enfermagem, em acordo com a Assessoria de Relações Acadêmicas Interinstitucionais (ARAI), do Centro Universitário Franciscano, RS, Brasil, a qual realizou os encaminhamentos necessários. O intercâmbio foi realizado em um período de três meses, entre dezembro e março de 2015, impulsionado a partir de vivências em grupos de pesquisa e, sobretudo, a participação em um projeto de pesquisa e extensão universitária do Ministério da Saúde (MS), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-SAÚDE. Durante o intercâmbio foram realizadas atividades teórico-práticas, bem como estágio extracurricular no seguinte setor: Medicina Intensiva. As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são unidades com um grau de complexidade muito elevado, destinadas a pacientes em situação crítica, que demandam de cuidados e espaço físico específicos com um suporte instrumental tecnológico avançado. Todo este processo gerou expectativas, tanto pelas práticas acadêmicas quanto pelas questões de cunho pessoal e algumas dúvidas, mesmo estando em um País de língua português. A oportunidade de vivenciar valores de um País Europeu, com culturas e cotidiano diferentes do que já se está adaptado é um desafio, apesar da semelhança de língua de origem de ambos os países. O intercâmbio oferece a oportunidade de trocar

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde Pública e do Trabalho. Mestranda em Enfermagem pelo PPGenf- UFSM, Enfermeira Assistencial HUSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Nutricionista. Especialista em Sistema Público de Saúde ênfase em Atenção Básica pela UFSM. Mestranda em Enfermagem pelo PPGenf- UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Enfermeira Doutora, Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora Tutora de Campo e de Núcleo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistemas Públicos de saúde – Ênfase, Atenção Básica/ESF da UFSM. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-PPGENF/UFSM. Pró-Reitora de Extensão da UFSM.

informações, conhecimentos e culturas diferentes. Neste âmbito de intercâmbio internacional pode-se destacar a oportunidade de ter vivenciado este tipo de experiência, nas quais se sobressaem às atividades teórico-práticas, a participação em congressos científicos, o reconhecimento de diferentes cenários de saúde, nas quais a enfermagem portuguesa me possibilitou conhecer a sua realidade específica, isto é, seus avanços e desafios. Observou-se especialmente o modo de cuidar dos profissionais e com eles aprender, bem como conhecer equipamentos, materiais e tecnologias até mesmo a arquitetura do lugar o qual estimula também lembrar as vivências no Brasil e comparar a diferença de cada cenário com a realidade vivenciada no período. Pode-se destacar a experiência do intercâmbio em dimensões como a do conhecimento, e a da experiência que implica diretamente no estado psicológico do acadêmico.³ O intercâmbio além de me proporcionar novas vivências e experiências dentro da Enfermagem também me propiciou conhecer detalhadamente como funcionam os protocolos de tratamentos em pacientes em situações críticas, o que acresceu muito nos conhecimentos e destacou a grande importância destes processos. Neste sentido o estágio ampliou a capacidade de observação e de cuidado, pois é diferente em certo modo o enfermeiro em Portugal para o enfermeiro do Brasil. Com o passar do tempo os processos de cuidar se tornaram mais claros, pela oportunidade de acompanhar casos bem diferenciados. A formação profissional é permanentemente contínua, o vínculo entre o aprendizado e a vida pessoal e profissional deve ser um compromisso que o graduando deve assumir desde cedo para que possa atender as novas exigências dos mercados de trabalho.² O processo de intercâmbio proporcionou crescimento pessoal, profissional, cultural e social. Possibilitou a oportunidade de conhecer outros países, assim como atendeu as perspectivas, pois o grande objetivo era conhecer a Enfermagem fora do Brasil, integrar com outras pessoas e profissionais, sendo assim permitiu fazer novas amizades, conhecer novos costumes, línguas, além de do aumento de conhecimentos pelas vivências na Enfermagem, o que foi singular e único. O crescimento acadêmico, além do acréscimo nos conhecimentos, proporcionou vivências distintas, ampliou horizontes, como o modo de pensar, fazer enfermagem e ser enfermeiro. Assim, como a importância da equipe interdisciplinar em qualquer lugar do mundo, no qual pude aperfeiçoar minhas habilidades e técnicas, pois também foi um momento de construção da personalidade. A mobilidade acadêmica proporcionou, portanto, vislumbrar a importância do intercâmbio internacional, como forma de integração, agregação e de formação acadêmica, no qual se procura aperfeiçoar-se da melhor maneira possível, ampliando novos saberes e inovações que são possibilitadas por meio desses processos os quais devem ser vistos como forma de incentivo para a formação de profissionais qualificados e empreendedores. Sendo assim, espera-se, com este relato, estimular e ampliar o intercâmbio acadêmico internacional, a fim de desenvolver competências de cuidado de Enfermagem culturalmente competentes.

Descritores: Enfermagem; Educação; Estudantes; Intercâmbio.

Descriptors: Nursing; education; students; Exchange.

Descriptores: Enfermería; educación; Estudiantes; Intercambio.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Almeida L, Araújo CMM, Amaral A, Dias D. Democratização do acesso e do sucesso no ensino superior: uma reflexão a partir das realidades de Portugal e do Brasil. *Revista Avaliação Campinas*.2012;17(3).
2. Oliveira MG, Pagliuca LMF. Programa de mobilidade acadêmica internacional em enfermagem: relato de experiência. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012; 1(33):195-8.

3. Dalmolin, IS, Pereira ER, Silva RMCRA, Gouveia MJB, Sarinheiro JJ. Intercâmbio acadêmico cultural internacional: uma experiência de crescimento pessoal e científico. Rev Bras Enferm.2013; 66(3):442-7.
4. Salvetti MG, Bueno M, Gastaldo D, Kimura AF, Pimenta CAM. Doutorado sanduíche: considerações para uma experiência de sucesso no exterior. Rev. Gaúcha Enferm.2013; 34(1):2014.



2. A INFLUÊNCIA DA CULTURA FAMILIAR SOBRE O PUERPÉRIO

THE INFLUENCE OF FAMILY CULTURE ON THE PUERPÉRIO

LA INFLUENCIA DE LA CULTURA FAMILIAR EN EL PUERPÉRIO

DE MARCO, Júlia¹; CARNEIRO, Alessandra Suptitz²; SOARES, Jucélia Machado.³

Resumo

Com objetivo de conhecer e identificar os hábitos culturais que as puérperas possuem no período puerperal, realizou-se um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa com entrevista semiestruturada. Os sujeitos foram dez mulheres que estavam no período puerperal, que compreende o período de até 42 dias pós-parto, residentes no município de Marau/RS. Para análise de dados, utilizou-se a proposta metodológica de análise temática. A partir da fala dos sujeitos, surgiram as seguintes categorias: práticas culturais das puérperas, práticas culturais com o bebê e práticas culturais com a amamentação. Os resultados evidenciaram que a influência dos hábitos culturais está menos presente. Concluiu-se que os cuidados culturais passados pelas gerações nas famílias são aprendidos e respeitados pelas puérperas, no entanto, estão sendo praticados com menos frequência, visto que elas estão buscando por orientações de caráter científico no que se refere ao cuidado com seu corpo e com seu filho.

Descritores: Período Pós-Parto; Profissionais da Saúde; Família; Enfermagem Transcultural.

Abstract

With the purpose of knowing and identifying the cultural habits that puerperal women have in the puerperal period, a descriptive exploratory study of a qualitative approach with a semi-structured interview was carried out. The subjects were ten women who were in the puerperal period, which includes the period of up to 42 days postpartum, living in the municipality of Marau / RS. For data analysis, the thematic analysis methodological proposal was used. From the subjects' speech, the following categories emerged: cultural practices of puerperal women, cultural practices with the baby, and cultural practices with breastfeeding. The results showed that the influence of cultural habits is less present. It was concluded that the cultural care provided by the generations in the families is learned and respected by the puerperas, however, they are being practiced less frequently, since they are looking for scientific orientations regarding the care with their body and with your son.

Descriptors: Postpartum Period; Health professionals; Family; Transcultural Nursing.

Resumen

Con el fin de conocer e identificar los hábitos culturales que tienen las madres en el puerperio, hubo un estudio cualitativo exploratorio descriptivo con la entrevista semi-estructurada. Los sujetos fueron diez mujeres que estaban en el período post-parto, que abarca el período de hasta 42 días después del parto, los residentes en el municipio de Marau / RS. Para el análisis de los datos, se utilizó la propuesta metodológica de análisis temático. Desde el discurso de los sujetos, surgieron las siguientes categorías: prácticas culturales de las madres, prácticas culturales con el bebé y prácticas culturales con la lactancia materna. Los resultados mostraron que la influencia de los hábitos culturales está menos presente. Se concluyó que los cuidados culturales pasado a través de generaciones en las familias se aprenden y respetado por las madres, sin embargo, se están practicando con menos frecuencia, ya que están en busca de directrices científicas relacionadas con el cuidado de su cuerpo y su hijo.

Descritores: Período posparto; Profesionales de la salud; Familia; Enfermería transcultural.

Introdução

A gravidez é um período na vida da mulher que requer cuidados importantes para chegar ao final sem intercorrências. Após a expulsão do feto inicia-se o puerpério, o intervalo de seis semanas entre o nascimento do neonato e as modificações locais e sistêmicas que retornam ao estado pré-gravídico⁽¹⁾.

Assim como em todo período gravídico, no pós-parto necessita-se manter cuidados especiais

¹ Enfermeira, Residente em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul/ Campus Passo Fundo/RS. juliademarco1@hotmail.com.

² Enfermeira, Residente em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul/ Campus Passo Fundo/RS.

³ Enfermeira, Residente em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul/ Campus Passo Fundo/RS.

para a recuperação da mãe e bem-estar do bebê.

No puerpério, o que assusta algumas famílias é o fato de que a mulher pode ter uma recaída ou pegar alguma enfermidade, podendo resultar em complicações em sua recuperação. Por conta disso, as mulheres são cercadas por crenças familiares, as quais são repassadas pelas gerações, no entanto são hábitos desconhecidos cientificamente. Com tal preocupação, a problemática foi identificar os hábitos culturais que as gestantes seguem de seus familiares.

O profissional enfermeiro deve entender as puérperas, seus valores e costumes para poder realizar um bom trabalho. Em qualquer cultura, o ser humano presencia comportamentos de cuidados a partir do contexto familiar, sendo assim, as práticas culturais influenciam na forma como o ser humano espera ser cuidado pela enfermagem⁽²⁾.

Madeleine Leininger, criadora da Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural fundamentou-a baseando-se na crença de que os povos de cada cultura são capazes de relacionar suas experiências e percepções de suas crenças com as práticas em saúde. Entretanto, afirma que especificamente no Brasil quase inexistem estudos desta natureza, o que aponta para uma lacuna de conhecimentos à abordagem dos rituais de cuidado que são desenvolvidos pelos próprios indivíduos e grupos em seus contextos culturais⁽³⁾.

Com base nessas considerações, o objetivo deste estudo foi conhecer e identificar os hábitos culturais que as puérperas possuem no período puerperal, os quais são passados de geração em geração. Na perspectiva de que o conhecimento possa contribuir com a finalidade de proporcionar melhor assistência de enfermagem no cuidado puerperal baseando-se na enfermagem transcultural.

Metodologia

Estudo de caráter qualitativo, exploratório descritivo⁽⁴⁾. Realizado com dez puérperas, com idade superior a vinte e um anos, residentes na área de abrangência das Estratégias Saúde da Família (ESF) no Município de Marau – RS, no período de setembro de 2015.

Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa, logo, ao aceitarem de livre e espontânea vontade foi informado sobre o objetivo da pesquisa e solicitado suas assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi lido e esclarecido de forma coloquial facilitando o entendimento das mesmas.

Optou-se como instrumento para a coleta de dados a entrevista semiestruturada, elaborada pela pesquisadora a partir do objetivo de estudo. Para a análise de dados foi utilizada a proposta metodológica de análise temática⁽⁴⁾.

O desenvolvimento de estudo obedeceu aos preceitos da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo sob o número 1.228.793.

Resultados e Discussão

A amostra foi composta por dez puérperas com idade variável entre 21 e 36 anos, as entrevistas foram realizadas entre o 6º e o 30º dia pós-parto. A maior parte das puérperas (oito) tiveram parto cesárea, as demais, parto normal, como pseudônimo optou-se por utilizar nome de frutas. A partir da fala dos sujeitos, surgiram as seguintes categorias: práticas culturais das puérperas, práticas culturais com o bebê e práticas culturais com a amamentação.

Práticas culturais das puérperas

O período pós-parto e a maternidade tornam a puérpera muito sensível, profundas mudanças que interferem a vida da mulher acontecem. A família é primordial neste momento em que a puérpera necessita de atenção, apoio e cuidados. Em virtude disto, pessoas próximas à puérpera passam orientações que fazem parte da “dieta” para este momento de “resguardo”.

A gente tem que se cuida bastante, se não depois digamos que aconteça alguma coisa que eu não me cuide, fique mal [...] quem que vai cuida dela... (Manga)

Para a proteção do resguardo e prevenção da recaída, são citadas as proibições em relação aos trabalhos domésticos, não se expor às situações climáticas e abstenção de relações sexuais. Também são citadas proibições a ingestão de certos alimentos e cuidados de higiene onde a lavagem dos cabelos durante o resguardo pode levar à recaída⁽⁵⁾.

Tem que se cuida... pode pega uma recaída das grande. (Pêssego)

A recaída significa o puerpério patológico, o qual consiste em várias condições que podem complicar no pós-parto, como sangramento, febre e mal-estar. Às vezes, essa recaída não significa somente respeitar regras no pós-parto, mas sobre algumas mães negligenciarem certos cuidados⁽⁶⁾.

Desta forma, algumas puérperas seguem alguns hábitos culturais sob o risco de adquirir problemas futuros de saúde. É uma prática que Morango revela realizar em virtude de não saber o que significa: “as pessoas mais antigas falam da tal recaída, não sei muito se eu acredito nisso, mas pelo sim pelo não eu vou me resguardar”.

Apesar de conhecerem sua importância no cuidado da família como responsáveis pela saúde, constata-se que elas recebem conselhos que não sabem explicar: ideias que se difundem como verdade, mas cuja única base é o fato de serem repetidas de geração a geração⁽⁷⁾.

A alimentação é um tema cercado por crenças em todas as sociedades. As crenças alimentares são superstições referentes à ingestão de alimentos que podem interferir benéficamente ou maleficamente. É um item que as puérperas mais recebem orientações e mais as praticam. Referem a ingestão de alimentos leves e frutas, evitam alimentos pesados, ácidos, frituras, que segundo seus familiares causarão cólicas ao bebê, através do leite materno.

...a mãe, os avós sempre falam [...] carne de porco que não da pra comer, pão feito no dia, [...] feijão também diz que é bom esperar uns dias pra comer... (Manga)

A gravidez, puerpério e lactação não indicam apenas o desempenho de uma atividade fisiológica, mas constituem acontecimentos culturais que são experimentados sob uma construção simbólica que permeia os indivíduos⁽⁸⁾. Tradicionalmente, a puérpera obedece às orientações visando a sua recuperação e a saúde do seu filho.

Além da influência familiar, as orientações dadas durante as consultas no pré-natal e na revisão puerperal, preconizadas pelo Ministério da Saúde, também são obedecidas com rigor:

Eu to fazendo como os médicos disseram pra fazer, comer normal, cuidar o que é forte, tipo café, chimarrão, chocolate essas coisas que eles dizem pra gente não comer... (Manga)

No Brasil, a assistência pré-natal inclui o acompanhamento e o monitoramento do ganho de peso gestacional e prevê orientações nutricionais voltadas às mulheres no período que vai da gravidez à amamentação⁽⁹⁾.

A Portaria nº 1.459, institui uma rede de cuidados visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável, denominada Rede Cegonha⁽¹⁰⁾. Diante disto, os profissionais de saúde precisam acolher e, quando necessário, realizar busca ativa das gestantes, puérperas e crianças que não procuram pelos serviços.

Em relação aos cuidados com a higiene corporal, grande parte não segue nenhuma crença familiar, retornaram ao banho e lavagem de cabelos assim que puderam como refere Morango:

Já tomei banho no dia seguinte, assim que me tiraram a sonda já fui pro banho.

Apenas Pêssego referiu um hábito cultural repassado por sua mãe:

O cabelo com 20 dias, de cima pra baixo eu lavava, menos o cabelo...

A puérpera não lava a cabeça porque o sangue é recolhido, deixando-a doente, precisa permanecer em repouso no leito, porque o resguardo deve ser mantido para não afetar sua saúde⁽¹¹⁾. Isto demonstra que a cultura da família de Pêssego ainda mantém suas tradições, apesar da forte influência que a mídia e a equipe de saúde possuem sobre a cultura.

Estudos demonstraram a importância da prática da atividade física como forma de promoção da saúde, qualidade de vida e na prevenção e controle de doenças, além de contribuir para a redução

da morbimortalidade⁽¹²⁾. Para realização de atividade física, as puérperas referem aguardar orientação médica para poderem realizar atividades que exigem maior esforço:

...eu sempre peço pra médica me orienta né, que nem como eu gosto de laça, eu tenho que pedir pra ela [...] pode cria uma hérnia... (Maçã)

O enfermeiro pode identificar os anseios que a puérpera possui quanto à realização de atividade física neste período, e juntamente com uma equipe multidisciplinar prescrever atividades que a puérpera poderá realizar. As orientações devem ser baseadas nas necessidades de cada puérpera, com vista a uma adequada preparação para vivenciar esta etapa de sua vida.

A espera pela orientação médica é imprescindível para que elas retomem a relação sexual sem causar nenhum dano a sua saúde. Isso se expressa na fala de Laranja:

Diz que é perigoso né [...] isso a gente aprendeu desde o colégio, mas os médicos também dizem que a gente tem que se cuidar [...] se não pode vim outro bebê (risos). (Banana)

...eu nunca fiz os 40 dias bem certinho, eu entendo que quando tu tá bem... (Bergamota)

Eu sempre espero passa os 40 dias, pelo menos foi o que mãe, vó dizem né. (Maçã)

As relações sexuais deverão aguardar 40 dias, tempo para o organismo da puérpera se recuperar. Independente do tipo de parto, é comum a vagina ficar ressecada, podendo haver desconforto na relação sexual⁽¹³⁾. O fator mais relevante a se esperar para voltar a relação sexual é o respeito com o próprio corpo. Sendo assim, o homem precisa respeitar o desejo da mulher.

O profissional, além de escutar o que a puérpera fala, pode traçar uma linha de cuidado baseado no que ela entende e pratica, quanto aos cuidados consigo e com seu bebê. Tomando-se por base, que muitas culturas de acordo com seus valores e crenças, seguindo seu contexto de saúde-doença sabe determinar o tipo de cuidado desejado, ou seja, um serviço de atendimento significativo e eficaz para as pessoas, a Enfermagem Transcultural⁽¹⁴⁾.

Todos os hábitos culturais que as puérperas possuem precisam ser respeitados, fazem parte de tradições familiares, passadas pelas gerações e assim precisam perpetuar. Contudo, a orientação profissional faz parte de uma vida saudável, com informações corretas sobre saúde e bem-estar.

Práticas culturais com o bebê

Todo recém-nascido, devido imaturidade necessita de atenção e monitoramento constante. É totalmente dependente dos cuidados e da proteção de outras pessoas. Culturalmente, a mãe é a pessoa que mais realiza estes cuidados, sendo imprescindível que tenha conhecimento.

Os cuidados com a higiene corporal do bebê são dados de acordo com o conhecimento de cada mulher:

...do banho todos os dias, [...] só cuido bastante corrente de vento, tipo quando vo da banho nela eu fecho tudo pra não pega vento pra não dar dor de ouvido... (Manga)

...a gente dá banho de fraldinha nele, é um bebezinho, ele não se suja [...] a gente fica passando um lencinho umedecido... (Melancia)

Percebeu-se que em relação ao banho do bebê as mães são quem realizam este cuidado, com a preocupação durante o manuseio com a criança de o ambiente estar em temperatura agradável.

Os bebês têm capacidade de controlar a temperatura corpórea, porém, em condições extremas de temperatura esta condição é prejudicada pela incapacidade física de manter a homeostase. Dessa forma, os cuidados são essenciais para sua sobrevivência, uma vez que as crianças resfriam-se e se superaquecem com facilidade⁽¹⁵⁾.

No que diz respeito a higienização do coto umbilical, todas as puérperas referiram uso do Álcool 70%, o qual foi orientado pelos profissionais de saúde:

Eu to usando o álcool 70 [...] pra fazer a higiene bem certinho 4 vezes por dia e após cair o umbiguinho dele dai tem que usar por mais 4 dias... (Morango)

O Ministério da Saúde orienta que o cuidador higienize suas mãos e utilize uma gaze para secar a base do coto, em seguida, embeber em álcool 70% outra gaze e aplicar sobre o coto. Isso deve ser repetido a cada troca de fralda⁽¹⁶⁾.

Além disso, familiares orientaram as puérperas com outros cuidados com o coto umbilical:

...eu sei que antigamente as pessoas costumavam enfaixa, [...] mas como os pediatra e os enfermeiros nos orientaram a não fazer isso eu não estou fazendo... (Morango)

Ah eu boto aquela moeda costurada na faixa dai boto pro umbiguinho fica bem lá dentro, certinho no lugar. (Pêssego)

O uso da faixa umbilical foi uma prática muito comum, e seu uso era transmitido pelas gerações. Atualmente, ela é contraindicada devido à comprovação científica sobre a sua ineficácia e até mesmo nocividade para a criança⁽¹⁷⁾. A antisepsia do coto umbilical deve ser realizada para prevenção de infecções e para acelerar a mumificação do mesmo.

O choro do recém-nascido é muitas vezes difícil de decifrar, por isso causa muita angústia para os pais. No entanto, o choro deve ser encarado como uma forma de comunicação do bebê. Um dos choros refere-se às cólicas.

As puérperas entrevistadas preferem optar pela prevenção, cuidando a alimentação que ingerem, pois segundo familiares e profissionais da saúde, a alimentação ingerida é um fator que interfere no acontecimento de futuras cólicas.

Ela não tá tendo exatamente porque to tendo os cuidados na alimentação (risos), porque eu ate acredito que [...] vai pro leite... (Bergamota)

O choro provocado pela cólica começa no início da mamada ou após, acompanhando-se de irritabilidade, distensão abdominal, pulsos cerrados, mobilidade anormal de braços e pernas ou costas arqueadas, ficando com rubor da face, tendo gases e por vezes constipação intestinal. O choro persiste apesar de todos os esforços de consolo⁽¹⁸⁾. O tratamento farmacológico deve ser realizado sob orientação de um profissional, sob o risco de efeitos colaterais na criança.

Cólica a mãe ensina a gente coloca uma fraldinha morninha na barriga, mas eu tenho remédio receitado pelo médico que é a Simeticona... (Maçã.)

Eu vo faze shantala nela... (Uva)

A massagem é uma importante habilidade que os pais podem adquirir. Sua ação é imediata, prática e não apenas curativa como preventiva. Ela pode ser utilizada para minimizar problemas de menor gravidade e contribui com um elemento de alívio e conforto para as crianças⁽¹⁹⁾.

Eu encosto ele sobre a minha barriga assim, dai ele sente o calor. [...] dizem que massagear a barriguinha também alivia... (Banana)

Existem técnicas populares muito utilizadas, porém, não possuem comprovação científica que assegure seu efeito benéfico.

Eu passava azeite com manjerona e alho, fritava e passava na barriguinha dela... (Pêssego)

Eu levei ele pra benze, dizem que é bom.... (Morango)

...pode me dizer que não é pra dá chá que eu dou chá igual... (Melancia)

Água, chá e suco representam um meio de contaminação que pode aumentar o risco de doenças. A oferta desses líquidos em mamadeiras faz com que o bebê engula mais ar propiciando desconforto abdominal pela formação de gases, e consequentemente, cólicas no bebê⁽²⁰⁾.

Apesar das puérperas receberem orientações de hábitos culturais advindos de seus familiares e vizinhos, muitas não acreditam que tais hábitos realmente funcionem e optam por seguir a orientação que o profissional de enfermagem e medicina lhes forneceu.

Práticas culturais com a amamentação

Junto a euforia com a chegada do bebê, e os cuidados relacionados, as mães se deparam com o desafio da amamentação. Pode ser que o processo se dê de forma tranquila e natural, mas também pode não ser tão fácil. Consciente da importância da amamentação, a mãe busca apoio.

Nos primeiros seis meses de vida o leite materno é o alimento mais completo e nutritivo que existe, nele há todos os nutrientes necessários e insubstituíveis para a saúde e bem-estar da criança.

As patologias que podem ocorrer durante este período de amamentação são: dor, ingurgitamento mamário, fissuras mamilares e mastites que podem apresentar como consequência o

desmame precoce e trazer danos à saúde do bebê⁽²¹⁾. Os problemas podem se tornar frequentes, se não tratados sob orientação correta.

Quanto a fissuras e ingurgitamento as puérperas referiram uso de pomadas receitado pelo médico, banho de sol, massagem e amamentação:

Eu passei uma pomada que a doutora receito [...] e banho de luz também... (Laranja)

Empedro e me racho, ma dai eu fui ali no postinho e dai elas falaram que era pra continua dando igual. [...] As enfermeira ensinaram faze massagem dai foi com que desempedro. (Pêssego)

Se as mamas não são esvaziadas de modo adequado ficam ingurgitadas, diminuindo a produção de leite, isso ocorre devido ao aumento da concentração de substâncias inibidoras da produção de leite⁽²⁰⁾. Há vários mitos, tabus e crenças relacionados com a amamentação, hábitos culturais que podem interferir maleficamente na saúde dos bebês:

...diz que a cerveja preta é bom pra faze leite, chá de funcho também, e tem bebida alcoólica que não pode né, diz que vai direto pro leite. (Manga)

O chá sacia a fome, e por isso o RN pode não querer mamar. O leite materno mantém um equilíbrio perfeito de sais minerais, hidratando a criança como nenhum outro alimento⁽²²⁾.

Para que o aleitamento materno seja bem sucedido é importante que a mãe esteja motivada e, além disso, que o profissional de saúde saiba orientá-la e apresentar propostas para resolver os problemas mais comuns enfrentados por ela durante a amamentação⁽²⁰⁾.

Desde os primórdios da humanidade, o ser humano utiliza práticas alternativas para manter a saúde ou livrar-se de doenças. Percebeu-se que as crenças ainda existem, mas já não são mais praticadas como há muitos anos. Isso, em função da criação dos programas do Ministério da Saúde, que visam melhorar e garantir a qualidade de vida da puérpera, bebê e da família.

Considerações Finais

A realização desta pesquisa permitiu identificar e conhecer os hábitos culturais das puérperas que são passados por várias gerações em relação à puérpera, o bebê e a amamentação. Foi possível evidenciar a presença de significados a partir de dois tipos de lógica: a sociocultural e o conhecimento científico.

Com o avanço da ciência e a implantação de Políticas Públicas de Saúde no Brasil, as pessoas estão buscando por orientações baseadas no conhecimento científico, no que se refere ao cuidado sobre si e suas famílias. Há anos, cada família possuía sua própria cultura de viver, em que seus valores e seus hábitos de vida eram praticados por todos os componentes do grupo, e assim transmitidos aos novos integrantes.

Este estudo busca contribuir para o entendimento do universo da mulher no pós-parto, evidenciando seus saberes, desvelando suas fragilidades e os modos como sua cultura influencia o seu modo de vida. Os resultados deste estudo apontaram para um avanço na área da saúde, em que os profissionais juntamente com os programas no Sistema Único de Saúde estão satisfazendo as dúvidas que as puérperas possuem, complementando com os saberes tradicionais da família.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Barros SMO. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Barueri: Manole, 2006.
2. Baruffi LM. O cuidado cultural à mulher na gestação. Passo Fundo: UPF, 2004. 179 p.
3. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991.
4. Minayo MCS (Org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 31ª ed. Petrópolis, RJ: vozes, 2012.
5. Monticelli M. O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1994.
6. Pérez A. La medicina tradicional del Noroeste Argentino: historia y presente. 1ª ed. 2ª reimp. Buenos Aires: Del Sol, 2005.
7. Luz AMH, Berni NIO, Selli L. Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença. Rev Bras Enferm. [Internet] 2007 [acesso em: 13 out 2015]; 60(16):42-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a08v60n1.pdf>.
8. Paim HHS. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. In: Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Assistência Pré-natal: manual técnico. 3ª ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2000. 67 p.
10. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.459, de 24 de junho de 2011. [Internet] Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011. [acesso em: 13 out 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
11. Almeida, FDO. O cuidado a puérpera acompanhada do familiar na maternidade e domicílio: uma abordagem cultural [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000. 164 p.
12. Batista DC, Chiara VL, Gugelmin SA, Martins PD. Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. Rev Bras Saúde Matern Infan. 2003;3:151-8.
13. Blog da Saúde [Internet]. Brasil. Ministério da Saúde. [acesso em 20 out 2015]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/promocao-da-saude/50212-puerperio-periodo-pos-parto-requer-cuidados-especiais>.
14. Moura AV, Chamilco RASI.; Silva, RS. A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. Esc Anna Nery R Enferm [Internet] 2005 [acesso em: 14 out 2015]; 9 (3): 434 - 40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v9n3/a12v9n3.pdf>.
15. Scochi CGS, Gaíva MAM, Silva MHA. Termorregulação: assistência hospitalar ao recém-nascido pré-termo. Acta Paul Enferm. 2002; 15(1):72-8.
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2005.

17. Iserhard ARM, Budó MLD, Neves ET, Badke MR. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. Esc. Anna Nery Ver. Enferm. [Internet] 2009 [acesso em: 14 out 2015]; 13 (1): 116-122. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a16>.
18. Saide MF. Entendendo os Bebês. Rio de Janeiro: Medsi, 1996.
19. Walker P. A arte e a prática da massagem em bebês: um guia passo a passo de diversas práticas e exercícios de flexibilidade para bebês de até 3 anos. São Paulo: Pensamento, 2001.
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2ª ed. 2ª reimpr. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2013. 72 p.
21. Freitas F, Costa SHM, Ramos JGL, Magalhães, JA. e cols. Rotinas em Obstetrícia. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
22. Lima IN, Arraes L, Botsaris, AS, Aquino MTC. Chás para Hidratar e Aliviar os Males do Bebê. Crescer, São Paulo. Globo. N. 24. P. 76-77. Nov., 1995.106p.



3. A EXPERIÊNCIA DE VIVENCIAR O INTERCÂMBIO ACADÊMICO INTERNACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

TO EXPERIENCE INTERNATIONAL ACADEMIC EXCHANGE: EXPERIENCE REPORT

LA EXPERIENCIA INTERCAMBIO ACADÉMICO INTERNACIONAL: RELATO DE EXPERIENCIA

CARVALHO, Jordana Lopes¹; SILVA, Fernanda Stock da²; FORTES, Dienifer³; FURTADO, Bruna⁴; STRECK, Mônica T. H⁵; SOUZA, Rafaela⁶; WEILLER, Teresinha Heck⁷.

Nos países em desenvolvimento tem-se observado o avanço na expansão da mobilidade acadêmica no ensino superior. Este processo decorre, muitas vezes, pelas exigências do mercado de trabalho e da procura por profissionais qualificados, capazes de contribuir para o desenvolvimento e o crescimento do país. Nesse sentido, tem-se evidenciado um aumento expressivo das vagas para experiências de mobilidade no ensino superior.¹ A procura dos acadêmicos por novas experiências vem crescendo no decorrer do tempo. O avanço na globalização estimulou o desenvolvimento de competências acadêmicas culturais, potencializando as vantagens dos processos de mobilidade, possibilitando o contato com novas culturas, línguas e novas experiências.² A área da saúde também esta inserida neste processo de mudanças e inovações e os programas de intercâmbio procuram promover a expansão e internacionalização da ciência e da inovação técnico-científica, aprimorando os conhecimentos e permitindo novas experiências. Pode-se considerar que a palavra intercâmbio significa nessa direção: troca, permuta.³ As novas experiências buscam incentivar a internacionalização técnico-científica, nos quais os programas de intercâmbio buscam por promover a consolidação e expansão, assim como a inovação da ciência e da saúde, além de proporcionar novos saberes.³ Estudo defende que o contato com o novo proporciona aos estudantes um amadurecimento significativo, o qual oferece a oportunidade de enfrentar a realidade de uma maneira diferente, com um olhar amplo voltado para novas descobertas. Este tipo de experiência coloca o acadêmico em contato com pesquisadores internacionais, ao convívio com estudantes e profissionais de sua área, assim como novos centros de desenvolvimento teórico-práticos.⁴ Assim, o objetiva-se descrever a experiência de intercâmbio de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Franciscano, durante mobilidade acadêmica internacional na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Trata-se de um relato de experiência relacionado à mobilidade acadêmica

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo PPGenF- UFSM. Especialista em Urgência e Emergência, Enfermeira Assistencial no Hospital Geral da Unimed, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. dana.lopes@hotmail.com

² Enfermeira Mestre, Coordenadora de Enfermagem do Hospital Geral Unimed, Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA).

³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo PPGenF- UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo PPGenF- UFSM. Especialista em Saúde da Família. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁵ Enfermeira. Especialista em Saúde Pública e do Trabalho. Mestranda em Enfermagem pelo PPGenf- UFSM, Enfermeira Assistencial HUSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁶ Nutricionista. Especialista em Sistema Público de Saúde ênfase em Atenção Básica pela UFSM. Mestranda em Enfermagem pelo PPGenf- UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁷ Enfermeira Doutora, Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora Tutora de Campo e de Núcleo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistemas Públicos de saúde – Ênfase, Atenção Básica/ESF da UFSM. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-PPGENF/UFSM. Pró-Reitora de Extensão da UFSM.

Internacional Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Este foi realizado na modalidade de graduação, por meio de convênio entre as duas Instituições de Ensino Superior - Centro Universitário Franciscano Santa Maria/Brasil e a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra/Portugal. O processo de mobilidade foi desencadeado a partir de reflexões acerca da abertura de novas possibilidades para a construção do Trabalho Final de Graduação em Enfermagem, em acordo com a Assessoria de Relações Acadêmicas Interinstitucionais (ARAI), do Centro Universitário Franciscano, RS, Brasil, a qual realizou os encaminhamentos necessários. O intercâmbio foi realizado em um período de três meses, entre dezembro e março de 2015, impulsionado a partir de vivências em grupos de pesquisa e, sobretudo, a participação em um projeto de pesquisa e extensão universitária do Ministério da Saúde (MS), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-SAÚDE. Durante o intercâmbio foram realizadas atividades teórico-práticas, bem como estágio extracurricular no seguinte setor: Medicina Intensiva. As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são unidades com um grau de complexidade muito elevado, destinadas a pacientes em situação crítica, que demandam de cuidados e espaço físico específicos com um suporte instrumental tecnológico avançado. Todo este processo gerou expectativas, tanto pelas práticas acadêmicas quanto pelas questões de cunho pessoal e algumas dúvidas, mesmo estando em um País de língua português. A oportunidade de vivenciar valores de um País Europeu, com culturas e cotidiano diferentes do que já se está adaptado é um desafio, apesar da semelhança de língua de origem de ambos os países. O intercâmbio oferece a oportunidade de trocar informações, conhecimentos e culturas diferentes. Neste âmbito de intercâmbio internacional pode-se destacar a oportunidade de ter vivenciado este tipo de experiência, nas quais se sobressaem às atividades teórico-práticas, a participação em congressos científicos, o reconhecimento de diferentes cenários de saúde, nas quais a enfermagem portuguesa me possibilitou conhecer a sua realidade específica, isto é, seus avanços e desafios. Observou-se especialmente o modo de cuidar dos profissionais e com eles aprender, bem como conhecer equipamentos, materiais e tecnologias até mesmo a arquitetura do lugar o qual estimula também lembrar as vivências no Brasil e comparar a diferença de cada cenário com a realidade vivenciada no período. Pode-se destacar a experiência do intercâmbio em dimensões como a do conhecimento, e a da experiência que implica diretamente no estado psicológico do acadêmico.³ O intercâmbio além de me proporcionar novas vivências e experiências dentro da Enfermagem também me propiciou conhecer detalhadamente como funcionam os protocolos de tratamentos em pacientes em situações críticas, o que acresceu muito nos conhecimentos e destacou a grande importância destes processos. Neste sentido o estágio ampliou a capacidade de observação e de cuidado, pois é diferente em certo modo o enfermeiro em Portugal para o enfermeiro do Brasil. Com o passar do tempo os processos de cuidar se tornaram mais claros, pela oportunidade de acompanhar casos bem diferenciados. A formação profissional é permanentemente contínua, o vínculo entre o aprendizado e a vida pessoal e profissional deve ser um compromisso que o graduando deve assumir desde cedo para que possa atender as novas exigências dos mercados de trabalho.² O processo de intercâmbio proporcionou crescimento pessoal, profissional, cultural e social. Possibilitou a oportunidade de conhecer outros países, assim como atendeu as perspectivas, pois o grande objetivo era conhecer a Enfermagem fora do Brasil, integrar com outras pessoas e profissionais, sendo assim permitiu fazer novas amizades, conhecer novos costumes, línguas, além de do aumento de conhecimentos pelas vivências na Enfermagem, o que foi singular e único. O crescimento acadêmico, além do acréscimo nos conhecimentos, proporcionou vivências distintas, ampliou horizontes, como o modo de pensar, fazer enfermagem e ser enfermeiro. Assim, como a importância da equipe interdisciplinar em qualquer lugar do mundo, no qual pude aperfeiçoar minhas habilidades e técnicas, pois também foi um momento de construção da personalidade. A mobilidade acadêmica proporcionou, portanto, vislumbrar a importância do intercâmbio internacional, como forma de integração, agregação e de formação acadêmica, no qual se procura aperfeiçoar-se da melhor maneira possível, ampliando novos saberes e inovações que são possibilitadas por meio desses processos os quais devem ser vistos como forma de incentivo para a formação de profissionais qualificados e empreendedores. Sendo assim, espera-

se, com este relato, estimular e ampliar o intercâmbio acadêmico internacional, a fim de desenvolver competências de cuidado de Enfermagem culturalmente competentes.

Descritores: Enfermagem; Educação; Estudantes; Intercâmbio.

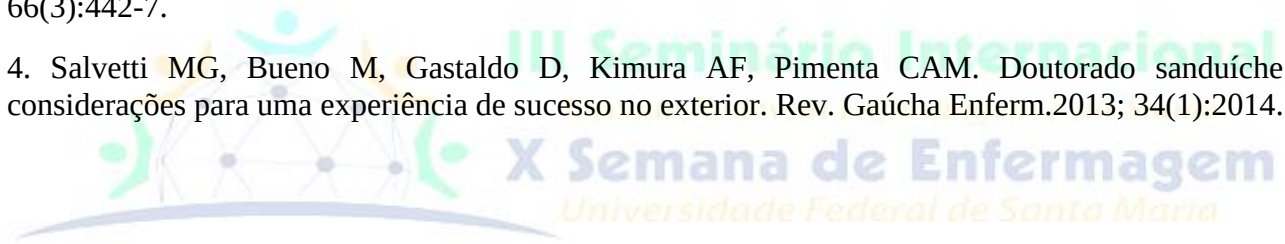
Descriptors: Nursing; education; students; Exchange.

Descriptores: Enfermería; educación; Estudiantes; Intercambio.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Almeida L, Araújo CMM, Amaral A, Dias D. Democratização do acesso e do sucesso no ensino superior: uma reflexão a partir das realidades de Portugal e do Brasil. Revista Avaliação Campinas.2012;17(3).
2. Oliveira MG, Pagliuca LMF. Programa de mobilidade acadêmica internacional em enfermagem: relato de experiência. Rev Gaúcha Enferm. 2012; 1(33):195-8.
3. Dalmolin, IS, Pereira ER, Silva RMCRA, Gouveia MJB, Sarinheiro JJ. Intercâmbio acadêmico cultural internacional: uma experiência de crescimento pessoal e científico. Rev Bras Enferm.2013; 66(3):442-7.
4. Salvetti MG, Bueno M, Gastaldo D, Kimura AF, Pimenta CAM. Doutorado sanduíche: considerações para uma experiência de sucesso no exterior. Rev. Gaúcha Enferm.2013; 34(1):2014.



3. A UTILIZAÇÃO DE OFICINAS NA COLETA DE DADOS EM CENÁRIOS RURAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE USE OF OFFICES IN DATA COLLECTION IN RURAL SCENARIOS: EXPERIENCE REPORT

EL USO DE OFICINAS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS EN ESCENARIOS RURALES: INFORME DE EXPERIENCIA

HONNEF, Fernanda¹; ARBOIT, Jaqueline²; SILVA, Ethel Bastos da³; HEISLER, Eliana Daniela⁴; LIMA, Caroline de⁵; SILVA, Daniela de Mattos da⁶; MARQUES, Karoline Ardenghi⁷.

Introdução: As pesquisas qualitativas podem ser desenvolvidas a partir do emprego de diversas técnicas de coleta de dados, sendo as oficinas uma destas. As oficinas são espaços com potencial crítico de negociação de sentidos, possibilitando a visibilidade de argumentos, posições, como também concepções diversas acerca de um objeto de estudo.¹ Nesta direção, este resumo parte da inserção de acadêmicas em projeto de pesquisa cuja coleta de dados se deu mediante o desenvolvimento de oficinas em cenário rural. Destaca-se que a inserção em projetos de pesquisa traz muitas possibilidades de vivências aos acadêmicos, em que estes são estimulados a desenvolver o senso crítico sobre a realidade, o que repercute de modo positivo na formação da identidade profissional.² Considera-se que as pesquisas nos cenários rurais delineiam-se de forma particular devido a características como distância geográfica e aspectos culturais das pessoas que residem nestes locais.³ Pesquisas no campo da saúde com questões relacionadas ao viver e suas interfaces com os cuidados das populações rurais são pouco exploradas. Os estudos existentes estão direcionados mais às questões agrárias, produtivas e do quadro demográfico e de distribuição epidemiológica de doenças.⁴ Diante das vivências das oficinas sentiu-se a necessidade de relatar as potencialidades e limites enfrentados durante esta etapa de desenvolvimento do projeto de pesquisa.

Objetivos: Relatar as potencialidades e limites do desenvolvimento de oficinas como técnica de coleta de dados em pesquisa qualitativa no meio rural. **Metodologia:** Este estudo trata-se de um relato de experiência de acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. É oriundo da participação na fase de coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado: Representações Sociais da violência doméstica em cenários rurais: desvelando sentidos para mulheres e homens, cujo objetivo foi conhecer as Representações Sociais da violência doméstica em cenários rurais, na perspectiva de mulheres e homens residentes nesses contextos. Este projeto foi desenvolvido em dois municípios do Rio Grande do Sul com participantes de dois grupos de convivência de duas Estratégias de Saúde da Família rural. Para escolha dos grupos o projeto foi apresentado às enfermeiras responsáveis de cada município, as quais sugeriram as datas e horários para as oficinas. Estas ocorreram, nos salões paroquiais das comunidades rurais, local onde habitualmente os encontros sob a condução da enfermeira aconteciam.

1. Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. E-mail: fernandah.honnef@gmail.com

2. Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM.

3. Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, campus Palmeira das Missões.

4. Enfermeira, Especializanda em Atenção ao paciente crítico: urgência, emergência e UTI do Centro Universitário Internacional/UNINTER.

5. Graduanda em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, campus Palmeira das Missões.

6. Graduanda em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, campus Palmeira das Missões.

7. Graduanda em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, campus Palmeira das Missões.

Os pesquisadores deslocaram-se nas datas agendadas, em dias distintos, até as comunidades rurais

para apresentar o estudo e convidar os participantes. Participaram oito usuários em cada oficina totalizando 16 participantes, destes 13 mulheres e três homens. Nestas, foram utilizadas a técnica de recorte de revistas e colagens em cartaz, mediante a questão indutora: “para vocês o que representa a violência doméstica nos cenários rurais?”. As oficinas ocorreram no turno da tarde e tiveram duração média de três horas, foram gravadas em áudio e as observações registradas em diário de campo. Destaca-se que o estudo que originou este relato de experiência foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul parecer número 514.865. **Resultados:** Tendo em vista a distância geográfica entre as residências e a dispersão da população em cenários rurais, as oficinas facilitaram o acesso dos pesquisadores aos participantes, bem como reduziram os custos financeiros da pesquisa relacionados ao deslocamento, ao reunir um maior número de pessoas em um mesmo espaço simultaneamente. Outra potencialidade das oficinas se tratou da maior interação entre os participantes, estimulando-os a refletirem e discutirem acerca do tema proposto que se tratou da violência doméstica em cenários rurais. Assim, foi possível identificar as semelhanças e as diferenças de representações e experiências entre os participantes. Deste modo, as oficinas possibilitaram a negociação de sentidos na construção de concepções coletivas.¹ Ainda, foi possível durante as oficinas apreender as expressões corporais, o tom de voz, olhar, postura, aspectos estes que assim como a verbalização, também foram relevantes no processo de coleta de dados. As oficinas ainda favoreceram a reflexão crítica dos participantes da pesquisa sobre os significados⁵ da violência doméstica nos cenários rurais, sendo que estes possuíam ligação com seu cotidiano de vida e as condições que enfrentavam nos cenários rurais. Dentre os limites do emprego das oficinas como técnica de coleta de dados no meio rural, evidenciou-se a dificuldade de alguns participantes de se deslocarem até o local agendado para a realização das oficinas, em função da distância e falta de meio de transporte. Destaca-se que as pesquisadoras também possuíam dificuldades de chegar até o local em função das más condições das estradas. As barreiras culturais e o baixo nível de escolaridade da maior parte dos participantes também constituíram um limite durante as oficinas. Grande parte da população residente em áreas rurais necessita abandonar os estudos devido às atividades na lavoura e cuidados com os filhos, e por isso tem dificuldades em entender alguns questionamentos, por exemplo. Destaca-se ainda a dificuldade de compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte de muitos participantes, que também possuíam receio de assiná-lo. Observou-se também que durante as discussões nas oficinas houve uma disparidade na participação dos membros, em que alguns conseguiam verbalizar mais que outros o que muitas vezes acabava reprimindo a participação destes últimos. Diante destes limites foi necessário que as acadêmicas desenvolvessem algumas estratégias para superá-los, dentre as quais citam-se: utilização de linguagem informal, leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de modo coletivo e individual; explicação acerca da importância da realização da pesquisa enfatizando que esta pode contribuir para a criação e implementação de políticas públicas específicas para a população rural, com ênfase na problemática da violência. Ainda, tendo em vista a participação mais igualitária de todos os participantes nas oficinas, as acadêmicas buscavam estimular a fala e ressaltando a importância de ouvir as representações de todos, a partir do reforço constante da questão indutora. **Conclusão:** Por meio deste relato de experiência foi possível relatar alguns limites e potencialidades do uso de oficinas como técnicas de coleta de dados em cenários rurais. Foi possível perceber que esta técnica exige que seja seguido um rigor metodológico para conseguir atender o objetivo da pesquisa. Para tanto, é indispensável conhecer os fundamentos e os passos para o desenvolvimento desta técnica, para garantir a fidedignidade e autenticidade dos resultados. As oficinas consistem em uma técnica de coleta de dados interativa e problematizadora, visando à inserção dos participantes da pesquisa de maneira dinâmica nas discussões sobre o objeto de estudo. Reforça-se ainda a importância das pesquisas com as populações residentes em cenários rurais para o reconhecimento dos seus saberes e das situações vivenciadas por essa população. Por fim, salienta-se que o engajamento dos pesquisadores e sua capacidade de superar os limites do emprego da técnica de coleta de dados refletirá no sucesso ou insucesso desta etapa do projeto de pesquisa.

Descritores: Pesquisa em Enfermagem; Zona Rural; Coleta de dados.

Descriptors: Nursing Research; Rural Areas; Data Collection.

Descriptores: Investigación en Enfermería; Medio Rural; Recolección de Datos.

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Spink MJ, Menegon VM, Medrado B. Oficinas com estratégias de Pesquisa: Articulação teórico metodológicas e aplicações ético-políticas. *Psicologia e Sociedade*. 2014;26(1):32-43.
2. Teles JM, Bonilha ALL. Observação em coleta de dados na área de enfermagem obstétrica: um relato de experiência. *Revista Enfermagem UFSM*, 2012.2(1):198-204 1.
3. Costa MC, Lopes MJM. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 2012;46(5):1088-95.
4. Gerhardt TE, Lopes MJM. Pensar o rural e a saúde: elementos teóricos e metodológicos. In: Gerhardt TE, Lopes MJM, organizadoras. *O rural e saúde: compartilhando teoria e métodos*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2015.
5. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisa qualitativas. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: Centro Universitário de São Camilo. 2011; 35(4):438-442.



III Seminário Internacional
Tecnolo Redes na Enfermagem e na Saúde
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

4. AÇÃO SOCIAL JUNTO A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: UMA EXPERIÊNCIA ACADÊMICA

SOCIAL ACTION TO ELDERLY INSTITUTIONALIZED: AN ACADEMIC EXPERIENCE

SERVICIO SOCIAL AL LADO DE ACCIÓN EN CASA ANCIANOS: UNA EXPERIENCIA ACADÉMICA

LOPES, Josiane¹; MERGEN, Natalia Tais²; SALBEGO, Cléton³; LEITE, Marinês Tambara⁴; HILDEBRANDT, Leila Mariza⁵; ESCOBAR, Luana dos Santos⁶.

Resumo

Introdução: Instituições de longa permanência têm sido espaços de atenção a idosos. **Objetivo:** Relatar uma experiência acadêmica de ação social realizada junto a uma instituição de longa permanência para idosos, por ocasião da festa natalina. **Metodologia:** Relato de experiência desenvolvido pelo Grupo PET Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões, junto a 53 idosos institucionalizados. **Resultados/Discussões:** Ação dividida em três etapas: primeiramente realizou-se o levantamento de demandas, para saber o desejo de cada idoso. Neste momento utilizou-se uma dinâmica em que os idosos deveriam responder a pergunta redigida em um quadro negro: neste Natal desejo receber? Após a operacionalização desta etapa, procedeu-se a divulgação junto à comunidade e, na sequência, houve a arrecadação dos presentes. O desfecho culminou na entrega dos presentes. **Considerações finais:** Destaca-se a importância de políticas públicas focadas a esse público e ações dessa natureza reforçando sentimentos positivos.

Descritores: Idosos; Instituição de longa permanência para idosos; Enfermagem.

Abstract

Introduction: Long-term institutions have been spaces for the attention of the elderly. **Objective:** Report an academic social action experience realized at a long-term institution to elderly, by the occasion of the Christmas party. **Methodology:** Report of experience developed by the PET Nursing Group of the Federal University of Santa Maria / Palmeira das Missões Campus, together with 53 institutionalized elderly people. **Results/Discussion:** Action divided into three steps: Firstly, the levy of demands was made to know the wishes of each person. At this moment a dynamics was used in which the elderly person should answer the question written on a blackboard: What I want to receive in this Christmas? After the operation of this step, the community was divulged and, subsequently, there was the collection of the gifts. The outcome culminated in the delivery of the gifts. **Final considerations:** It is important to emphasize the importance of public policies focused on this public and actions of this nature reinforcing positive feelings.

Descriptors: Elderly; Long-term institution for the elderly; Nursing

Resumen

¹ Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões – UFSM/PM, Bolsista PET Enfermagem Palmeira das Missões. E-mail: josilopes9982@gmail.com

² Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões

³ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

⁴ Enfermeira, Dra em Gerontologia Biomédica pela PUCRS, Docente da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões – UFSM/PM, Tutora do Grupo PET Enfermagem Palmeira das Missões.

⁵ Enfermeira, Dra em Ciências pela UNIFESP, Docente da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões – UFSM/PM.

⁶ Acadêmica do 9º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões

Introducción: Instituciones de larga permanencia tiene sido espacios de atención a las personas mayores. **Meta:** Relatar una experiencia académica de acción social realizada junto a una institución de larga permanência para ancianos, por ocasión de la Navidad. **Metodología:** Relato de experiencia desarrollada por el Grupo PET Enfermería Grupo de la Universidad Federal de Santa María / Campus de Palmeira das Missões, junto a la 53 ancianos internados. **Resultados / discusiones:** Acción que fue dividida en tres partes: primeiramente fue realizado un levantamiento de demandas, para conocer el deseo de los ancianos. En este momento se utilizó una dinámica en que los ancianos deberían contestar una pregunta escrita en una pizarra: ¿En el Navidad deseo recibir? Después de la ejecución del trabajo, hubo la divulgación en la comunidad y, como resultado tuvimos la colaboración de muchos, con regalos. En el final hecimos la entrega de los regalo a los viejos. **Consideraciones finales:** Se destaca la importancia de políticas públicas enfocadas a esa personas y acciones de esa naturaliza, afirmando sentimientos positivos.

Palabras clave: los ancianos; Entidad para personas com más edad; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil a população brasileira acima de 65 anos irá quadruplicar até o ano de 2060¹. Isso se deve, em parte, de acordo com o Censo Demográfico de 2010¹, pelo aumento da expectativa de vida média do cidadão brasileiro, que passará dos atuais de 75 anos para 81 anos, 78,5 anos para as mulheres e 71,5 anos para os homens. Este instituto mostra, ainda, que as mulheres continuarão vivendo mais do que os homens, uma vez que as projeções apontam, para o ano de 2060, que a expectativa de vida delas será de 84,4 anos, contra 78,03 dos homens.¹

Com a mudança da estrutura etária brasileira, em virtude do aumento da expectativa de vida, redução da fecundidade, abaixo da considerada de reposição natural da população, que é de 2,1 filhos por mulher, associada à diminuição da taxa de fecundidade, que atualmente está em 1,77 filhos por mulher, com projeções de que este o índice caia para 1,5, em 2030. Esta condição deixa claro que a redução do número de jovens, leva a um consequente aumento da população idosa, causando impacto negativo sobre o crescimento da população brasileira, pois o número de óbitos superará o número de nascidos.¹

Dentre as políticas públicas dedicadas ao público formado por idosos está a Lei Nº 8.842/1994 que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI) que assegura direitos sociais à pessoa idosa, orienta a criação de condições para promover sua autonomia, sua integração e sua participação efetiva na sociedade, além de reafirmar seu direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).²

Embora tenha sido criada relativamente há pouco tempo considera-se que, nos dias atuais, em decorrência do aumento da população idosa e o consequente acréscimo na incidência de doenças crônicas não transmissíveis, o que favorece para a redução da capacidade funcional do indivíduo idoso, observa-se que as políticas públicas de atenção ao idoso devam passar por constantes revisões e atualizações, tendo em vista as demandas espontâneas deste público. Isto no sentido de

atender as questões sociais, os aspectos preventivos de agravos, a promoção da saúde e a garantia dos direitos para essa população, que comumente se encontra mais vulnerável.²⁻³

Na operacionalização das políticas públicas, rotineiramente, a sociedade de modo geral enfrenta desafios em modificar conceitos arraigados e usualmente negativos, principalmente aqueles relacionados à saúde do idoso. Novas tecnologias devem ser incorporadas de modo sistemático e crítico para se aprender a falar de recursos financeiros, bem como aproximar à saúde coletiva à saúde do idoso, construindo uma rede de atenção e cuidado a esse público e viabilizando políticas que satisfazem a demanda crescente em consequência do envelhecimento.⁴

Vale destacar que o envelhecimento ativo se constitui em um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, proporcionando assim melhoria na qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo. Com isso, a população idosa é reconhecida como participante ativa e condutora da sua vida tanto nas questões familiares, quanto na comunidade em que está inserida.⁴

Quando a instabilidade econômica e as condições de saúde do idoso se agravam, pode levar as pessoas idosas a se tornarem dependentes de cuidados, aproximando-as, muitas vezes, de seus familiares, os quais frequentemente não estão preparados para exercer a função de cuidadores, seja por desconhecimento, pela falta de condições econômicas e estruturais ou por não dispor de tempo necessário para exercer o cuidado na íntegra. Diante desta situação, em alguns casos, a família encontram na instituição de longa permanência para idosos (ILPI) um meio de “solucionar” o problema vivenciado pelo familiar idoso.⁵⁻⁶

Prestar assistência aos idosos, garantindo condições de bem-estar físico, emocional e social, de acordo com o Estatuto do Idoso, com a legislação vigente e com as políticas públicas relacionadas a essa população, constitui o propósito de uma ILPI.⁷ A institucionalização de uma pessoa idosa pode ser resultado de uma necessidade, a exemplo daqueles idosos que não possuem familiares ou estes não têm condições de proporcionar amparo ao indivíduo que se encontra na velhice, ou por abandono familiar. O ir residir em uma ILPI, em alguns casos, além de os idosos viverem a outros moradores, favorece a integração, socialização, compartilhem experiências e recebam atenção de cuidados profissionais. No entanto, também se constitui em uma vivência com exclusão e isolamento social, sendo um evento adverso, o que contribui para aumentar a condição de fragilidade, dependência e perda de autonomia. Todos esses fatores colaboram para o aparecimento de pensamentos, sentimentos e atitudes que levam a rejeição, intensificando o estado de solidão e a dependência para prática de atividades básicas de vida diária. Além disso, com a institucionalização esses efeitos podem estar ou serem potencializados, comprometendo assim o estado emocional, mental e a qualidade de vida.⁸

Destaca-se que a ILPI frequentemente é uma opção encontrada pelos familiares para o idoso ter continuidade de seu cuidado e da sua segurança. Muitas vezes, o idoso não dispõe de autonomia para decidir se deseja ou não ir para uma instituição, porém ele aceita a condição, pois pode não ter outra possibilidade de receber atenção e cuidados. Neste local, os idosos enfrentam um período de adaptação, alguns apresentam maior resistência para acomodar-se no novo lar, mas com o passar do tempo se acostumam e, passam a considerar como um local seguro, que proporciona conforto e apoio, emergindo sentimento de bem estar. Contudo, à medida que o tempo passa, habitualmente, ocorre ruptura de seus vínculos relacionais afetivos, exteriores a instituição, podendo surgir assim comorbidades aflorando sentimentos de solidão, depressão, medo e tristeza, agravando dessa forma a sua condição patológica.⁹⁻¹⁰

Salienta-se que diversos desafios se apresentam para os idosos que tem de passar por processos adaptativos quando passam a residir em uma ILPI, no sentido de minimizar as perdas e os declínios que comumente emergem, por se encontrar afastados de suas rotinas habituais, o que pode levá-los a sentirem-se perdidos no tempo e no espaço. Neste contexto, se deve preservar os aspectos afetivos, ajuda mútua e compreensão para que eles possam ter um convívio agradável no ambiente em que ele reside.

Considerando este cenário, a Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões, por meio do Programa de Educação Tutorial Enfermagem/PET-Enfermagem vem desenvolvendo ações de extensão junto a uma instituição de longa permanência localizada em um município da região Norte do estado do Rio Grande do Sul. A realização do projeto visa à inserção de acadêmicos do Curso de Enfermagem na instituição, para o desenvolvimento de ações que contemplem as necessidades de atenção e cuidados dos idosos, além de possibilitar espaço de escuta, afeto e carinho. Também, se constitui em um espaço de ensino-aprendizagem aos acadêmicos, uma vez que eles têm a oportunidade de experienciar, interagir e atuar junto aos moradores e profissionais que ali atuam.

OBJETIVO

Relatar o desenvolvimento de uma ação social realizada junto aos idosos residentes em ILPI, situada em um município do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Este trabalho consiste no relato de experiência vivenciada no decorrer de uma ação social desenvolvida por acadêmicos, integrantes do Grupo PET Enfermagem da UFSM/PM, junto a idosos que residem em uma instituição de longa permanência. A ação teve por objetivo arrecadar presentes

para tornar a festividade natalina dos idosos mais feliz e afetuosa, contribuindo para que eles se sintam lembrados e pertencentes a um grupo social.

Na instituição de longa permanência em questão, atualmente moram 53 idosos, ambos os sexos, com idades que variam de 60 a 95 anos. Conta com uma equipe de profissionais que presta atendimento, constituída de administrador, enfermeira, nutricionista, técnicos de enfermagem, cozinheiras, higienizadoras e jardineiro. A estrutura física está situada em uma ampla área, com construção horizontal, organizada em ambientes diversos, contendo cozinha, quartos – individuais e coletivos -, banheiros, salas para diferentes atividades, refeitórios e setor administrativo.

Os idosos que ali residem estão divididos em alas, feminina e masculina. Alguns se encontram acamados, outros possuem deficiência física, para tanto necessitam de cadeira de rodas ou andadores. Ainda há os que têm deficiência ou doença mental. Porém, boa parte deles se encontra independentes e autônomos.

A ação social foi planejada a partir do mês de novembro de 2016, pelos integrantes do Grupo PET Enfermagem UFSM, e desenvolvida em dezembro do mesmo ano. Inicialmente foi realizado o levantamento das demandas dos idosos com intuito de conhecer o desejo de cada um deles, em relação ao presente que gostaria de receber no natal. Para este momento utilizou-se uma dinâmica em que os idosos deveriam responder a pergunta redigida em um quadro negro: neste Natal desejo receber? Após a operacionalização desta etapa, procedeu-se a divulgação junto à comunidade, via rede social, e, na sequência, houve a arrecadação dos presentes. Terminado este período, tivemos o desfecho com a entrega dos presentes em momento festivo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Levantamento das demandas

Primeiramente, a proposta foi apresentada ao administrador da ILPI com a finalidade de obter autorização para realização da mesma. Após esta liberação, deu-se início ao levantamento dos desejos e expectativas dos moradores. Para tanto, foi realizado um momento de acolhimento dos idosos, em espaço agradável, confortável, alegre e produtivo, para que os idosos pudessem sentir-se a vontade e expor seus desejos. Desse modo, cada idoso foi convidado a manifestar qual era o presente de natal que gostaria de receber.

Após identificar o presente desejado por cada idoso, aqueles que apresentavam autonomia e independência motora, escreveram no quadro negro seu pedido. Os que possuíam algum tipo de limitação, física ou mental, foram auxiliados pelos acadêmicos petianos. Posteriormente, tais pedidos foram registrados por meio de fotos (Figuras 1 e 2).



Fonte: Arquivo pessoal dos autores

Os idosos residentes em instituição de longa permanência, muitas vezes, estão com seus elos familiares e sociais rompidos, estando mais propícios ao confinamento social. Neste ambiente, desenvolvem poucas atividades de lazer, ficam afastados do convívio em sociedade, reduzem sua autonomia e não possuem espaço para expressar de seus desejos. Desse modo, algumas instituições recebem seus moradores e os conduzem no sentido de preservação dos vínculos familiares e sociais, bem como possibilitam a inclusão social, criando um ambiente que proporcione acolhimento do idoso como se fosse seu próprio lar, ao mesmo tempo que fornece cuidados.¹¹⁻¹²

Essa proposta de ação tem como preceito dar voz ao sujeito oprimido, resgatando sua autonomia. Isto, de acordo com Paulo Freire, é fundamental para a construção de uma sociedade democrática, em que as pessoas possam ter vez e voz, expressando o modelo de sociedade individual e coletiva que desejam.¹³

Operacionalização da ação

Após a obtenção dos registros fotográficos nos quais havia os desejos de cada idoso, iniciou-se o processo de divulgação deste material, essencialmente via rede virtual, com o objetivo de sensibilizar a sociedade regional, frente aos desejos dos idosos para o natal, e arrecadar os presentes. O desenvolver desta ação social permitiu aos acadêmicos de enfermagem e ao público em geral sensibilizar e refletir sobre as pequenas coisas da vida e que valor dá a elas, uma vez que a maior parte dos desejos daqueles idosos era de pequenos objetos, vestimentas, perfumaria ou, simplesmente, a presença de um familiar, para tornar a data natalina especial.

Assim, foi postado na rede social no facebook, do Grupo Pet Enfermagem, as imagens com os pedidos dos presentes de natal, juntamente com apelo a toda comunidade que quisesse de alguma forma contribuir. Ressalva-se que a comunidade local e regional foi exemplar, pois houve

sensibilização e intensa participação, uma vez todos os presentes solicitados foram doados.

O contato para a entrega das doações, para com os integrantes do Grupo PET Enfermagem, ocorreu via meio virtual, telefonema e pessoalmente. Salienta-se que chegaram doações de pessoas conhecidas e, também, de outras totalmente anônimas, por meio do correio. Colaboraram pessoas físicas e jurídicas, de tal modo que todos os presentes pedidos foram doados. Também houve doação de valores em moeda, depósito bancário, em que com este recurso foi adquirido presentes que ainda não tinham sido doados, como aquisição de rádio e gaita de boca (Figuras 3 e 4).

Considera-se que a divulgação em rede social virtual, contribuiu para a difusão da ideia e o envolvimento da comunidade local e regional. Com o objetivo de facilitar a comunicação e alcançar um alvo comum é que são desenvolvidas ferramentas tecnológicas de informação e comunicação. Atualmente, uma das ferramentas mais utilizadas são as redes sociais na internet, pelo fato de serem meios de troca e divulgação de informação mais rápida e eficiente, dentre elas pode-se destacar o facebook.¹⁴

Destaca-se, ainda, que o facebook deixou de ser somente um meio para relações sociais/pessoais, para se transformar em um espaço de divulgação sobre os mais diversos assuntos, seja questões sociais, culturais ou até mesmo relacionados à saúde e o bem estar de seus usuários. Esse fato se dá pela grande familiarização que a população atual possui com as mesmas e pelo tempo diário dedicado a elas.¹⁵

Com isso evidencia-se o bom desempenho e os benefícios acarretados pelas ações do PET Enfermagem, tanto para a comunidade acadêmica que o utiliza como espaço de aperfeiçoamento para uma prática transformadora, quanto para a sociedade em geral, que busca no grupo oportunidades de melhoria em vários aspectos, difundindo por meio de projetos de extensão o conhecimento com a população.¹⁶

Desfecho

No mês de dezembro, houve o agendamento para a entrega dos presentes, momento que ficar marcado em nossas memórias. Para este mesmo dia, também, foram programadas mais ações que tornaram o dia mais especial para estes idosos que ali residem.

Para o dia agendado, organizou-se uma tarde festiva, em que um acadêmico vestiu-se de Papai Noel e fez a entrega a cada idoso o seu presente. Na sequência, serviu-se lanche e como, também, estiveram presentes acadêmicos que tocam gaita e violão, a festa prosseguiu com música ao vivo, com dança, diversão e boas risadas. Este dia ficou marcado para todos os integrantes do Grupo PET Enfermagem, mas principalmente para idosos institucionalizados, que se puderam vivenciar um natal diferente, inesquecível, cheio de amor, carinho, solidariedade e compaixão ao próximo. Identificamos nos idosos o brilho em seus olhares, o coração bater mais forte e sorrisos

que não cabiam em seus rostos de tanta felicidade.

Vale destacar que os integrantes do grupo PET Enfermagem foram intermediadores de tal ato, porém devemos gratidão a todos que, de alguma forma, se sensibilizaram, acreditaram e colaboraram com doações dos presentes. Certamente, a participação da comunidade foi decisiva para que a ação tivesse a proporção e o significado que apresentou. (Figuras 5 e 6).



Fonte: Arquivo pessoal dos autores

Em uma instituição de longa permanência, os idosos tornam-se mais reflexivos e buscam, de algum modo, reconstruir sua vida. Porém, muitos deles relembram o passado e, diante da situação que estão vivendo, sentem-se solitários, abandonados pelos familiares e amigos, podendo estar apresentando sintomatologia depressiva e, não encontrando um sentido para a vida, mesmo que a instituição proporcione uma série de atividades de acolhimento e socialização. No entanto, com o passar do tempo, muitos aceitam a situação em que se encontram e procuram encontrar seu espaço em sua nova residência.¹⁰

Esses sentimentos de solidão e abandono podem ser minimizados de certa forma, por meio de atividades como a que foi operacionalizada. Estas tem o intuito de estimular a vontade própria, conhecer novos amigos e fortalecer laços afetivos, para que encontrem no outro uma rede de apoio e uma maneira de se redescobrir como pessoa com valores, identidade e desejos próprios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a sociedade fica visível a necessidade de rever, renovar e ampliar, as questões relacionadas a políticas públicas focadas a população idosa. No entanto, essas mudanças não devem deter-se a um grupo etário específico, mas sim a população em geral, educando em todas as fases da vida, para que o processo de envelhecimento seja pautado em hábitos e práticas saudáveis. Com

isso, a possibilidade de que a população envelheça com autonomia, independência e qualidade de vida. Também, a manutenção de ambientes favoráveis, em termos de relacionamentos afetivos e construção de vínculos, para que o indivíduo possa vivenciar a velhice de modo ativo e inserido na comunidade.

Destaca-se, ainda, a importância do desenvolvimento de atividades de extensão, por parte das instituições de ensino superior, com projetos que envolvam acadêmicos que contemplem ações junto à população idosa. Além disso, instigar a população para aproximar-se desse estrato populacional, preservando os vínculos familiares e sociais, incluindo os idosos que residem em instituições de longa permanência.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Brasília; 2010.
2. Brasil. Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília; 1994.
3. Escobar KAA, Souza FA. Análise de políticas sociais para idosos no Brasil: um estudo bibliográfico. Cadernos UniFOA, 2016; 30(s/n):47-55.
4. Faber P, Costa SMM. Envelhecimento Ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade. Centro Internacional de Longevidade Brasil. 1ª ed. Rio de Janeiro, Brasil, 2015.
5. Vagetti GC. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida. Cad Saúde Pública, 2013; 29(5):955-69.
6. Tavares DMS, Gomes NC, Dias FA, Santos NMF. Fatores associados à qualidade de vida em idosos com osteoporose residentes na zona rural. Esc Anna Nery, 2012; 16(2):371-78.
7. Camarano AA, Kanso S. Previdência Social no Brasil: contornos e horizontes. In: Biasoto Junior G, Silva LAP (Orgs.). Políticas Públicas em questão. São Paulo: Fundação do Desenvolvimento Administrativo, 2011; p. 27-57.
8. Cordeiro LM, Paulino JL, Bessa MEP, Borges CL, Leite SFP. Qualidade de vida do idoso fragilizado e institucionalizado. Acta Paul Enferm. 2015; 28(4):361-6.
9. Freitas MC, Guedes MVC, Galiza FT, Nogueira JM, Onofre MR. Idosos residentes em uma instituição de longa permanência: adaptação à luz de Callista Roy. Rev Bras Enferm. 2014; 67(6):905-12.
10. Dezan SZ. O envelhecimento na contemporaneidade: reflexões sobre o cuidado em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. Revista de Psicologia da UNESP 2015; 14(2):28-42.
11. Melo AD, Costa AVB, Dantas PBF, Maia AHS, Nunes VMA, Alchieri JC. Necessidades afetivas de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência. J Health Sci Inst. 2014;32(3):271-6.
12. Silva TBV, Magalhães CMC, Abreu DCC. Capacidade funcional de idosos acolhidos em instituições de longa permanência da rede pública em uma capital da região Norte. Estud. interdiscipl. envelhec., 2015;20(2):517-34.
13. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
14. Silva K, Silva TC, Coelho MAP. O uso da tecnologia da informação e comunicação na educação básica. XIII Evidoso e X Ciltec-Online, 2016.
15. Terra CF. O que as organizações precisam fazer para serem bem vistas nas mídias sociais sob a ótica da Comunicação Organizacional e das Relações Públicas. V ABRAPCORP: Redes Sociais, Comunicação, Organizações. Anais, 2011.
16. Drebes LM, Ortigara C, Artuzo F D, Jandrey W F, Silva VR. A dinâmica do Programa de Educação Tutorial (Pet). Enciclopédia Biosfera: Centro Científico Conhecer, 2012; 8(15): 2334-50.

5. AÇÕES DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DE INFECÇÃO EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR DO NOROESTE GAÚCHO

ACADEMIC ACTIONS OF NURSING IN INFECTION CONTROL IN NORTHWEST GAUCHO HOSPITAL INSTITUTION

ACCIONES DE ACADÉMICAS EN ENFERMERÍA EN EL CONTROL DE INFECCIONES DE INSTITUCIÓN HOSPITALAR DEL NOROESTE GAUCHO

ROSA, Franciele Teixeira da¹; LIMA, Caroline de²; OLIVESKI, Cínthia Cristina³; SILVA,
Luiz Anildo Anacleto da⁴

Resumo

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é peça fundamental no controle e prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. **Objetivo:** Descrever atividades realizadas por acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-Campus Palmeira das Missões, no Serviço de Controle de Infecção em um hospital. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo, realizado em um hospital de médio porte, localizado no noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. **Resultados/ Discussão:** São realizadas atividades que compreendem a avaliação e acompanhamento dos pacientes internados, vigilância epidemiológica, controle de antimicrobianos, avaliação de risco de infecções e orientações aos profissionais da instituição. **Considerações Finais:** Visando a obtenção de êxito na profilaxia e controle das infecções, é indispensável que haja um esforço permanente e sistematizado de toda a equipe de saúde.

Descritores: Infecção Hospitalar; Educação Continuada; Vigilância Epidemiológica.

Abstract

Hospital Infection Control Committee is a key element in the control and prevention of Health Care-Related Infections. **Goal:** To describe the main activities carried out by nursing students at the Federal University of Santa Maria-Palmeira das Missões Campus, in the Infection Control Service at a hospital. **Methodology:** This is a descriptive experience report, performed in a medium-sized hospital, located in the northwest of the State of Rio Grande do Sul. **Results / Discussion:** Activities are performed that include evaluation and follow-up of the Inpatients, epidemiological surveillance, antimicrobial control, risk assessment of infections and guidelines to the institution's

¹ Acadêmica do 9º semestre do curso de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria- campus Palmeira das Missões. frantrosa@gmail.com

² Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria- campus Palmeira das Missões.

³ Enfermeira, especialista em Gestão em Saúde e Controle de Infecção, Professora Substituta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria campus Palmeira das Missões.

⁴ Enfermeiro, doutor em enfermagem, Professor Associado do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria campus Palmeira das Missões.

professionals. **Final Considerations:** In order to be successful in the prophylaxis and control of infections, it is indispensable that there be a permanent and systematized effort of all the health.

Descriptors: Cross Infection; Education, Continuing; Epidemiological Surveillance

Resumen

Comisión de control en infección hospitalar es pieza fundamental en el control y prevención de las Infecciones Relacionadas a la Atención en la Salud. **Objetivo:** Describir actividades realizadas por los estudiantes de Enfermería de la Universidad Federal de Santa María -Campus Palmeira das Missoes, en el servicio de control de infecciones en un hospital. **Metodología:** Se trata de una experiencia descriptiva, realizado en un hospital de tamaño medio, ubicada en el noroeste de la Provincia del Rio Grande do Sul. **Resultados / Discusión:** Las actividades que se llevan a cabo, que incluyen la evaluación y seguimiento de los pacientes hospitalizados, la vigilancia epidemiológica, control antimicrobiana, evaluación de riesgos de infecciones y de orientación a los profesionales de la institución. **Conclusión:** Con el fin de obtener el éxito en la prevención y control de infecciones, es esencial que haya un esfuerzo continuo y sistemizado todo el equipo de salud.

Descriptores: Infección Hospitalaria; Educación Continua; Vigilancia Epidemiológica.

Introdução

Segundo a Portaria nº 2616/98 do Ministério da Saúde, infecção hospitalar (IH) é aquela adquirida após admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando relacionada com a internação ou a procedimentos hospitalares e ambulatoriais. São caracterizadas, ainda, as infecções manifestadas antes de 72 horas da internação, porém associadas a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, realizados durante este período. ¹

Atualmente, o termo Infecção Hospitalar, tem sido substituído por Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS), pois melhor reflete a causa do desenvolvimento deste tipo de evento adverso, especialmente por não limitar a sua ocorrência ao ambiente dos hospitais. Estes agravos estão entre os problemas que mais crescem no Brasil, ocasionando gastos exorbitantes, pois o valor despendido em pacientes com infecção é cerca de três vezes maior em relação àqueles sem. ²

As práticas de controle e prevenção das IRAS são definidas pelos Programas de Controle e Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (PCIRAS), obrigatório pela Lei nº 9431 de 1997. Já o processo de trabalho é orientado pela Portaria nº 2616 de 1998, a qual recomenda a implantação de uma Comissão e de um Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (respectivamente, CCIH e SCIH) nas instituições hospitalares. ¹

A presença da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar permitiu aos hospitais maior controle e prevenção de infecções, tendo em vista que esse órgão promove a supervisão técnica dos procedimentos e a manutenção dos dispositivos utilizados, a busca ativa e a análise dos prontuários

de pacientes². Por meio do trabalho interdisciplinar desenvolvido por esta Comissão, os serviços de apoio das instituições hospitalares, tais como higienização, lavanderia, nutrição, farmácia, entre outros, passam a ser interligados no objetivo comum de prevenir tais iatrogenias.

Nesta perspectiva, a CCIH emerge como peça fundamental no controle e prevenção das IRAS, pois objetiva o desenvolvimento de ações que visem reduzir os riscos de infecções por parte dos pacientes internados, aprimorando a qualidade da assistência. Esta Comissão é um órgão de assessoria à direção geral dos hospitais, que requer de seus integrantes aptidão, capacidade, apoio administrativo e do corpo clínico, de forma a possibilitar que suas políticas de controle sejam aprovadas e seguidas.³

Cabe à CCIH, de acordo com a Portaria nº 2616, controlar o ambiente, controlar o pessoal, controlar o uso de produtos químicos, elaborar normas e rotinas, realizar investigação epidemiológica. Na ocorrência de infecções e/ou surtos, o serviço de vigilância epidemiológica e sanitária do Sistema Único de Saúde deve ser notificado.¹

Neste contexto, o controle e prevenção das IRAS é considerado um indicador da qualidade da assistência prestada em hospitais. Sendo suas ações diretamente relacionadas com o movimento de segurança do paciente, visto que o primeiro desafio da Organização Mundial da Saúde (OMS) está focado na prevenção dessas infecções, sob o lema “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura”, do mesmo modo que o segundo desafio, “cirurgias seguras salvam vidas”.⁴

Diante do exposto, objetiva-se com o presente trabalho descrever as principais atividades, realizadas por acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-Campus Palmeira das Missões, inseridas em um projeto de extensão o qual desenvolve atividades junto a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar de um Hospital de médio porte, localizado em um município do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo, realizado em um hospital de médio porte, localizado em um município do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. O mesmo foi desenvolvido através de um projeto de extensão intitulado Gestão da Segurança do Paciente no Controle de Infecção, o qual foi implantado na CCIH em parceria com a UFSM, campus Palmeira das Missões. Este projeto teve início no mês de outubro de 2015 e permanece ativo até o presente momento. Atualmente duas acadêmicas de enfermagem estão inseridas no projeto e exercem as

atividades simultaneamente, com carga horária de 10h semanais cada.

Resultados e Discussão

As atividades realizadas pelas acadêmicas, onde o projeto de extensão se insere, são planejadas semestralmente, com base no que é desenvolvido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Identificam-se assim as principais potencialidades e fragilidades do serviço e planejam-se as ações e metas a serem alcançadas. Estabelecendo, desta forma, trocas de experiências e conhecimentos entre a instituição hospitalar e a universidade.

Atualmente, as atividades que são realizadas compreendem a avaliação e acompanhamento dos pacientes internados, vigilância epidemiológica, análise do controle de antimicrobianos, avaliação de risco de infecções e orientações aos profissionais da instituição.

No que se refere à vigilância epidemiológica das infecções, a Portaria nº 2616/98 a conceitua como a “observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle”.¹

A vigilância epidemiológica fornece dados que contribuem na diminuição dos índices de infecções, sendo possível a partir desta elaborar ações preventivas e identificar falhas e dificuldades dos profissionais e, com isso realizar capacitações com temas que visem qualificar a assistência, melhorando o desempenho profissional e também promovendo maior segurança ao paciente.⁵

As acadêmicas de enfermagem realizam o processo de vigilância epidemiológica fazendo o acompanhamento dos pacientes internados na Instituição Hospitalar, através de uma ficha de coleta de dados. Esta contém dados de identificação, história pregressa, motivo da internação, sinais e sintomas, exames laboratoriais e de imagem que é afixada no prontuário dos pacientes, sendo preenchida pela equipe multiprofissional.

Mensalmente as fichas de vigilância são analisadas pelo SCIH segundo os critérios diagnósticos de IRAS preconizados pela Anvisa.⁶ A partir desta análise, os dados são expressos em densidade de exposição, ou seja, procedimentos ou infecções por mil pacientes por dia. Com isso é possível calcular taxa de infecção, taxa de pacientes com infecção, infecção associada a procedimentos invasivos, taxa de uso de procedimentos invasivos, letalidade, mortalidade, entre outros, conforme preconiza a Resolução nº 2616/98.¹

Além da busca ativa das infecções, conforme relatado acima, após 30 dias de alta hospitalar realiza-se a busca de pacientes no pós-operatório, através de pesquisa fonada no propósito de investigar a incidência de IRAS relacionada ao procedimento cirúrgico. Esta ação se faz necessária, tendo em vista que uma infecção de sítio cirúrgico pode ocorrer nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou até um ano, se houver colocação de próteses ou órteses.⁶

Assim, os pacientes e/ou familiares são contatados via telefone e questionados, em linguagem de fácil compreensão, sobre sinais flogísticos e demais complicações que sugerem a ocorrência de uma infecção. No Brasil, a maior parte dos serviços de vigilância dos hospitais não inclui o acompanhamento sistemático dos pacientes cirúrgicos após receber alta. Considerando que de 12% a 84% das infecções de sítio cirúrgico são diagnosticadas fora do hospital, a vigilância pós-alta é imprescindível para reduzir as subnotificações destas infecções.⁷

Segundo autores, os profissionais atuantes em CCIH, assim como os demais membros da equipe de saúde, deparam-se com muitas situações conflitantes entre a teoria e a prática, envoltos de dúvidas sobre o que fazer e como fazer para resolver questões que envolvem competência, compromisso, responsabilidade, frente ao agir e pensar ético, considerando a individualidade, potencialidades, respeito e direitos do ser humano.⁸

Os autores supracitados apontam que uma das questões relativa ao tema pauta-se, especialmente, na responsabilidade dos profissionais e das instituições de saúde, com repercussões penais, civis e éticas. Isto porque, por vezes, a IH é decorrente de atos falhos cometidos pelos profissionais. Assim, é de grande valia o conhecimento por parte dos profissionais da saúde sobre a importância de uma CCIH nas instituições, sendo indispensável que componentes das equipes multidisciplinares saibam das responsabilidades desta comissão, pois estão ligados direta e indiretamente aos cuidados com o paciente e tudo que o envolve, desde a qualidade do material escolhido até o mais complexo plano de cuidado traçado para o paciente internado.

Visando a obtenção de êxito na profilaxia e controle das infecções, é indispensável que haja um esforço permanente e sistematizado de toda a equipe de saúde e não apenas da CCIH, isoladamente, pois se trata de um trabalho difícil e complexo que exige a colaboração contínua e eficiente de todos.

Neste contexto, é necessária a interação do SCIH com os demais profissionais, reforçando a relevância desse serviço e a importância da cooperação de todos para o desenvolvimento de um trabalho mais efetivo. Está sendo planejado pelas acadêmicas

acompanhadas pela enfermeira responsável pelo SCIH, uma devolutiva semestral, que alcance todos os setores da instituição hospitalar, apresentando os resultados alcançados e principais metas para o próximo semestre. Propiciando dessa forma o senso de responsabilização de todos os profissionais.

Destaca-se o papel do profissional da Enfermagem por ser a profissão “do cuidado”, justamente por dispensar sua assistência de forma direta e constante a toda heterogeneidade de pacientes, devendo pôr em práticas cuidados básicos, porém de extrema relevância, como a higiene constante das mãos, uso de luvas e a troca destas, entre outros EPIs (equipamentos de proteção individual) necessários durante os procedimentos.

Apesar da existência de protocolos e manuais que padronizam a realização de procedimentos, é de fundamental importância à garantia da propagação desse conhecimento para todos os profissionais, o que se efetiva através de Educação Permanente em Saúde (EPS). A EPS promove a modificação das práticas profissionais mediante a reflexão crítica sobre a prática e os obstáculos existentes dentro do contexto que os profissionais de saúde atuam na rede de serviços.⁹

Ressalta-se a relevância da inserção das acadêmicas no campo prático do controle de infecção desse hospital, conferindo as mesmas e a enfermeira da CCIH, o papel educativo elaborando protocolos sobre a assistência, com os temas de isolamento de pacientes, cirurgias - seguras e protocolos de procedimentos de enfermagem. Após a elaboração desses protocolos, pretende-se iniciar a fase de capacitações com as equipes de saúde, apresentando os protocolos investindo na padronização dos procedimentos.

Neste contexto, é necessário considerar que “as IH são multifatoriais, e toda a problemática de como reduzir as infecções, intervir em situações de surtos e manter sob controle as infecções dentro de uma instituição, deve ser resultado de um trabalho de equipe”.³

Conclusão

Apesar das dificuldades encontradas, percebemos que a CCIH tem implementado, aos poucos, atividades na rotina de trabalho da equipe visando conscientização sobre a relevância de prestar um cuidado seguro, culminando com a minimização ou até mesmo a extinção dos casos de IRAS nas Instituições Hospitalares.

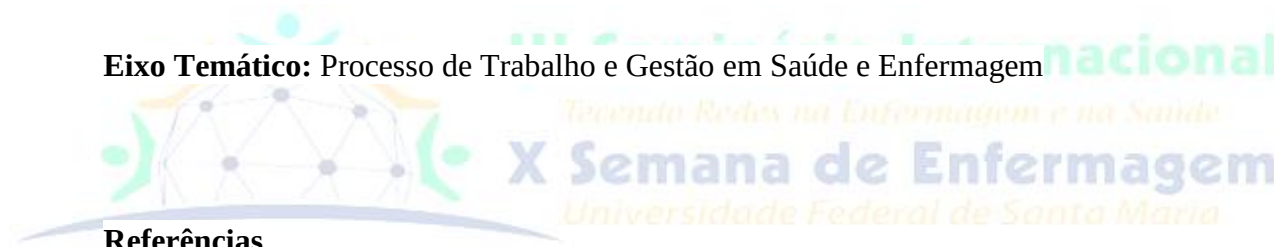
O fato de estarmos desenvolvendo essas ações voltadas à prevenção e ao controle das infecções hospitalares, sem dúvida, influenciará na redução dos índices de morbidade e mortalidade

dos pacientes e na redução dos custos para a instituição, município e país. Para tanto, as ações de prevenção e controle das infecções hospitalares, necessitam estar presente no cotidiano de todos os trabalhadores da área da saúde, pois não se faz prevenção sem a participação de todos.

Além do trabalho em equipe, a prevenção acontece vinculada ao processo de formação do profissional. Sem o conhecimento necessário sobre as medidas de prevenção, sem a aplicabilidade, na organização do trabalho, deste conhecimento, é provável que ações de controle venham a ser desenvolvidas com maior ênfase do que as voltadas à prevenção. Na saúde, o processo de formação/educação visa, principalmente, criar condições para mudanças de comportamento, mudanças estas, embasadas na crítica reflexiva da prática diária e na produção do conhecimento, daí a crucial importância dessa sociedade entre a Universidade e a Instituição Hospitalar.

Presentemente, com todos os conhecimentos disponíveis, incluindo várias medidas profiláticas comprovadamente eficazes no controle de infecção, permanece o desafio de torná-las práticas rotineiras nas instituições de saúde. Há ainda novos desafios, como agentes infecciosos emergentes, resistência microbiana, incremento de métodos invasivos na diagnose e terapêutica, as consequências das transições demográfica e epidemiológica, dentre outros.

Eixo Temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem



Referências

1. BRASIL. Portaria nº 2916, de 12 de maio de 1998. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html. Acessado em: 04 de março de 2017.
2. SANTANA-CAIRES, M; TAVARES-NETO, J; AMARAL-MUNIZ, P; Silva-Filho, Valdemiro e Santana; CANÁRIO A De. (2016). Avaliação das Práticas de Higienização por Estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Brasil) durante Atendimento Clínico. Revista Brasileira de Educação Médica, 40(3), 411-422. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e00572015> Acesso em 13 de março de 2017.
3. PEREIRA M. S; SOUZA A. C. S. E; TIPPLE A. F. V; PRADO M. A. Do. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2005 June [cited 2017 Mar 13] ; 14(2): 250-257. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-7072005000200013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000200013>.
4. Alves D. C. I; Lacerda R. A. Avaliação de Programas de Controle de Infecção relacionada a Assistência à Saúde de Hospitais. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 Mar

- 13] ; 49(spe): 65-73. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-623420150000700010. 1500 0 70
5. FERNANDES, A.T. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
 6. ANVISA. Critérios diagnósticos de infecções relacionadas à assistência à saúde. 2013.Brasil.
 7. Martins M. A; França E; Matos J. C; Goulart Eugenio M. A; Vigilância pós-alta das infecções de sítio cirúrgico em crianças e adolescentes em um hospital universitário de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(5):1033-1041, mai, 2008.
 8. GIAROLA L. B; BARATIERI T; COSTA A.M; BEDENDO J; MARCON S. S; WAIDMAN M.A. P. Infecção Hospitalar na Perspectiva dos Profissionais de Enfermagem: Um Estudo Bibliográfico, 2012. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v17n1/v17n1a22.pdf> Acesso em 07 de março de 2017.
 9. SOUZA L. L. De; COSTA T. D. Da; QUEIROZ J. C. De; BEZERRA S.M.M. Da S. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar na Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica: Contribuições para a Enfermagem. Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(11):6471-6, nov., 2013. Disponível em file:/// C:/Users/ Usuario /Downloads/4289-49258-1-PB%20(1).pdf. Acesso em 07 de março de 2017.





III Seminário Internacional

Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde

X Semana de Enfermagem

Universidade Federal de Santa Maria

A INFLUÊNCIA DA CULTURA FAMILIAR SOBRE O PUERPÉRIO

THE INFLUENCE OF FAMILY CULTURE ON THE PUERPÉRIO

LA INFLUENCIA DE LA CULTURA FAMILIAR EN EL PUERPÉRIO

DE MARCO, Júlia¹; CARNEIRO, Alessandra Suptitz²; SOARES, Jucélia Machado.³

Resumo

Com objetivo de conhecer e identificar os hábitos culturais que as puérperas possuem no período puerperal, realizou-se um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa com entrevista semiestruturada. Os sujeitos foram dez mulheres que estavam no período puerperal, que compreende o período de até 42 dias pós-parto, residentes no município de Marau/RS. Para análise de dados, utilizou-se a proposta metodológica de análise temática. A partir da fala dos sujeitos, surgiram as seguintes categorias: práticas culturais das puérperas, práticas culturais com o bebê e práticas culturais com a amamentação. Os resultados evidenciaram que a influência dos hábitos culturais está menos presente. Concluiu-se que os cuidados culturais passados pelas gerações nas famílias são aprendidos e respeitados pelas puérperas, no entanto, estão sendo praticados com menos frequência, visto que elas estão buscando por orientações de caráter científico no que se refere ao cuidado com seu corpo e com seu filho.

Descritores: Período Pós-Parto; Profissionais da Saúde; Família; Enfermagem Transcultural.

Abstract

With the purpose of knowing and identifying the cultural habits that puerperal women have in the puerperal period, a descriptive exploratory study of a qualitative approach with a semi-structured interview was carried out. The subjects were ten women who were in the puerperal period, which includes the period of up to 42 days postpartum, living in the municipality of Marau / RS. For data analysis, the thematic analysis methodological proposal was used. From the subjects' speech, the following categories emerged: cultural practices of puerperal women, cultural practices with the baby, and cultural practices with breastfeeding. The results showed that the influence of cultural habits is less present. It was concluded that the cultural care provided by the generations in the families is learned and respected by the puerperas, however, they are being practiced less frequently, since they are looking for scientific orientations regarding the care with their body and with your son.

Descriptors: Postpartum Period; Health professionals; Family; Transcultural Nursing.

Resumen

Con el fin de conocer e identificar los hábitos culturales que tienen las madres en el puerperio, hubo un estudio cualitativo exploratorio descriptivo con la entrevista semi-estructurada. Los sujetos fueron diez mujeres que estaban en el período post-parto, que abarca el período de hasta 42 días después del parto, los residentes en el municipio de Marau / RS. Para el análisis de los datos, se utilizó la propuesta metodológica de análisis temático. Desde el discurso de los sujetos, surgieron las siguientes categorías: prácticas culturales de las madres, prácticas culturales con el bebé y prácticas culturales con la lactancia materna. Los resultados mostraron que la influencia de los hábitos culturales está menos presente. Se concluyó que los cuidados culturales pasado a través de generaciones en las familias se aprenden y respetado por las madres, sin embargo, se están practicando con menos frecuencia, ya que están en busca de directrices científicas relacionadas con el cuidado de su cuerpo y su hijo.

Descritores: Período posparto; Profesionales de la salud; Familia; Enfermería transcultural.

Introdução

A gravidez é um período na vida da mulher que requer cuidados importantes para chegar ao final sem intercorrências. Após a expulsão do feto inicia-se o puerpério, o intervalo de seis semanas entre o nascimento do neonato e as modificações locais e sistêmicas que retornam ao estado pré-gravídico⁽¹⁾.

Assim como em todo período gravídico, no pós-parto necessita-se manter cuidados especiais

¹ Enfermeira, Residente em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul/ Campus Passo Fundo/RS. juliademarco1@hotmail.com.

² Enfermeira, Residente em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul/ Campus Passo Fundo/RS.

³ Enfermeira, Residente em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul/ Campus Passo Fundo/RS.

para a recuperação da mãe e bem-estar do bebê.

No puerpério, o que assusta algumas famílias é o fato de que a mulher pode ter uma recaída ou pegar alguma enfermidade, podendo resultar em complicações em sua recuperação. Por conta disso, as mulheres são cercadas por crenças familiares, as quais são repassadas pelas gerações, no entanto são hábitos desconhecidos cientificamente. Com tal preocupação, a problemática foi identificar os hábitos culturais que as gestantes seguem de seus familiares.

O profissional enfermeiro deve entender as puérperas, seus valores e costumes para poder realizar um bom trabalho. Em qualquer cultura, o ser humano presencia comportamentos de cuidados a partir do contexto familiar, sendo assim, as práticas culturais influenciam na forma como o ser humano espera ser cuidado pela enfermagem⁽²⁾.

Madeleine Leininger, criadora da Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural fundamentou-a baseando-se na crença de que os povos de cada cultura são capazes de relacionar suas experiências e percepções de suas crenças com as práticas em saúde. Entretanto, afirma que especificamente no Brasil quase inexistem estudos desta natureza, o que aponta para uma lacuna de conhecimentos à abordagem dos rituais de cuidado que são desenvolvidos pelos próprios indivíduos e grupos em seus contextos culturais⁽³⁾.

Com base nessas considerações, o objetivo deste estudo foi conhecer e identificar os hábitos culturais que as puérperas possuem no período puerperal, os quais são passados de geração em geração. Na perspectiva de que o conhecimento possa contribuir com a finalidade de proporcionar melhor assistência de enfermagem no cuidado puerperal baseando-se na enfermagem transcultural.

Metodologia

Estudo de caráter qualitativo, exploratório descritivo⁽⁴⁾. Realizado com dez puérperas, com idade superior a vinte e um anos, residentes na área de abrangência das Estratégias Saúde da Família (ESF) no Município de Marau – RS, no período de setembro de 2015.

Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa, logo, ao aceitarem de livre e espontânea vontade foi informado sobre o objetivo da pesquisa e solicitado suas assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi lido e esclarecido de forma coloquial facilitando o entendimento das mesmas.

Optou-se como instrumento para a coleta de dados a entrevista semiestruturada, elaborada pela pesquisadora a partir do objetivo de estudo. Para a análise de dados foi utilizada a proposta metodológica de análise temática⁽⁴⁾.

O desenvolvimento de estudo obedeceu aos preceitos da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo sob o número 1.228.793.

Resultados e Discussão

A amostra foi composta por dez puérperas com idade variável entre 21 e 36 anos, as entrevistas foram realizadas entre o 6º e o 30º dia pós-parto. A maior parte das puérperas (oito) tiveram parto cesárea, as demais, parto normal, como pseudônimo optou-se por utilizar nome de frutas. A partir da fala dos sujeitos, surgiram as seguintes categorias: práticas culturais das puérperas, práticas culturais com o bebê e práticas culturais com a amamentação.

Práticas culturais das puérperas

O período pós-parto e a maternidade tornam a puérpera muito sensível, profundas mudanças que interferem a vida da mulher acontecem. A família é primordial neste momento em que a puérpera necessita de atenção, apoio e cuidados. Em virtude disto, pessoas próximas à puérpera passam orientações que fazem parte da “dieta” para este momento de “resguardo”.

A gente tem que se cuida bastante, se não depois digamos que aconteça alguma coisa que eu não me cuide, fique mal [...] quem que vai cuida dela... (Manga)

Para a proteção do resguardo e prevenção da recaída, são citadas as proibições em relação aos trabalhos domésticos, não se expor às situações climáticas e abstenção de relações sexuais. Também são citadas proibições a ingestão de certos alimentos e cuidados de higiene onde a lavagem dos cabelos durante o resguardo pode levar à recaída⁽⁵⁾.

Tem que se cuida... pode pega uma recaída das grande. (Pêssego)

A recaída significa o puerpério patológico, o qual consiste em várias condições que podem complicar no pós-parto, como sangramento, febre e mal-estar. Às vezes, essa recaída não significa somente respeitar regras no pós-parto, mas sobre algumas mães negligenciarem certos cuidados⁽⁶⁾.

Desta forma, algumas puérperas seguem alguns hábitos culturais sob o risco de adquirir problemas futuros de saúde. É uma prática que Morango revela realizar em virtude de não saber o que significa: “as pessoas mais antigas falam da tal recaída, não sei muito se eu acredito nisso, mas pelo sim pelo não eu vou me resguardar”.

Apesar de conhecerem sua importância no cuidado da família como responsáveis pela saúde, constata-se que elas recebem conselhos que não sabem explicar: ideias que se difundem como verdade, mas cuja única base é o fato de serem repetidas de geração a geração⁽⁷⁾.

A alimentação é um tema cercado por crenças em todas as sociedades. As crenças alimentares são superstições referentes à ingestão de alimentos que podem interferir benéficamente ou maleficamente. É um item que as puérperas mais recebem orientações e mais as praticam. Referem a ingestão de alimentos leves e frutas, evitam alimentos pesados, ácidos, frituras, que segundo seus familiares causarão cólicas ao bebê, através do leite materno.

...a mãe, os avós sempre falam [...] carne de porco que não da pra comer, pão feito no dia, [...] feijão também diz que é bom esperar uns dias pra comer... (Manga)

A gravidez, puerpério e lactação não indicam apenas o desempenho de uma atividade fisiológica, mas constituem acontecimentos culturais que são experimentados sob uma construção simbólica que permeia os indivíduos⁽⁸⁾. Tradicionalmente, a puérpera obedece às orientações visando a sua recuperação e a saúde do seu filho.

Além da influência familiar, as orientações dadas durante as consultas no pré-natal e na revisão puerperal, preconizadas pelo Ministério da Saúde, também são obedecidas com rigor:

Eu to fazendo como os médicos disseram pra fazer, comer normal, cuidar o que é forte, tipo café, chimarrão, chocolate essas coisas que eles dizem pra gente não comer... (Manga)

No Brasil, a assistência pré-natal inclui o acompanhamento e o monitoramento do ganho de peso gestacional e prevê orientações nutricionais voltadas às mulheres no período que vai da gravidez à amamentação⁽⁹⁾.

A Portaria nº 1.459, institui uma rede de cuidados visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável, denominada Rede Cegonha⁽¹⁰⁾. Diante disto, os profissionais de saúde precisam acolher e, quando necessário, realizar busca ativa das gestantes, puérperas e crianças que não procuram pelos serviços.

Em relação aos cuidados com a higiene corporal, grande parte não segue nenhuma crença familiar, retornaram ao banho e lavagem de cabelos assim que puderam como refere Morango:

Já tomei banho no dia seguinte, assim que me tiraram a sonda já fui pro banho.

Apenas Pêssego referiu um hábito cultural repassado por sua mãe:

O cabelo com 20 dias, de cima pra baixo eu lavava, menos o cabelo...

A puérpera não lava a cabeça porque o sangue é recolhido, deixando-a doente, precisa permanecer em repouso no leito, porque o resguardo deve ser mantido para não afetar sua saúde⁽¹¹⁾. Isto demonstra que a cultura da família de Pêssego ainda mantém suas tradições, apesar da forte influência que a mídia e a equipe de saúde possuem sobre a cultura.

Estudos demonstraram a importância da prática da atividade física como forma de promoção da saúde, qualidade de vida e na prevenção e controle de doenças, além de contribuir para a redução

da morbimortalidade⁽¹²⁾. Para realização de atividade física, as puérperas referem aguardar orientação médica para poderem realizar atividades que exigem maior esforço:

...eu sempre peço pra médica me orienta né, que nem como eu gosto de laça, eu tenho que pedir pra ela [...] pode cria uma hérnia... (Maçã)

O enfermeiro pode identificar os anseios que a puérpera possui quanto à realização de atividade física neste período, e juntamente com uma equipe multidisciplinar prescrever atividades que a puérpera poderá realizar. As orientações devem ser baseadas nas necessidades de cada puérpera, com vista a uma adequada preparação para vivenciar esta etapa de sua vida.

A espera pela orientação médica é imprescindível para que elas retomem a relação sexual sem causar nenhum dano a sua saúde. Isso se expressa na fala de Laranja:

Diz que é perigoso né [...] isso a gente aprendeu desde o colégio, mas os médicos também dizem que a gente tem que se cuidar [...] se não pode vim outro bebê (risos). (Banana)

...eu nunca fiz os 40 dias bem certinho, eu entendo que quando tu tá bem... (Bergamota)

Eu sempre espero passa os 40 dias, pelo menos foi o que mãe, vó dizem né. (Maçã)

As relações sexuais deverão aguardar 40 dias, tempo para o organismo da puérpera se recuperar. Independente do tipo de parto, é comum a vagina ficar ressecada, podendo haver desconforto na relação sexual⁽¹³⁾. O fator mais relevante a se esperar para voltar a relação sexual é o respeito com o próprio corpo. Sendo assim, o homem precisa respeitar o desejo da mulher.

O profissional, além de escutar o que a puérpera fala, pode traçar uma linha de cuidado baseado no que ela entende e pratica, quanto aos cuidados consigo e com seu bebê. Tomando-se por base, que muitas culturas de acordo com seus valores e crenças, seguindo seu contexto de saúde-doença sabe determinar o tipo de cuidado desejado, ou seja, um serviço de atendimento significativo e eficaz para as pessoas, a Enfermagem Transcultural⁽¹⁴⁾.

Todos os hábitos culturais que as puérperas possuem precisam ser respeitados, fazem parte de tradições familiares, passadas pelas gerações e assim precisam perpetuar. Contudo, a orientação profissional faz parte de uma vida saudável, com informações corretas sobre saúde e bem-estar.

Práticas culturais com o bebê

Todo recém-nascido, devido imaturidade necessita de atenção e monitoramento constante. É totalmente dependente dos cuidados e da proteção de outras pessoas. Culturalmente, a mãe é a pessoa que mais realiza estes cuidados, sendo imprescindível que tenha conhecimento.

Os cuidados com a higiene corporal do bebê são dados de acordo com o conhecimento de cada mulher:

...do banho todos os dias, [...] só cuido bastante corrente de vento, tipo quando vo da banho nela eu fecho tudo pra não pega vento pra não dar dor de ouvido... (Manga)

...a gente dá banho de fraldinha nele, é um bebezinho, ele não se suja [...] a gente fica passando um lencinho umedecido... (Melancia)

Percebeu-se que em relação ao banho do bebê as mães são quem realizam este cuidado, com a preocupação durante o manuseio com a criança de o ambiente estar em temperatura agradável.

Os bebês têm capacidade de controlar a temperatura corpórea, porém, em condições extremas de temperatura esta condição é prejudicada pela incapacidade física de manter a homeostase. Dessa forma, os cuidados são essenciais para sua sobrevivência, uma vez que as crianças resfriam-se e se superaquecem com facilidade⁽¹⁵⁾.

No que diz respeito a higienização do coto umbilical, todas as puérperas referiram uso do Álcool 70%, o qual foi orientado pelos profissionais de saúde:

Eu to usando o álcool 70 [...] pra fazer a higiene bem certinho 4 vezes por dia e após cair o umbiguinho dele dai tem que usar por mais 4 dias... (Morango)

O Ministério da Saúde orienta que o cuidador higienize suas mãos e utilize uma gaze para secar a base do coto, em seguida, embeber em álcool 70% outra gaze e aplicar sobre o coto. Isso deve ser repetido a cada troca de fralda⁽¹⁶⁾.

Além disso, familiares orientaram as puérperas com outros cuidados com o coto umbilical:

...eu sei que antigamente as pessoas costumavam enfaixa, [...] mas como os pediatra e os enfermeiros nos orientaram a não fazer isso eu não estou fazendo... (Morango)

Ah eu boto aquela moeda costurada na faixa dai boto pro umbiguinho fica bem lá dentro, certinho no lugar. (Pêssego)

O uso da faixa umbilical foi uma prática muito comum, e seu uso era transmitido pelas gerações. Atualmente, ela é contraindicada devido à comprovação científica sobre a sua ineficácia e até mesmo nocividade para a criança⁽¹⁷⁾. A antisepsia do coto umbilical deve ser realizada para prevenção de infecções e para acelerar a mumificação do mesmo.

O choro do recém-nascido é muitas vezes difícil de decifrar, por isso causa muita angústia para os pais. No entanto, o choro deve ser encarado como uma forma de comunicação do bebê. Um dos choros refere-se às cólicas.

As puérperas entrevistadas preferem optar pela prevenção, cuidando a alimentação que ingerem, pois segundo familiares e profissionais da saúde, a alimentação ingerida é um fator que interfere no acontecimento de futuras cólicas.

Ela não tá tendo exatamente porque to tendo os cuidados na alimentação (risos), porque eu ate acredito que [...] vai pro leite... (Bergamota)

O choro provocado pela cólica começa no início da mamada ou após, acompanhando-se de irritabilidade, distensão abdominal, pulsos cerrados, mobilidade anormal de braços e pernas ou costas arqueadas, ficando com rubor da face, tendo gases e por vezes constipação intestinal. O choro persiste apesar de todos os esforços de consolo⁽¹⁸⁾. O tratamento farmacológico deve ser realizado sob orientação de um profissional, sob o risco de efeitos colaterais na criança.

Cólica a mãe ensina a gente coloca uma fraldinha morninha na barriga, mas eu tenho remédio receitado pelo médico que é a Simeticona... (Maçã.)

Eu vo faze shantala nela... (Uva)

A massagem é uma importante habilidade que os pais podem adquirir. Sua ação é imediata, prática e não apenas curativa como preventiva. Ela pode ser utilizada para minimizar problemas de menor gravidade e contribui com um elemento de alívio e conforto para as crianças⁽¹⁹⁾.

Eu encosto ele sobre a minha barriga assim, dai ele sente o calor. [...] dizem que massagear a barriguinha também alivia... (Banana)

Existem técnicas populares muito utilizadas, porém, não possuem comprovação científica que assegure seu efeito benéfico.

Eu passava azeite com manjerona e alho, fritava e passava na barriguinha dela... (Pêssego)

Eu levei ele pra benze, dizem que é bom.... (Morango)

...pode me dizer que não é pra dá chá que eu dou chá igual... (Melancia)

Água, chá e suco representam um meio de contaminação que pode aumentar o risco de doenças. A oferta desses líquidos em mamadeiras faz com que o bebê engula mais ar propiciando desconforto abdominal pela formação de gases, e consequentemente, cólicas no bebê⁽²⁰⁾.

Apesar das puérperas receberem orientações de hábitos culturais advindos de seus familiares e vizinhos, muitas não acreditam que tais hábitos realmente funcionem e optam por seguir a orientação que o profissional de enfermagem e medicina lhes forneceu.

Práticas culturais com a amamentação

Junto a euforia com a chegada do bebê, e os cuidados relacionados, as mães se deparam com o desafio da amamentação. Pode ser que o processo se dê de forma tranquila e natural, mas também pode não ser tão fácil. Consciente da importância da amamentação, a mãe busca apoio.

Nos primeiros seis meses de vida o leite materno é o alimento mais completo e nutritivo que existe, nele há todos os nutrientes necessários e insubstituíveis para a saúde e bem-estar da criança.

As patologias que podem ocorrer durante este período de amamentação são: dor, ingurgitamento mamário, fissuras mamilares e mastites que podem apresentar como consequência o

desmame precoce e trazer danos à saúde do bebê⁽²¹⁾. Os problemas podem se tornar frequentes, se não tratados sob orientação correta.

Quanto a fissuras e ingurgitamento as puérperas referiram uso de pomadas receitado pelo médico, banho de sol, massagem e amamentação:

Eu passei uma pomada que a doutora receito [...] e banho de luz também... (Laranja)

Empedro e me racho, ma dai eu fui ali no postinho e dai elas falaram que era pra continua dando igual. [...] As enfermeira ensinaram faze massagem dai foi com que desempedro. (Pêssego)

Se as mamas não são esvaziadas de modo adequado ficam ingurgitadas, diminuindo a produção de leite, isso ocorre devido ao aumento da concentração de substâncias inibidoras da produção de leite⁽²⁰⁾. Há vários mitos, tabus e crenças relacionados com a amamentação, hábitos culturais que podem interferir maleficamente na saúde dos bebês:

...diz que a cerveja preta é bom pra faze leite, chá de funcho também, e tem bebida alcoólica que não pode né, diz que vai direto pro leite. (Manga)

O chá sacia a fome, e por isso o RN pode não querer mamar. O leite materno mantém um equilíbrio perfeito de sais minerais, hidratando a criança como nenhum outro alimento⁽²²⁾.

Para que o aleitamento materno seja bem sucedido é importante que a mãe esteja motivada e, além disso, que o profissional de saúde saiba orientá-la e apresentar propostas para resolver os problemas mais comuns enfrentados por ela durante a amamentação⁽²⁰⁾.

Desde os primórdios da humanidade, o ser humano utiliza práticas alternativas para manter a saúde ou livrar-se de doenças. Percebeu-se que as crenças ainda existem, mas já não são mais praticadas como há muitos anos. Isso, em função da criação dos programas do Ministério da Saúde, que visam melhorar e garantir a qualidade de vida da puérpera, bebê e da família.

Considerações Finais

A realização desta pesquisa permitiu identificar e conhecer os hábitos culturais das puérperas que são passados por várias gerações em relação à puérpera, o bebê e a amamentação. Foi possível evidenciar a presença de significados a partir de dois tipos de lógica: a sociocultural e o conhecimento científico.

Com o avanço da ciência e a implantação de Políticas Públicas de Saúde no Brasil, as pessoas estão buscando por orientações baseadas no conhecimento científico, no que se refere ao cuidado sobre si e suas famílias. Há anos, cada família possuía sua própria cultura de viver, em que seus valores e seus hábitos de vida eram praticados por todos os componentes do grupo, e assim transmitidos aos novos integrantes.

Este estudo busca contribuir para o entendimento do universo da mulher no pós-parto, evidenciando seus saberes, desvelando suas fragilidades e os modos como sua cultura influencia o seu modo de vida. Os resultados deste estudo apontaram para um avanço na área da saúde, em que os profissionais juntamente com os programas no Sistema Único de Saúde estão satisfazendo as dúvidas que as puérperas possuem, complementando com os saberes tradicionais da família.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Barros SMO. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Barueri: Manole, 2006.
2. Baruffi LM. O cuidado cultural à mulher na gestação. Passo Fundo: UPF, 2004. 179 p.
3. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991.
4. Minayo MCS (Org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 31ª ed. Petrópolis, RJ: vozes, 2012.
5. Monticelli M. O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1994.
6. Pérez A. La medicina tradicional del Noroeste Argentino: historia y presente. 1ª ed. 2ª reimp. Buenos Aires: Del Sol, 2005.
7. Luz AMH, Berni NIO, Selli L. Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença. Rev Bras Enferm. [Internet] 2007 [acesso em: 13 out 2015]; 60(16):42-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a08v60n1.pdf>.
8. Paim HHS. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. In: Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Assistência Pré-natal: manual técnico. 3ª ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2000. 67 p.
10. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.459, de 24 de junho de 2011. [Internet] Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011. [acesso em: 13 out 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
11. Almeida, FDO. O cuidado a puérpera acompanhada do familiar na maternidade e domicílio: uma abordagem cultural [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000. 164 p.
12. Batista DC, Chiara VL, Gugelmin SA, Martins PD. Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. Rev Bras Saúde Matern Infan. 2003;3:151-8.
13. Blog da Saúde [Internet]. Brasil. Ministério da Saúde. [acesso em 20 out 2015]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/promocao-da-saude/50212-puerperio-periodo-pos-parto-requer-cuidados-especiais>.
14. Moura AV, Chamilco RASI.; Silva, RS. A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. Esc Anna Nery R Enferm [Internet] 2005 [acesso em: 14 out 2015]; 9 (3): 434 - 40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v9n3/a12v9n3.pdf>.
15. Scochi CGS, Gaíva MAM, Silva MHA. Termorregulação: assistência hospitalar ao recém-nascido pré-termo. Acta Paul Enferm. 2002; 15(1):72-8.
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2005.

17. Iserhard ARM, Budó MLD, Neves ET, Badke MR. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. Esc. Anna Nery Ver. Enferm. [Internet] 2009 [acesso em: 14 out 2015]; 13 (1): 116-122. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a16>.
18. Saide MF. Entendendo os Bebês. Rio de Janeiro: Medsi, 1996.
19. Walker P. A arte e a prática da massagem em bebês: um guia passo a passo de diversas práticas e exercícios de flexibilidade para bebês de até 3 anos. São Paulo: Pensamento, 2001.
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2ª ed. 2ª reimpr. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2013. 72 p.
21. Freitas F, Costa SHM, Ramos JGL, Magalhães, JA. e cols. Rotinas em Obstetrícia. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
22. Lima IN, Arraes L, Botsaris, AS, Aquino MTC. Chás para Hidratar e Aliviar os Males do Bebê. Crescer, São Paulo. Globo. N. 24. P. 76-77. Nov., 1995.106p.

6. AÇÕES DO ENFERMEIRO FRENTE AO USUÁRIO PORTADOR DE TUBERCULOSE: UMA REVISÃO NARRATIVA

NURSE ACTIONS TO THE USER WITH TUBERCULOSIS: A NARRATIVE REVIEW

ACCIONES DE LOS ENFERMEROS FRENTE A USTED LA TUBERCULOSIS TRANSPORTISTA: UNA REVISIÓN DESCRIPTIVA

PONTES, Jordana Souza¹; BANDEIRA, Danieli²; NOAL, Helena Carolina³

Resumo

O estudo objetivou identificar a produção científica nacional acerca das ações do enfermeiro da Atenção Básica frente ao diagnóstico de usuários portadores de tuberculose. Realizou-se uma revisão narrativa de literatura, na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no mês de agosto de 2016. Foram utilizados os descritores do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): tuberculose AND enfermagem. A análise dos dados foi conforme a proposta operativa de Minayo. Foram selecionados 11 artigos para a extração dos dados. Emergiram quatro categorias: Ações educativas do enfermeiro junto o usuário com TB; O enfermeiro e a equipe multiprofissional no estabelecimento de vínculo com o usuário; Tratamento diretamente observado e visita domiciliar; Fragilidades nas ações do enfermeiro. Espera-se que o estudo contribua para o conhecimento da atuação do enfermeiro e o impacto de suas ações, evidenciando os cuidados, manejos e tratamento para a doença.

Descritores: Enfermagem. Tuberculose. Atenção Básica.

Abstract

The objective of this study is to identify the national scientific production about the actions of the Primary Care nurse in relation to the diagnosis of users with tuberculosis. A narrative literature review was carried out in the Latin American and Caribbean Health Sciences Literature database (LILACS) in August 2016. Descriptors of the Health Sciences Descriptors (DeCS) were used: Tuberculosis AND nursing. The analysis of the data was in accordance with Minayo's operational proposal. Eleven articles were selected for data extraction. Four categories emerged: Educational actions of the nurse along with the user with TB; The nurse and the multiprofessional team in the establishment of bond with the user; Directly observed treatment and home visit; Fragilities in the actions of the nurse. It is hoped that the study will contribute to the knowledge of the nurses' performance and the impact of their actions, evidencing the care, management and treatment for the disease.

Descriptors: Nursing. Tuberculosis. Basic Attention.

Resumen

El estudio tiene como objetivo identificar la producción científica nacional sobre las acciones de las enfermeras de Primaria que se enfrenta el diagnóstico de los pacientes con tuberculosis usuarios. Se realizó una revisión de la literatura narrativa en la base de datos de América Latina y el Caribe Ciencias de la Salud (LILACS), en agosto de 2016. Se

utilizaron los descriptores de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): la tuberculosis y la enfermería. El análisis de datos fue como la propuesta operativa Minayo. Se seleccionaron 11 artículos para la extracción de datos. Emergieron cuatro categorías: Actividades educativas de la enfermera con el usuario con tuberculosis; La enfermera y el equipo multidisciplinario forman un enlace con el usuario; El tratamiento directamente observado y visitas a domicilio; Las deficiencias en las acciones de la enfermera. Se espera que el estudio contribuirá al conocimiento de la enfermería y el impacto de sus acciones, que muestran el cuidado, manejo y tratamiento de la enfermedad.

Descriptores: Enfermería. La tuberculosis. Atención Primaria.

Introdução

A tuberculose (TB) é conhecida como uma das mais antigas doenças, e é considerada um problema de saúde pública. No Brasil, vem-se firmando como uma das principais causas de morbimortalidade, acometendo diferentes faixas etárias e classes sociais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que ocorram no mundo cerca de 8 a 9 milhões de casos novos por ano, ao redor de três milhões de óbitos pela doença. Para o Brasil, estima-se a incidência de 124 mil casos por ano.¹

No Brasil, a TB ainda é reconhecida como uma doença negligenciada, apresentando elevada taxa de mortalidade quando comparada aos países desenvolvidos, particularmente pela incipiência das ações voltadas ao enfrentamento dos determinantes sociais que lhe envolvem.²

Como aliada na busca de um melhor acompanhamento dos usuários portadores de TB, tem-se a Atenção Básica (AB), cujos fundamentos estão voltados para a universalidade, a integralidade, as relações de vínculo, a continuidade da atenção, a participação popular e o controle social.³ Além disso, sabe-se da responsabilidade da AB no desenvolvimento de ações, guiada por princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentados nas necessidades de saúde da pessoa, família e comunidade. As equipes de saúde da AB devem reorganizar a assistência com ações efetivas que considerem alternativas voltadas para a prática de saúde participativa, coletiva, integral, resolutive e vinculada à realidade da comunidade e capaz de ultrapassar as fronteiras das unidades de saúde.³

Desta forma, o enfermeiro inserido na AB, possui por competência a implementação de seus conhecimentos teóricos nas práticas assistenciais no cuidado dos usuários com diagnóstico de TB. Evidenciando-se um ator importante para efetivação do cuidado na medida em que gerencia as ações de controle e compreende a complexidade envolvida nesse processo, permeando ações voltadas à promoção, prevenção e tratamento.^{2,4} Diante disso, o presente estudo teve como questão de pesquisa: “O que se tem produzido na literatura científica nacional relacionada às ações do enfermeiro da AB frente ao usuário portador de TB?”.

Logo, tem-se como objetivo analisar a produção científica nacional acerca das ações o enfermeiro da AB frente aos usuários portadores de TB.

Método

Realizou-se uma revisão narrativa de literatura. Cujo método tem como objetivo descrever o “estado da arte” do assunto estudado, na perspectiva teórica ou contextual.⁵ Este tipo de revisão possui uma temática mais abrangente, por se tratar de uma pesquisa mais ampla.⁶

Como critérios de inclusão do estudo foram utilizados textos na íntegra, disponíveis em português. Os critérios de exclusão para seleção das publicações deste estudo foram: estudos de revisão, estudos sobre discussões e reflexões, publicações em outras línguas, dissertações e teses. Não foi adotado recorte temporal na presente pesquisa.

A pesquisa foi realizada na Base de Dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para seleção dos artigos, foram utilizados descritores registrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), com a utilização da seguinte estratégia de busca: “tuberculose” AND “enfermagem”. Os descritores estão disponíveis no título, resumo e assunto. A busca foi realizada no mês de agosto de 2016. Para análise dos dados obtidos foi utilizada a proposta operativa de Minayo (2014). Este método propõe três etapas para análise dos resultados: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação e tratamento dos resultados.⁷

Resultados e discussão

A busca realizada localizou 226 artigos, após a leitura do título e resumo foram selecionados 22 artigos para a leitura na íntegra. Após a leitura na íntegra, foram selecionados como amostra 11 artigos para a extração dos dados. A maioria dos estudos foi publicada nos anos de 2012 e 2015 (54,55%). Quando a procedência dos estudos sete (63,64%) são da Paraíba, dois (18,18%) são de São Paulo, um (9,09%) é do Rio Grande do Norte e um (9,09%) do Piauí. Quanto ao método do estudo a maioria são de abordagem qualitativa (72,73%). Após a leitura dos artigos selecionados, emergiram quatro categorias:

Ações educativas do enfermeiro junto ao usuário com TB

Dentre as ações do enfermeiro junto a usuários portadores de TB, os artigos evidenciaram as práticas educativas como centrais no acompanhamento desses usuários e na adesão ao seu tratamento. Estudo relata que as práticas educativas são realizadas em campanhas ou em função do aumento do número de casos de TB. Prioriza-se a educação em saúde em função do agravo que mais incide no território no momento, contudo, as práticas educativas se resumem à distribuição de panfletos, fixação de cartazes e realização de palestras esporádicas. Ainda relatam que as práticas educativas devem ser desenvolvidas no âmbito individual e coletivo que segue a linha do cuidado,

de modo a promover cura e reabilitação por meio do processo de sensibilização, tendo no usuário um aliado e protagonista do projeto terapêutico e das mobilizações pelo direito ampliado à saúde.⁸

Outro estudo ressalta a importância do empoderamento dos doentes de TB, como estratégia de controle da doença, para tanto, os autores discorrem sobre a importância da educação em saúde como um ato político, capaz de promover o diálogo entre profissionais de saúde e usuários, a autonomia cidadã e o incentivo a uma postura ativa dos sujeitos. Assim, o portador de TB tem a oportunidade de ampliar a compreensão de seu problema e refletir a respeito da intervenção sobre a realidade em que vive, privilegiando a promoção de sua autonomia.⁹

Algumas publicações também evidenciam as ações educativas de enfermeiros da AB junto a usuários portadores de TB, contudo, destacaram que as ações desenvolvidas pelos profissionais se limitavam a palestras para os usuários em sala de espera e à formação de grupos educativos. Constataram não haver ações de educação em saúde dirigidas especificamente ao controle da TB. É importante salientar que toda ação educativa deve ser iniciada no primeiro contato com o usuário e que o profissional de saúde tome como base o princípio da integralidade e, desse modo, perceba esse indivíduo como um sujeito singular que vive no meio coletivo e considere o processo do cuidado como um todo.^{10,8}

O enfermeiro e a equipe multiprofissional no estabelecimento de vínculo com o usuário

A abordagem multiprofissional aos usuários com TB, também foi destacada em outros estudos que relatam que no trabalho em equipe as diferenças técnicas expressam a possibilidade dos distintos saberes contribuírem para a divisão do trabalho que deve estar voltado à melhoria do cuidado prestado. Assim, torna-se importante experimentar produzir o cuidado a partir de uma perspectiva da interdisciplinaridade articulando-se saberes e ações, definindo-se campo e núcleo de competência de cada profissional no cotidiano da atenção à saúde, com o objetivo de acolher e de estabelecer vínculo e responsabilização com os usuários.¹¹

O mesmo estudo revela ainda que o enfermeiro inserido no contexto da AB lidera as ações de cuidado voltadas aos usuários de TB sendo o profissional que mais realiza ações junto ao usuário de TB, fato que colabora para o fortalecimento das relações de vínculo. Além disso, no que concerne ao diagnóstico e tratamento, verifica-se a atuação efetiva dos enfermeiros na solicitação de baciloscopia e de medicamentos. É preciso ressaltar que, mais do que diminuir o tempo do diagnóstico e, conseqüentemente, a demora para o início do tratamento, é importante o acolhimento dos usuários e a integração destes junto às equipes de saúde da família, uma vez que se minimizam entraves ao diagnóstico precoce e à conclusão do tratamento.¹¹

Pesquisa afirma a importância da atuação do enfermeiro enquanto responsável pela maioria dos registros de saúde, e consequentemente pela maior parte a assistência prestada ao usuário com TB, contudo, os autores destacam que para que ocorra a descentralização das ações de TB e seja proporcionado o desenvolvimento de ações estratégicas que visem eficiência e controle no serviço prestado, é imprescindível o envolvimento multidisciplinar, e a contribuição de cada profissional com seu conhecimento específico.¹²

O mesmo estudo destacou as principais ações do enfermeiro da AB, e ressaltou a atuação do mesmo no processo assistencial à pessoa com TB desenvolvendo as seguintes ações: visitas, orientações gerais, ações educativas, acompanhamento do tratamento, consultas, pedido de medicamentos, preenchimento de ficha social para o recebimento de cesta básica, solicitação de exames, dentre outras. Assim, o enfermeiro é um agente participativo e decisivo nas ações de organização do cuidado em TB. Essas ações acarretam uma sobrecarga de funções desse profissional, que se torna referência para os usuários, tornando sua atuação relevante no processo de trabalho na AB. Desta forma, há necessidade de equipes mais integradas, em que todos os profissionais contribuam ativamente nas ações de prevenção, promoção, acompanhamento e acolhimento dos casos de TB.¹²

Outro aspecto observado é a importância da criação de vínculo entre profissional e usuário. Salienta-se a satisfação dos usuários com a atenção e cuidados recebidos, com destaque aos profissionais enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Observou-se que a aproximação com a realidade destes usuários favoreceu a convivência dos profissionais com a dinâmica do processo de adoecimento e cura e contribui para fortalecimento de relações de confiança e compromisso entre os envolvidos no processo terapêutico.¹³ Da mesma maneira, outro estudo salienta a importância de ações como o acolhimento, uma vez que a AB precisa estar preparada para atender não só o doente com TB, mas sim todo seu contexto familiar, fatores culturais, sociais e econômicos, estabelecendo vínculos e um processo de aprendizagem mútuo, que envolve uma multiplicidade de valores dentre outras coisas importantes.⁹

Tratamento diretamente observado e visita domiciliar

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) mostrou-se como ação do enfermeiro na atenção ao usuário com TB. A descentralização do tratamento supervisionado para a AB foi um ponto positivo a ser destacado, uma vez que amplia o acesso dos doentes aos serviços de saúde.¹⁴ Apesar de o TDO ser uma ação importante no âmbito da AB aos usuários de TB, estudo revela que os enfermeiros ainda possuem fragilidades a respeito do conhecimento ou realização do TDO, sobre sua importância, periodicidade e profissional responsável pelo acompanhamento da tomada de

medicação. Os profissionais referem noções equivocadas, quando relatam que não há necessidade de os profissionais supervisionarem a tomada da medicação. O que indica uma fragilidade de conhecimento sobre as suas ações.¹²

A partir do TDO é possível estabelecer relações de acolhimento, vínculo e de responsabilidade do doente para com o tratamento e com a equipe de saúde. O fácil acesso do doente ao tratamento é um fator importante para o controle da TB nas comunidades. Ainda, os autores destacam o enfermeiro como principal profissional atuante na identificação dos sintomáticos respiratórios e que atuam nas orientações de coleta de escarro, convocação dos contatos dos doentes de TB e busca ativa dos faltosos.¹³ A descoberta precoce da TB, por meio da busca ativa de sintomáticos respiratórios na comunidade, constitui-se em importante atribuição das equipes de saúde da família, em especial o enfermeiro. Em caso de suspeita, deve-se de imediato solicitar o exame bacteriológico do escarro.¹¹

A visita domiciliar se mostra como um espaço de promoção à saúde e construção de vínculos entre os sujeitos envolvidos no processo, portanto, aliada no TDO. Assim o acompanhamento dos casos de tuberculose pelos profissionais AB devem estar fundamentado no resgate da humanização do cuidado, por meio da escuta solidária, a partir da identificação das necessidades do usuário.⁹

A visita domiciliar auxilia na busca dos faltosos, com o objetivo de evitar o abandono do tratamento e deve ser realizada o mais rapidamente possível, após a verificação do não comparecimento ao TDO na UBS. Verificou-se, portanto, com este estudo, que o enfermeiro e o ACS foram os que mais incorporaram essa atividade no cotidiano do trabalho.¹³

Estudo afirma ainda que a proximidade com os serviços de saúde pode indicar um fortalecimento da relação entre profissionais e usuários, facilitando a adesão ao tratamento de maneira satisfatória para obtenção da cura, uma vez que identifica o contexto em que estes pacientes vivem, as condições de vida e as relações familiares e pessoais, o que facilita o acompanhamento e conclusão do tratamento, tanto para a supervisão medicamentosa como para conhecimento do contexto social e das vulnerabilidades aos quais os pacientes estão expostos.¹⁵

Fragilidades nas ações do enfermeiro

Durante as ações do enfermeiro junto ao usuário com TB, os artigos evidenciaram algumas fragilidades relacionadas a esse processo. Apontaram a falta de incentivos para a operacionalização do Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS) nas unidades de saúde da família; centralização da retaguarda laboratorial e consequente dificuldade de acesso aos exames; o estigma como aspecto dificultador a adesão terapêutica.¹⁴

Outra fragilidade foi evidenciada em estudo de que observou que grande parte dos profissionais entrevistados apresentavam dúvidas quanto à forma de transmissão da TB o que revela fragilidade nas atividades de diagnóstico precoce da doença.¹⁶ O espaço físico inadequado foi destacado em outra publicação como a principal dificuldade encontrada nas unidades investigadas, por interferir na realização das ações de educação em saúde. Além de haver problemas relacionados ao espaço físico das unidades, percebeu-se que há também dificuldades em conseguir materiais específicos que promovem as ações educativas.¹⁰

A interferência política na organização do trabalho reflete fragilidades na relação entre os próprios membros das equipes de saúde da família, na qual se destaca a resistência da hegemonia do saber médico frente aos conhecimentos dos diversos profissionais que compõem as equipes de saúde da família. A partir do estudo, pode-se verificar que a falta de capacitação dos profissionais concorre para fragilizar o controle da TB e compromete o trabalho da coordenação do Programa de Controle da Tuberculose na sustentabilidade da estratégia DOTS.¹²

A debilidade quantitativa e qualitativa de Recursos Humano e a visão centralizada e fragmentada da organização das ações de controle da TB no sistema de saúde foram as principais barreiras apontadas, as quais podem comprometer o acesso dos doentes às ações de diagnóstico e tratamento da TB, bem como a qualidade da interação profissional-usuário para o adequado manejo da doença na AB.¹⁷ Sabe-se que a falta de RH pode resultar na sobrecarga de funções entre os profissionais e comprometer a capacidade resolutiva dos serviços, o processo de interação com o doente de TB, bem como o vínculo e adesão ao processo terapêutico.

Os estudos afirmam ainda outro aspecto que interfere na incorporação do controle da TB na AB: a qualificação dos profissionais, uma vez que estes passaram a assumir ações e programas de saúde nunca antes implementados. A capacitação em TB assume importante papel e deve garantir a compreensão da doença e seus condicionantes, uma vez que as atividades relacionadas à TB são consideradas pelas equipes de saúde como competência exclusiva dos centros de referência para tratamento da doença, o que contribui para a ausência de responsabilização local com o controle da mesma. A dificuldade de envolvimento das equipes de saúde com as ações de controle da TB é preocupante, pois coloca em risco a adesão dos doentes ao tratamento medicamentoso.¹⁶⁻¹⁸

Considerações finais

A partir das análises realizadas o presente trabalho calhou informações sobre as ações do enfermeiro diante do usuário com TB sendo muitas vezes fracas ou insuficientes, pois existem entraves, sejam eles de origem pessoal, de recursos e humanos ou pelas próprias políticas. A descentralização do cuidado é apontada como uma ação benéfica, pois é facilitadora no acesso do

usuário com a doença e também para a proposta de vínculo com o interessado. Os trabalhos evidenciam a necessidade de um maior engajamento da equipe multiprofissional a fim de encorajar o usuário na realização do tratamento. Para tanto, é fundamental lançarmos mão de ações de educação em saúde com o propósito de empoderar e renovar saberes, auxiliando o usuário no tratamento, cuidado, diagnóstico e controle da tuberculose.

Assim, o enfermeiro inserido na AB e atuante no cuidado junto aos usuários com TB, assume a responsabilidade de auxiliar na criação de locais para a discussão e educação em saúde junto aos envolvidos nesse processo de cuidado que abrange desde o coletivo local, como comunidade em geral, como também os profissionais da saúde, visando com isso, à integralidade do cuidado. Logo, espera-se com o presente estudo contribuir para a atualização profissional e a reflexão sobre os processos de cuidado frente aos usuários portadores de TB, estimulando discussões na busca da melhoria da prática profissional.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. WHO. Global Tuberculosis Control: epidemiology strategy, financing. Genebra; 2013.
2. Souza KMJ et al. Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(5):874-82.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
4. Barreto AJR et al. Gestão do cuidado à tuberculose: da formação à prática do enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2013;66(6): 847-53.
5. Guenagak Aet al. Mechanical bowel preparation for electine colorectal surgery. Cochrane data base syst rev, 2005.
6. Cordeiro AM et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. Rev. Col. Bras. Cir. 2007;34(6):428-31.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12º ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2014.
8. Sá LD et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais de estratégias Saúde da Família. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2013.
9. Clementino FS, Miranda FAN. Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliar. Rev enferm. 2015;23(3).

10. Trigueiro JVS et al. Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. *Cienc cuid saude*, 2009;8(4).
11. Sá LD et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. *Rev. Esc. Enfem USP*. 2012;46(2).
12. Rêgo CCD et al. Processo de trabalho da enfermeira junto à pessoa com tuberculose na Atenção Primária à Saúde. *Revista Baiana de enfermagem*. 2015;29(3):218-28.
13. Santos TMMG, Nogueira LT, Arcêncio RA. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da Tuberculose. *Acta Paul Enf*.2012;25(6).
14. Silva ACO et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. *Revista Eletrônica de Enfermagem*.2007;9(2):402-16.
15. Brunello MEF et al. Atuação da enfermagem na atenção a uma condição crônica (tuberculose): análise de fontes secundárias. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2015;36(esp).
16. Sobrinho RAS et al. Conhecimento de enfermeiros de unidades de Atenção Básica acerca da tuberculose. *Cogitare enferm*,2014;19(1).
17. Monroe AA et al. Envolvimento de equipe da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. *Rev. Esc. Enferm. USP*.2008;42(2).
18. Nogueira JA et al. Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*.2012;13(4).

7. ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA DE PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

HOSPITALITY FROM NURSING TO FAMILY OF PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNIT: EXPERIENCE REPORT.

ACOGIMIENTO DE ENFERMERÍA A LA FAMILIA DE PACIENTES EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIENCIA

SOMAVILLA, Itagira Manfio¹; PICCIN, Catiele²; ROSSATO, Gabriela Camponogara³;

GIRARDON - PERLINI, Nara Marilene Oliveira⁴

Resumo

Introdução: O contexto de uma UTI caracteriza-se pelo atendimento a pacientes críticos e com possibilidades de recuperação. Compreende um ambiente de alta tecnologia, cuidados complexos, observação contínua e profissionais especializados, sendo percebida pelos familiares como um local de sofrimento e traumatizante. A família que vivencia o adoecimento e a hospitalização em UTI convive com diversos sentimentos, os quais devem ser considerados no contexto do cuidado. O acolhimento constitui-se como peça fundamental em meio às rotinas, com potencial para minimizar as fragilidades impostas por esse ambiente. Assim, cabe aos profissionais de enfermagem aliar aos conhecimentos técnicos a humanização e a integralidade do cuidado, considerando cada paciente assistido na sua singularidade. **Objetivo:** descrever a vivência de acadêmica de enfermagem quanto ao acolhimento prestado aos familiares de pacientes internados em uma UTI. **Metodologia:** Estudo do tipo relato de experiência desenvolvido por acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem que desenvolveu 60 horas de atividades extracurriculares pelo PROFCEM, em julho de 2016 e, por meio de bolsa assistencial, deu continuidade as práticas assistenciais até o presente momento. **Resultados:** A partir das vivências da acadêmica pode-se perceber que o acolhimento de enfermagem à família em UTI é desenvolvido em vários momentos da internação. Inicia quando o paciente é admitido na Unidade, se repete durante o horário destinado às visitas e, também, em ocasiões decorrentes da flexibilidade nas visitas diante das condições do paciente assistido. **Conclusão:** A práxis da enfermagem Na UTI permeia questões que envolvem o cuidado não apenas aos pacientes internados, mas também a sua família. Dessa forma, conclui-se que o atendimento ao paciente deve considerar o acolhimento das pessoas mais próximas ao seu contexto relacional, ou seja, sua família, com vista a promover a integralidade e humanização do cuidado.

Descritores: Enfermagem; Cuidados críticos; Família; Acolhimento.

Resume

Introduction: The context of an UTI is characterized by the attendance of critical patients and with recovery possibilities. It comprises a high technology environment, complex care, continuous observation and specialized professionals, being perceived by family members as a place of suffering and traumatic. The family that experiences the illness and the hospitalization in the UTI lives with various feelings, which should be considered in the context of care. The hospitality is constituted as a fundamental piece in the midst of routines, with the potential to minimize the weakness imposed by this environment. Thus, is the responsibility of the nursing professionals ally to the technical knowledges the humanization and the integrality of care, considering each assisted patient in his singularity. **Objective:** describe the experience of nursing academic about the hospitality provided to the patients family interned in an UTI. **Methodology:** Type study experience report developed by academic of the Graduation Nursing Course who developed 60 hours of extracurricular activities by the PROFCEM, in July 2016 and, by means of care grant, gave continuity to the assistential practices until the present moment. **Results:** As of the academic experiences, it can be see that the hospitality for nursing to family in UTI is developed in many moments of hospitalization. Starts when the patient is admitted in the Unit, is repeated during the schedule destined for visits and, also, occasions resulting from the flexibility in the visits under the conditions of the assisted patient. **Conclusion:** The praxis of nursing in the UTI permeates questions which involve the care not only the hospitalized patients, but also your family. In this way, it is concluded that the service to the patient should consider the hospitality of the closest people to its relational context, that is, with a view to promote the integrality and humanization of care.

Descriptors: Nursing; Critical Care; Family; Hospitality.

Resumen

Introducción: El contexto de una UTI se caracteriza por el atendimento a los pacientes críticos y con posibilidades de recuperación. Comprende un ambiente de alta tecnología, cuidados complejos, observación continua y profesionales especializados, de modo que es percibida por los familiares como un local de sufrimiento y de traumas. La familia que vivencia la enfermedad y la hospitalización en una UTI convive con diversos sentimientos, los cuales deben ser

considerados en el contexto del cuidado. El acogimiento se constituye como una parte fundamental de las rutinas, con potencial para minimizar las fragilidades impostas por esos ambientes. Así, cabe a los profesionales de enfermería aliar a los conocimientos técnicos la humanización y la integralidad del cuidado, considerando cada paciente asistido en su singularidad. Objetivo: describir la vivencia de una académica de enfermería en lo que se refiere al acogimiento prestado a familiares de pacientes internados en una UTI. Metodología: estudio del tipo relato de experiencia desarrollado por una académica del Curso de Graduación en Enfermería que desarrolló 60 horas de actividades extracurriculares por el PROFCEN, en julio de 2016 y, por medio de una beca asistencial, dio continuidad a las prácticas asistenciales hasta el presente momento. Resultados: a partir de las vivencias de la académica, se puede percibir que el acogimiento de enfermería a la familia en UTI es desarrollado en varios momentos de la internación. Empieza cuando el paciente es admitido en la Unidad, se repite durante el horario destinado a las visitas y, también, en ocasiones decurrentes de la flexibilidad en las visitas delante de las condiciones del paciente asistido. Conclusión: la praxis de la enfermería en la UTI está presente en cuestiones que envuelven el cuidado no solo a los pacientes internados, sino a su familia. De esa forma, se concluye que el atendimento al paciente debe considerar el acogimiento de las personas más próximas al su contexto relacional, es decir, su familia, con vistas a promover la integralidad y la humanización del cuidado.

Descriptores: Enfermería; Cuidados críticos; Familia; Acogimiento.

Introdução

O cuidado de enfermagem em âmbito hospitalar compreende, além de atividades técnicas, ações de gerenciamento. Em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), especificamente, o cenário compreende pacientes em estado grave que necessitam de cuidados imediatos, exigindo profissionais especializados e atentos¹. As UTIs surgiram da necessidade de atendimento a pacientes críticos, porém com possibilidade de recuperação. É um ambiente que se caracteriza pela necessidade de observação contínua tanto dos profissionais de enfermagem quanto de médicos especializados, sendo considerado um ambiente hostil e traumatizante, suscitando apreensão e temor à família que vivencia a situação de adoecimento e hospitalização nessa unidade².

A vivência da internação de um familiar em uma UTI é um fator estressante, gerador de desorganização e sentimento de desamparo, exigindo da família capacidade de conviver com uma variedade de sentimentos e elaborar estratégias para enfrentamento do adoecimento³. Evidencia-se, nesse contexto, o conflito de sentimentos vivenciados pelos familiares ante a vulnerabilidade e a fragilidade do doente na UTI, que se soma à possibilidade de morte⁴. A escassa comunicação dos profissionais que atuam nessas unidades com os familiares contribui para potencializar as dificuldades diante situação a que estão expostos, visto que essa realidade é incomum, causadora de insegurança e medo.

Destaca-se que, no contexto do cuidado, não basta mais atender uma pessoa com a ciência de que ela pertence a uma família, mas também se faz necessário assistir a própria família, que deve ser agente de cuidado de seus membros e, também, ser objeto de cuidado/trabalho da enfermagem⁵. Nesse sentido, observa-se a importância de profissionais que, além de habilidades técnicas, possuam um olhar inclusivo em relação aos familiares, no sentido de compreendê-los enquanto seres biopsicossociais que se encontram fragilizados e ansiosos com a situação da internação¹. Cabe ao enfermeiro intensivista aliar os conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação à

humanização e individualização, com o intuito de prestar uma assistência adequada ao paciente e sua família¹.

Tanto no cuidado ao paciente, no atendimento à família ou nas relações com os demais membros da equipe de trabalho, a comunicação é considerada um instrumento básico fundamental⁶. Comunicar-se compreende o alicerce básico do trabalho de enfermagem. A comunicação, em suas variadas formas, tem significância humanizadora e, para isso, necessita que os profissionais estejam envolvidos e dispostos a compreender o paciente como sujeito de cuidado e não passivo a ele⁷.

Para que isso ocorra, é necessário que os profissionais estejam atualizados em relação às evidências que respaldam sua prática e que compartilhem tais informações, sendo fundamental o papel que o enfermeiro exerce no planejamento e formulação de objetivos no cuidado ao paciente crítico⁸. Por meio da comunicação o profissional de enfermagem pode acolher e incluir a família no cuidado, de modo a integrá-la no processo de internação. Nesse contexto, compreende-se por acolhimento uma expressão de aproximação e inclusão de outra pessoa no cuidado, por meio do reconhecimento e envolvimento deste no dia a dia, com foco nas relações interpessoais⁹.

O acolhimento envolve o acesso, escuta, diálogo, apoio e vínculo. O acesso caracteriza-se pela recepção do usuário e seus familiares na unidade, de forma a considerar e avaliar suas necessidades biopsicossociais. A escuta envolve as dúvidas, anseios e medos diante do adoecimento, da internação e do futuro, ainda incerto. É uma etapa em que se estabelecem as relações de confiança entre profissionais e familiares. O diálogo compreende informar a família acerca do que está acontecendo e, da mesma forma, ouvir o que ela tem a dizer no momento, sendo essencial que se utilize vocabulário de fácil entendimento para que não fiquem dúvidas. Além disso, encontra-se como outras etapas do acolhimento o apoio e conforto ao paciente e a família. E, por fim, o vínculo, que resulta de estar aberto ao outro, ser flexível, quando houver necessidade, e integrar a família como núcleo no processo de cuidado do familiar internado na UTI.

Para os profissionais, a motivação e o interesse em trabalhar em uma UTI prendem-se, muitas vezes, ao fato de ser esta considerada um ambiente com alta tecnologia, que necessita de conhecimentos diferenciados e qualificados e que confere status ao profissional. Contudo, o profissional tem a competência de colocar em prática todo o aprendizado adquirido durante o período acadêmico e formação profissional¹⁰. Percebe-se que o excesso de trabalho e a falta de tempo compreendem as principais justificativas elencadas pelos enfermeiros quando questionados a respeito da não comunicação com os familiares, o que se revela como uma grande dificuldade no contexto do cuidado¹⁰.

De modo geral, observa-se que os enfermeiros compreendem a importância do acolhimento, do diálogo e da orientação aos familiares, mas o momento da visita, muitas vezes, destina-se a

realização de tarefas pendentes, de modo que o acolhimento passa a não ser considerado atividade prioritária em relação as demais demandas de atividades técnicas e organizacionais. Assim, este trabalho tem como objetivo descrever a vivência de uma acadêmica de enfermagem em relação ao acolhimento prestado aos familiares de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência em âmbito hospitalar, de cunho descritivo, desenvolvido por acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). O cenário de realização das atividades práticas compreendeu a Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado na cidade de Santa Maria/RS, Brasil. Essas vivências práticas são oportunizadas aos acadêmicos por meio do Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFCEN), um programa de extensão, que visa fomentar a formação integral, permitindo ao acadêmico desenvolver habilidades e técnicas nos cenários de cuidado. Sua realização pode ser feita durante as férias universitárias com carga horária total máxima de 120 horas. Essas atividades contam com a supervisão direta de um profissional enfermeiro do setor e indireta de um professor do Departamento de Enfermagem.

No período de julho a agosto de 2016 cumpriu-se 60 horas de atividades extra curriculares pelo PROFCEN, de segundas a sextas-feiras, com carga horária de quatro horas diárias. Após, a acadêmica retornou a Unidade na condição de bolsista assistencial, modalidade esta também disponibilizada aos acadêmicos de enfermagem com objetivo de fortalecer a inserção no cotidiano da profissão e aprimorar conhecimentos. As atividades iniciaram em setembro de 2016, com carga horária de 84 horas mensais, e vem se realizando até o presente momento. Dentre as atividades desenvolvidas estão aquelas de cunho assistencial, voltadas a procedimentos técnicos, tais como passagem de sondas enterais e vesicais, banhos de leitos, realização de curativos, aspiração de tubos e traqueostomias e administração de medicamentos, bem como avaliações referentes ao exame físico e neurológico de todos os pacientes assistidos. Com base nestas avaliações, realiza-se a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Além disso, realizou-se o acolhimento aos familiares no momento da internação e no período destinado às visitas.

Desenvolver atividades na UTI objetivaram aperfeiçoar os conhecimentos adquiridos até então nas disciplinas curriculares cursadas, mas, também, buscar novas experiências e respostas as dúvidas no que tange ao cuidado do paciente crítico, principalmente quanto ao gerenciamento de enfermagem e funcionamento da unidade. Assim, a permanência na UTI favoreceu a criação de vínculos não apenas com os pacientes e profissionais, mas também com familiares e visitantes com

os quais interagiam no momento das visitas, em situações que se repetiam ao longo da internação e permitiam aproximação ao modo como estavam vivenciando a situação.

Resultados e discussão

O contexto de uma UTI por si só compreende um ambiente complexo, já que são vários os equipamentos necessários à assistência, por ser uma unidade fechada e apresentar rotina intensa de trabalho. Esse ritmo acelerado demanda aos profissionais a realização cuidados complexos em tempos mínimos resultando, muitas vezes, em sobrecarga de trabalho. Essa dinâmica pode interferir no modo como se relacionam com os familiares. Os horários para a visita aos pacientes assistidos são determinados nos regulamentos do hospital, totalizando três visitas diárias, nos turnos da manhã, tarde e noite, com duração de trinta minutos, sendo permitida a entrada de somente uma pessoa por vez. Essa realidade contribui para inserção dos familiares em uma zona de fragilidade, pelo fato de não haver acompanhamento contínuo nesse momento, gerando assim um contato rápido dos internados com seus familiares, amigos e demais visitantes.

Corroborando com isso, a internação do familiar em uma UTI causa uma brusca ruptura na rotina e no ambiente familiar¹¹. Também, a rotina institucionalizada nas UTIs afasta os enfermeiros e demais membros da equipe de enfermagem dos familiares, visto que a atenção e o cuidado ainda permanecem centrados no aparato tecnológico e na clínica dos pacientes, havendo uma superficialidade de interação¹². Nota-se que a utilização de alta complexidade, tecnologia de ponta e grande quantidade de equipamentos e procedimentos invasivos fazem com que grande parte dos familiares expressem sentimentos como medo e receio de conversar, tocar e chegar próximo ao leito onde o familiar doente se encontra.

Partindo disso, a UTI é vista constantemente pelos familiares como um “local para morrer”¹¹. Nesse sentido, diante da vivência da acadêmica na UTI, pode-se observar que maioria dos familiares fica retraída diante daquilo que veem, expressando sentimentos de insegurança e medo, assustando-se quando algum dos equipamentos dispara o alarme sonoro. Dessa forma, percebe-se que o momento da visita, muitas vezes, não gera a interação entre paciente e familiar. Tal característica não é diferente com a equipe, uma vez que se percebe pouco diálogo dos familiares com a equipe, sendo que não conversam sobre suas dúvidas e anseios, tornando-se ainda mais inseguros e desamparados.

Como muitos pacientes encontram-se sedados, sem resposta a estímulos verbais, conectados a vários fios, tubos e sondas, os familiares tem receio de adotar atitudes inadequadas quanto ao toque e ao diálogo. Para aqueles pacientes que se encontram com condições de verbalizar, o momento da visita compreende o período destinado a comunicação, fortalecimento do vínculo,

manifestação de dúvidas em relação a doença e outras preocupações. Aliar a tecnologia aos valores humanitários tem se constituído atualmente como um grande desafio, uma vez que nesses espaços os profissionais permanecem muito ligados aos recursos tecnológicos, essenciais para a manutenção da vida¹², mas que podem limitar o contato com a humanidade do ser humano. Tais condições podem ser propiciadas por meio do acolhimento, da escuta qualificada, da interação e do diálogo, aspectos essenciais ao trabalho dos profissionais da saúde, em especial do enfermeiro.

Várias dificuldades podem ser superadas quando os profissionais envolvem o paciente e a família no cuidado, sendo que as experiências de acolhimento ocorridas com o passar do tempo mostraram-se gratificantes, uma vez que as famílias manifestam confiança diante do profissional, que passa a ser referência dentro do ambiente em que atua¹³. Contudo, verifica-se que muitos profissionais não atendem os familiares de uma forma adequada principalmente pelo temor em fornecer informações imprecisas diante de um paciente com quadro clínico instável, deixando essa tarefa para o profissional médico⁶. Assim, para evitar qualquer tipo de interpelação, afastam-se.

Nesse sentido, cabe ao enfermeiro, como membro de liderança da equipe de saúde, desenvolver estratégias para exercer e reorganizar o cuidado de forma ampla e complexa, estendendo-o também aos familiares. A partir disso será possível identificar as fragilidades, dúvidas e incertezas dos mesmos em relação a situação de adoecimento e a hospitalização em terapia intensiva, desmistificando a ideologia de um ambiente atrelado a morte⁴.

Na vivência da acadêmica foi possível constatar que o acolhimento de enfermagem à família ocorre em diversos momentos não se restringindo apenas ao período destinado à visita. O acolhimento inicia-se no momento em que o paciente é admitido na UTI e decorre da necessidade de orientações gerais que são oferecidas quanto ao leito em que vai permanecer, as rotinas da unidade, a necessidade de cuidados intensivos e vigilância constante, a utilização de equipamentos e monitorização contínua e a impossibilidade da permanência de familiares acompanhantes por ser uma unidade restrita, sendo permitido somente visitas em horários estabelecidos. Orienta-se quanto aos telefones disponíveis 24 horas para informações, o que se constitui em um meio para o familiar acompanhar a evolução e as alterações no quadro clínico de seu ente querido.

Além disso, a acadêmica pode perceber que o acolhimento não acontece somente por meio da recepção e diálogo com os familiares, mas também se evidencia na flexibilidade de horários e no número de visitantes, principalmente quando o estado de saúde do paciente é muito grave. Tais ações fazem com que os familiares sintam-se amparados e compreendidos pelos profissionais, por demonstrarem respeito aos vínculos afetivos¹³ e aos seus sentimentos.

Diante do exposto, promover reflexões sobre os processos que envolvem o cuidado de enfermagem à família no ambiente de UTI devem ser recorrentes, como estratégia para gerar

direcionamento das ações dos profissionais, em especial, os enfermeiros, a fim de sensibilizar para a inclusão da atenção às famílias como uma atividade do cotidiano. Essa perspectiva de acolhimento possibilita a compreensão acerca dos sentimentos e das necessidades das famílias e favorece um cuidar individualizado e humanizado¹⁴. Acolher a família que possui um de seus membros em cuidados intensivos deve se constituir como uma prática constante, de modo que a enfermagem dê significado a sua importância e incentive a humanização por meio do diálogo e interação¹².

As atividades práticas possibilitaram uma aproximação às famílias diante do contexto do adoecimento e do cuidado, de maneira a favorecer o contato entre pacientes e familiares, estimulando a manifestação de dúvidas e desmistificando a ideia de UTI como um ambiente somente de morte e sofrimento. Promover o acolhimento de enfermagem às famílias revela profissionais receptivos, disponíveis a perguntas e esclarecimentos, transmitindo a ideia de respeito e disponibilidade para ajudar, o que confere segurança e confiança ao familiar na relação com o profissional.

Com base nesse pressuposto e com o intuito de melhorar a assistência de enfermagem, a acadêmica buscou empreender estratégias que pudessem ampliar a interação entre o paciente e familiar, de maneira a promover conforto e amparo, além da compreensão acerca do contexto em que estão inseridos, como forma de desenvolver um cuidado integral e humanizado. Nesse sentido, o acolhimento à família na UTI relaciona-se com o recepcionar e orientar, mas amplia-se ao período de internação, ao modo de acolher, a escutar, identificar suas necessidades e promover/propor intervenções resolutivas, com a noção de continuidade do cuidado de enfermagem¹⁵.

Considerações finais

A partir da realização deste estudo, que teve como objetivo descrever a experiência de acadêmica de enfermagem em relação ao acolhimento aos familiares em uma UTI, é possível concluir que o cuidado de enfermagem permeia questões que envolvem não apenas os pacientes internados, mas também aos seus familiares, uma vez que se tratam de pessoas com medos e anseios em relação a um futuro incerto.

Percebe-se que o acolhimento por parte da enfermagem à família pode ocorrer em vários contextos, desde o momento em que o paciente é admitido na unidade, durante as ligações telefônicas que são realizadas e no período destinado a visitas. Para que isso ocorra, faz-se necessário a compreensão do enfermeiro acerca do paciente na sua integralidade e não apenas da doença, de forma a estimular a relação interpessoal no ambiente em que há o predomínio do aparato tecnológico e visão mecanicista. Exige, também, disponibilidade para desmistificar a ideia de UTI

como ambiente de morte e sofrimento, uma vez que compreende um espaço com profissionais capacitados e que buscam a melhora clínica dos pacientes assistidos.

Nesse contexto, a comunicação da equipe de enfermagem com os pacientes e familiares constitui um ferramenta fundamental para as relações de cuidado, tendo em vista que a prática de ouvir remete a habilidade dos profissionais de serem empáticos, respeitosos e receptivos as angústias, dúvidas e medos presentes no contexto do cuidado. Os profissionais devem ser capazes de compreender os sofrimentos dos familiares diante do processo de adoecimento e elaborar estratégias para ajudar diante de tal aflição, promovendo conforto e elucidando anseios, principalmente quando este não é capaz de verbalizar. Isso só é possível quando o enfermeiro organiza seu ambiente de atuação, de forma a considerar o paciente na sua singularidade.

Diante do exposto, destaca-se a importância do Programa de Formação Complementar do Curso de enfermagem, visto que ofertar vivências acadêmicas com supervisão direta de um profissional do serviço e indireta de um professor fomenta a formação integral de futuros enfermeiros além de promover competências e desenvolver habilidades técnicas, científicas, éticas, políticas, sociais e educativas, por meio da troca de experiências entre ensino e serviços de saúde. Visão holística, empatia e interação com a equipe multiprofissional de saúde são componentes essenciais para o acadêmico compreender a complexidade e a responsabilidade que está incumbido na prestação do cuidado. Ademais, a possibilidade de vivências acadêmicas por meio das bolsas assistenciais do HUSM reforça e consolida os propósitos da formação de enfermeiros qualificados e competentes.

Assim, destaca-se a importância da realização de relatos de experiência, com o intuito estimular a reflexão crítica e fundamentada em relação às experiências da formação, o que também contribui para o desenvolvimento da maturidade do estudante e para formar enfermeiros imbricados com a realidade. Busca-se com esse estudo suscitar reflexões sobre o trabalho de enfermagem com as famílias na UTI e estimular uma prática que efetive o acolhimento de enfermagem a família, propondo o atendimento ao paciente e sua família, para que dessa forma possa consolidar a integralidade e humanização no cuidado.

Concluindo, a acadêmica de enfermagem salienta que a experiência de vivenciar o cotidiano de UTI, mostrou-se desafiadora e ao mesmo tempo, prazerosa tendo em vista que, além de reforçar conhecimentos relacionados a pacientes críticos, promoveu vínculos com a equipe multiprofissional, pacientes e familiares. Sendo assim, a vivência prática confirma a escolha profissional e fortalece a intensão de tornar-se uma enfermeira intensivista.

Eixo Temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Santos FC, Camelo SH. O enfermeiro que atua em Unidade de Terapia Intensiva: perfil e capacitação profissional. Rev. Teoria e Método. 2015; (43).
2. Proença MO, Dell Agnolo CM. Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. Rev. Gaúcha Enferm. 2011; 32(2).
3. Félix TA, Ferreira FV, Oliveira EM, Eloisa SC, Gomes BV, Eloia SMC. Prática de Humanização na visita em unidade de terapia intensiva. Revista Enfermagem Contemporânea. 2014; Dez;3(2):143-153.
4. Spohr VM, Freitas HMB, Ilha S, Nicola GD, Zamberlan C, Gehlen MH. Sentimentos despertados em familiares de pessoas internadas em Unidade de Terapia Intensiva. Cogitare Enferm. 2013;18(4):736-742.
5. Marcon SS, Elsen I. A enfermagem com um novo olhar... a necessidade de enxergar a família. Fam. Saúde Desenv. 1999; Curitiba, Jan./Dez; 1(1/2):21-26.
6. Leite NC, Vasconcelos JMB, Fontes WD de. A. comunicação no processo de humanização da assistência em Unidade de Terapia Intensiva: vivência de familiares e cuidadores. Rev. enferm. UFPE. 2010;4(4).
7. Broca PV, Ferreira MA. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. Rev Bras Enferm. Brasília. 2012;jan-fev;65(1):97-103.
8. Urden LD, Stacy KM, Lough ME. Cuidados Intensivos de Enfermagem. Rio de Janeiro. 2013: 656p.
9. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção da saúde. 2. Ed. Brasília – DF, 2010.
10. Saiote E, Mendes F. A partilha de informação com os familiares em unidade de tratamento intensivo: importância atribuída por enfermeiros. Cogitare Enferm. 2011;Abr/Jun;16(2):219-25.
11. Filho JM, Burd M. Doença e família. São Paulo: Casa do Psicólogo, capítulo 15; 2004:251–257.
12. Passos SSS, Silva, JO, Santana VS, Santos VMN, Pereira A, Santos LM. O acolhimento no cuidado a família numa unidade de terapia intensiva. Rev enferm UERJ. 2015; mai/jun;23(3):368-74.
13. Maestri E, Nascimento ERP, Bertencello KCG, Martins JJ. Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(1):75-81.
14. Lima MS, Monteiro LD, Nogueira LSS, Melo FRM. Cuidado de enfermagem á família de pacientes internados em terapia intensiva: revisão integrativa. Rev enferm UFPE, Recife. 2015; maio;9(5):7957-66.
15. Oliveira CN, Nunes EDCA. Cuidando da família na UTI: desafio de enfermeiros na práxis interpessoal do acolhimento. Texto contexto-enferm. 2014;23:954–63.

8. ACOLHIMENTO E ACESSO DA MULHER GESTANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

WELCOMING AND ACCESS OF PREGNANT WOMEN IN PRIMARY CARE

RECEPCIÓN Y INGRESO DE MUJER EMBARAZADA EN ATENCION PRIMARIA

GOMES, Bruna C. Furtado¹

Weiller, Teresinha Heck²

CARVALHO, Jordana Lopes³

Resumo

A Unidade de Atenção Primária em Saúde, deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. O município de Uruguaiana (RS), possui Índice de mortalidade infantil 15.17%, e dentre os nós críticos na assistência Pré Natal (PN) destacam-se o alto índice de natalidade em contraste com a baixa adesão ao PN. Sendo assim buscou-se estratégias de facilitar o acesso da gestante nos serviços de saúde e motivar a continuidade do cuidado. Metodologia: Trata-se de um relato da construção de um Grupo de Gestante em uma Estratégia de Saúde da Família. Resultados: (1) Promoção de vínculo; (2) Exteriorização de sentimentos; (3) Troca de experiências em relação às vivências do período gestacional. Considerações Finais: Sugere-se que a assistência ao PN seja planejada junto com a mulher, comprometendo-a com seu autocuidado. As consultas bem como as atividades de grupo devem ser planejadas sempre que possível, de acordo com o melhor turno e disponibilidade da mulher a fim de evitar evasão e garantir o acompanhamento contínuo.

Descritores: Atenção Primária em Saúde, Assistência Pré natal, Integralidade

Abstract

The Primary Health Care Unit should be the pregnant woman's preferred entry point into the health system. The municipality of Uruguaiana (RS) has a child mortality rate of 15.17%, and among the critical nodes in the prenatal care (PN), the high birth rate stands out in contrast to the low adherence to PN. Thus, we sought strategies to facilitate the access of pregnant women to health services and motivate the continuity of care. Methodology: This is an account of the construction of a Pregnant Group in a Family Health Strategy. Final Considerations: It is suggested that PN care be planned together with the woman, committing her to self-care. Consultations as well as group activities should be planned whenever possible, in accordance with the best shift and availability of women to avoid circumvention and ensure continuous follow-up.

Descriptors: Primary Health Care; Prenatal Care; Integrality in Health

Resumen

A Unidad de Atención Primaria en Salud, debe ser un porta de entrada preferencial de gestante no sistema de salud. El ayuntamiento de Uruguaiana (RS), tiene el índice de mortalidad infantil 15: 17%, y entre los nodos críticos en la atención prenatal (PN) incluyen la alta tasa de nacimiento en contraste con la baja adherencia a PN. Así que tratamos de estrategias para facilitar el acceso de las mujeres embarazadas en los servicios de salud y fomentar la continuidad de la atención. Metodología: Se trata de una cuenta de la construcción de un grupo de embarazadas en una Estrategia de Salud Familiar. Resultados: (1) la promoción enlace; (2) La externalización de los sentimientos; (3) intercambiar experiencias en relación con las experiencias de embarazo. Consideraciones finales: Se sugiere que la asistencia a la PN se planea junto con la mujer, comprometiéndose con el cuidado personal. Consultas y actividades de grupo deben planificarse siempre que sea posible, de acuerdo con la mejor turnos y la disponibilidad de las mujeres con el fin de evitar la evasión y el monitor continuo.

Descriptores: Atención primaria de salud, Atención Prenatal; Intergralidad em salud

Introdução

A Atenção Primária em Saúde (APS) define-se por: um conjunto de valores; direito ao mais alto nível de saúde; solidariedade e equidade; um conjunto de princípios e responsabilidade governamental; sustentabilidade; intersetorialidade; e participação social; deve constituir-se como base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população. A atenção primária para ser efetiva teve apresentar 4 (quatro) atributos essenciais: Acesso de primeiro contato, longitudinalidade, Integralidade, e coordenação da Atenção e ainda 3 (três) atributos derivados: Atenção a saúde centrada na família, orientação comunitária, e competência cultural, estes atributos estão inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva dos serviços de APS.¹

A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez.²

O município de Uruguaiana situado na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, com uma população 129.000 habitantes possui Índice de mortalidade infantil 15.17%. Dentre os nós críticos na assistência pré natal encontramos nessa região o alto índice de natalidade em contraste com a baixa adesão da gestante ao pré natal. O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas

A atividade de organizar as ações de saúde na Atenção Básica, orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, impõe a utilização de tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho das equipes das UBS com os profissionais dos demais serviços de saúde, para que possam contribuir com a solução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária. No contexto atual, frente aos desafios citados, a equipe de saúde da família motivou-se a buscar estratégias de facilitar o acesso da gestante nos serviços de saúde e também de garantir e motivar a continuidade do cuidado.

Metodologia

Este relato de experiência aborda a construção de um Grupo de Gestante em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Uruguaiana (RS). O grupo de gestante foi idealizado com o objetivo de promover o atendimento integral das mulheres grávidas pertencentes ao território

da ESF, motivado pela notória dificuldade de adesão das mulheres frente às atividades de educação em saúde propostas pela equipe.

As atividades do Grupo são organizadas por temas, onde cada profissional da equipe multiprofissional fica responsável por abordar uma temática referente ao pré natal e/ou crescimento, desenvolvimento e cuidados da criança nos primeiros anos de vida. As gestantes foram consultadas quanto ao melhor horário para a realização do grupo de gestantes, sendo destacado pelo grupo que o melhor turno seria o período da tarde, entre 15 e 17 horas, o qual não teria interferência com as atividades do lar, e com o horário de acompanhar os filhos na escola, a frequência dos encontros manteve-se quinzenalmente.

Cada gestante que participa das atividades educativas recebe em seu cartão de acompanhamento um carimbo e rubrica do profissional que faz seu acompanhamento. Ao final de 6 (seis) encontros consecutivos a gestante ganha um kit de maternidade contendo bolsa, roupas para o Recém Nascido (RN), fraldas, materiais de higiene para mamãe e bebê. A equipe de saúde arrecadou junto a prefeitura e demais patrocinadores a doação de materiais para compor o kit maternidade. Um grupo de artesã do bairro confeccionou roupas de lã, sapatinhos e Manta.

No ano de 2016 das 124 (cento e vinte e quatro) gestantes cadastradas no período de fevereiro a Dezembro, 65 (sessenta e cinco) gestantes participaram das atividades de educação em saúde promovidas pela equipe, 42 (Quarenta e duas) participaram de todos os 6 (seis) encontros interruptamente, 18 (dezoito) mulheres eram primigesta, e 3 (Três) gestantes contaram com a participação do parceiro aleatoriamente durante as atividades educativas.

Resultados e discussão

O acolhimento é considerado como postura prática nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde³. Nessa perspectiva a participação da gestante nas atividades do grupo promoveu o vínculo entre as gestantes e profissionais da equipe de Saúde da Família, como dispositivo de acolhimento da gestante na atenção básica e promovendo a integralidade do cuidado desde a recepção da usuária nas primeiras consultas de rotina da gestação, garantindo o acompanhamento as vulnerabilidades instituídas a partir do contexto social.

Do universo de 124 gestantes, 42 mulheres grávidas participaram dos 6 encontros consecutivos, completando o ciclo de atividades educativas propostas pela equipe de Saúde da Família. As mulheres gestantes as quais participaram das atividades de educação em saúde estreitaram o vínculo entre si e entre os profissionais de saúde possibilitando a exteriorização de sentimentos e a troca de experiências sobretudo em relação as vivências do período gestacional. O profissional de saúde por sua vez deve dar espaço para que a gestante expresse suas preocupações e suas angústias, garantindo a atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e, quando necessário, possibilitando a criação de vínculo da gestante com a equipe de saúde. Ao contar suas experiências, as gestantes também recebem orientações sobre o seu modo de cuidar de si e do bebê e torna a assistência pré natal um momento para impar para promover discussões de auto cuidado, planejamento familiar entre outros temas.

Contando suas histórias, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda. Assim, a assistência pré natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, aparecendo de forma individualizada, até mesmo para quem já teve outros filhos. Temas que são tabus, como a sexualidade, poderão suscitar dúvidas ou a necessidade de esclarecimentos. Sabe-se que uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, de forma que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o seu conhecimento sobre si mesma, contribuindo para que tanto o parto quanto o nascimento sejam tranquilos e saudáveis².

O espaço dos grupos de educação em saúde dentro da assistência pré natal, é sem dúvida um dos momentos únicos na vida da mulher onde podemos utilizar-se da sensibilidade e abordar assuntos como auto-estima, planejamento familiar, e auto cuidado promovendo o empoderamento da mulher.

Durante o desenvolvimento dos grupo de educação em saúde, 3 gestantes fizeram-se acompanhar de seus parceiros. Embora tímida, a participação dos parceiros, é fundamental tanto para o bebê quanto pra a gestante e para o próprio homem, o qual estará criando mais afeto, vínculo e responsabilidade diante da família. Desta forma é possível romper e transformar, na prática, construções sociais de gênero que, por um lado, direcionam todas as responsabilidades relacionadas à reprodução e aos cuidados das crianças as mulheres e, por outro afastam os homens dos compromissos e dos prazeres que circundam a gestação⁴. Sendo assim o envolvimento do homem em todas as etapas do planejamento reprodutivo e da gestação deve ser incentivado pela equipe de saúde.

Em relação à frequência das gestantes nas atividades que perpassam as consultas do pré-natal, pode-se observar que a adesão ainda é baixa, e dentre os principais motivos podemos

destacar: a dificuldade de conciliar os horários das atividades com os horários dos afazeres domésticos, a existência de outras crianças pequenas que precisam de atenção, e a falta de interesse da gestante nas ações propostas. Nesta perspectiva a iniciativa da equipe em promover o controle da frequência das gestantes através do carimbo no cartão de acompanhamento pré natal e no final de seis (6) encontros a mulher que obteve frequência em sua totalidade recebe a doação de um kit maternidade serviu de incentivo para garantir a adesão da gestante no grupo.

Considerações Finais

A mulher gestante precisa ser acolhida de forma integral pelos profissionais de saúde para se sentir fortalecida e construir conhecimento relativos à sua condição, o que contribui para uma vivência saudável da gestação. A gestação é um momento de construção de vínculo entre mãe e bebê que será fundamental para o desenvolvimento da criança.

Diante da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção primária nos municípios, a qualificação dos profissionais de saúde ainda é um desafio, sobretudo no que diz respeito a capacidade dos profissionais planejar ações em saúde que garantam o acesso, cuidado integral, e longitudinalidade da atenção em saúde, em especial das mulheres gestantes. Sugere-se que a assistência ao Pré Natal seja planejada junto com a mulher logo nas primeiras consultas, reforçando sobretudo a importância do acompanhamento das consultas de rotina, realizações de exames, e incentivando a troca de experiência com a participação nos grupos de gestante, comprometendo a mulher com seu autocuidado. As consultas bem como as atividades de grupo devem ser planejadas sempre que possível, de acordo com o melhor turno e disponibilidade da mulher a fim de evitar evasão e garantir o acompanhamento contínuo

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the adult Primary Care Assessment tool. The journal of family practice, United States, 2001.v. 50, n.2, p.161-175,
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

3. BRASIL. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 2) ISBN 1.
4. HERRMANN, ANGELITA. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde,



9. ADESÃO A TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA EM PACIENTES EGRESSOS DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA

ADHESION TO MEDICINAL THERAPEUTICS IN PATIENTS PSYCHIATRIC INTERVENTION

MIEMBRO DE GRADUADOS MEDICAMENTO DE TERAPIA HOSPITAL PSQUIÁTRICO PACIENTES

CORDEIRO, Ivania da Silva¹; GOES, Nubia Cristina²; ROCHA, Adriane Moreira³; MARION, Rosângela da Silva⁴; BECK, Carmem Lúcia Colomé⁵.

Resumo: Introdução: O propósito de conhecer as produções científicas sobre esta temática permitiu compreender a existência de vários fatores que permeiam esse processo. **Objetivo:** Conhecer as publicações científicas acerca da adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes psiquiátricos egressos de internação psiquiátrica. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica de literatura realizada de maio a junho de 2015, por meio de levantamento na base de dados Literatura Latino Americana e do Caribe e em Ciências da Saúde (LILACS). **Resultados:** Evidenciou-se que a não adesão à terapêutica medicamentosa se dá pelo esquecimento de tomar a medicação, pelos efeitos colaterais e pelo despreparo tanto do paciente e seu familiar quanto dos profissionais da saúde. **Considerações finais:** Existem estratégias que podem ser utilizadas para obtenção de sucesso na adesão medicamentosa como: a acolhida, o trabalho em redes, as visitas domiciliares e a formação de grupos de apoio.

Descritores: Enfermagem; Psiquiatria; Adesão à Medicação; Saúde Mental.

Abstract: Introduction: The purpose of knowing the scientific productions on this subject allowed to understand the existence of several factors that permeate this process, and how the non adherence to the prescribed treatment puts at risk the integrity of these patients. **Objective:** To know the scientific publications about the adherence to the drug treatment by psychiatric patients who are expelled from psychiatric hospitalization. **Methodology:** This is a bibliographical review of the literature carried out from May to June 2015, by means of a survey in the Latin American and Caribbean Literature and Health Sciences database (LILACS) with the following simple form search strategy: Nursing, Mental Health, Medication Compliance. **Results:** We had as result 7 articles, which fit the inclusion criteria, that is: they were about the desired theme, were available online in full, were free and were in the Portuguese language, after the interpretation and analysis, it was evidenced that Non adherence to drug therapy is due to the forgetfulness of taking the medication, the side effects and the unpreparedness of both the patient and his relative as well as health professionals. **Final considerations:** We can say that there are strategies that can be used to achieve success in drug adherence by patients such as: welcoming, working in networks, home visits, matriciamento and formation of support groups, but we emphasize the need Training of health professionals to increase health promotion.

Descriptors: Nursing; Psychiatry; Adhesion to Medication; Mental health.

Resumen: Introducción: El propósito de conocer la producción científica sobre este tema nos permite entender que hay varios factores que subyacen a este proceso, y cómo la falta de adherencia al tratamiento prescrito pone en peligro la integridad de estos pacientes. **Objetivo:** publicaciones científicas concernientes a la adherencia a la terapia para los pacientes psiquiátricos dados de alta de hospitalización psiquiátrica. **Metodología:** Se trata de una revisión de la literatura literatura de mayo a junio de 2015, por el

¹ Enfermeira, integrante do grupo de pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e enfermagem. ivamscs@hotmail.com

² Enfermeira mestranda em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENf) da UFSM. Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Acadêmica do 5º semestre de enfermagem, FISMA. Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Rio Grande do Sul, Brasil.

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Rio Grande do Sul, Brasil.

levantamiento de la base de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe y de Ciencias de la Salud (LILACS), utilizando la siguiente estrategia de búsqueda en forma sencilla : Enfermería, Salud Mental, adherencia a la medicación. **Resultados:** Hemos tenido como resultado 07 artículos, que están incrustados en los criterios de inclusión, es decir, estaban a punto el tema deseado, estaban disponibles en línea en su totalidad, eran libres y estaban en portugués, después de la interpretación y el análisis, se hizo evidente que la falta de adherencia al tratamiento farmacológico es a través de olvidarse de tomar la medicación, los efectos secundarios y la falta de preparación tanto para el paciente y su familia como profesionales de la salud. **Consideraciones finales:** se puede decir que hay estrategias que pueden utilizarse para obtener éxito en el cumplimiento de la medicación por los pacientes, tales como la recepción, el trabajo en red, visitas a domicilio, la matricial y la formación de grupos de apoyo, sin embargo, poner de relieve la necesidad educación de los profesionales de la salud para una mayor promoción de la salud continua.

Descriptores: enfermería; psiquiatría; Adherencia a la medicación; Salud mental.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem

Introdução

As práticas de saúde mental vêm sendo redemocratizadas a partir de dois paradigmas: um asilar, alvo de críticas e superações, e outro de atenção psicossocial que objetiva a inserção do paciente na sociedade (MARTINS et al., 2011). Em concomitância com as novas condutas e iniciativas que descaracterizaram o obsoleto modelo asilar hospitalocêntrico, destinado aos doentes mentais a ciência da saúde viu-se emergir a *Revolução Farmacológica*, ocorrida na década de 70 (CARDOSO; GALERA, 2006).

Dessa forma, houve a introdução de fármacos psicotrópicos, da classe dos neurolépticos, no tratamento de patologias psiquiátricas. O que viabilizou o empoderamento e a autonomia ao tratamento multimedicamentoso dos pacientes psiquiátricos em domicílio (CARDOSO; GALERA 2006). Entretanto, para o sucesso deste tratamento se faz imprescindível à sua correta adesão, principalmente quando o paciente estiver dando sequência a este no seu domicílio.

Ressalta-se, assim, a importância do profissional de saúde, especialmente a enfermagem, de empoderar os usuários que farão uso de medicamentos psicotrópicos em domicílio sobre a correta utilização destes. Já que, muitas vezes, o usuário por não compreender a complexidade do tratamento e obter uma melhora dos sintomas, o suspende acreditando estar curado (CARDOSO; GALERA, 2009). O uso irregular das medicações, segundo Mendes et al. (2005), é uma das maiores causas de agravo à integridade do tratamento, uma vez que acarreta um maior risco de recaídas e reinternações.

Neste sentido, diversos profissionais de saúde, pesquisadores e clínicos procuram desvelar sobre os fatores que influenciam este comportamento, já que tal atitude leva, por vezes, à exacerbação de sintomas, à cronificação de doenças e aos altos custos despendidos com tratamentos ineficazes (SILVA et al., 2012).

Cardoso e Galera (2009) referem que “a adesão aos medicamentos é apresentada como um

complexo fenômeno que envolve a decisão do paciente em utilizar e seguir a prescrição medicamentosa”. Na psiquiatria, a adesão é concebida, entre outras coisas, como a possibilidade de que o tratamento psicofarmacológico auxilie no controle de sintomas psíquicos, facilitando o melhor manejo das doenças e minimizando os riscos de recaídas e uma futura internação, quase sempre consecutivas (BECHELLI, 2003). Entre as variáveis que influenciam a adesão medicamentosa no tratamento no domicílio estão: as características da terapia, as peculiaridades dos pacientes, bem como fatores socioeconômicos e a carência ou continuidade a programas de reabilitação especializados (CARDOSO; GALERA, 2009).

Conforme os autores supracitados, a enfermagem tem como uma de suas competências, administrar, supervisionar e auxiliar no uso correto de medicações. Entretanto, ela deve, também, produzir educação em saúde, de forma sistematizada e efetiva, para a obtenção do sucesso do tratamento de pacientes em uso de fármacos psicotrópicos tanto nos hospitais quanto em domicílio (CARDOSO; GALERA, 2009).

Segundo Martins et al., (2013), é preciso saber transmitir o conhecimento com segurança e planejamento, não apenas por meio de técnicas e sim, através da comunicação, do estabelecimento do vínculo. Assim, os riscos de morbidade psiquiátrica e reinternações poderão ser reduzidos, o que proporcionará a continuidade e adesão ao tratamento medicamentoso quando estes pacientes encontram-se restritos a seus domicílios. Dessa forma, o processo de alta hospitalar constitui-se como um instrumento interdisciplinar efetivo no cuidado do paciente em domicílio.

Este processo deve ser realizado por meio da utilização de recursos que garantam a médio e longo prazo, a segurança do tratamento. O que evita outra grande problemática inerente aos usuários de psicotrópicos, os eventos adversos a medicamentos (EAM). Estes eventos adversos podem ser decorrentes de uma ineficiente comunicação durante a internação hospitalar (YONG, 2008).

Neste contexto, o presente estudo justifica-se devido aos índices de que 25% a 50% dos pacientes abandonam o tratamento por alguma razão (BENETTI; CUNHA, 2008). Assim, torna-se relevante conhecer o que tem sido feito para que haja continuidade no tratamento medicamentoso desses pacientes no domicílio, bem como para se evitar a reinternação. Dessa maneira, o presente estudo tem como questão norteadora: Quais as produções científicas acerca da adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes psiquiátricos egressos de internação psiquiátrica?

Para tanto, tem-se como objetivo geral: Conhecer as publicações científicas acerca da adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes psiquiátricos egressos de internação psiquiátrica.

Espera-se contribuir na sistematização do processo de trabalho da equipe multiprofissional, bem como instigar na mesma a importância de tornar efetivo o tratamento medicamentoso de

pacientes psiquiátricos egressos de internação psiquiátrica. Além disso, espera-se minimizar os prejuízos causados ao usuário pelo abandono do tratamento medicamentoso

Metodologia

Trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura realizada de maio a junho de 2015, por meio de levantamento na base de dados Literatura Latino Americana e do Caribe e em Ciências da Saúde (LILACS) com a seguinte estratégia de busca em formulário simples: Enfermagem, Saúde Mental, Adesão à Medicação.

Como critérios de inclusão optou-se por artigos que verssem sobre a temática desejada, disponível *online* na íntegra, gratuito e em português. E como critérios de exclusão foram: teses, manuais, dissertações e estudos repetidos.

A associação destes descritores resultou em 12 produções, destas, 05 foram excluídos por serem produções que não respondiam aos critérios de inclusão, como: 01 ser trabalho final de monografia, 02 artigos por estarem em língua estrangeira, 01 artigo não estava disponível gratuito *online* e 01 por não contemplar a temática proposta. Sendo como resultando 07 artigos, os quais passaram pelo processo de interpretação e análise.

Para a realização da análise dos dados, em um primeiro momento foi realizada a leitura do título dos textos, seguido da leitura dos resumos dos artigos e posteriormente a leitura dos textos na íntegra. Após a leitura individual de cada artigo, estes foram catalogados, fazendo-se uma ordenação, composta pelas variáveis, título, ano, periódico, objetivo e principais resultados. Por fim, realizou-se a inferência e interpretação dos dados por meio de discussão com materiais de referência na área e conclusões sobre o tema estudado.

Resultados e discussão

A partir da análise dos artigos encontrados foi possível evidenciar, neste estudo, quais são os fatores dificultadores da adesão à terapia medicamentosa, bem como as estratégias e ações para o sucesso da adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes psiquiátricos egressos de internação psiquiátrica.

Dessa maneira, os estudos apontam como principais fatores dificultadores à adesão a terapia medicamentosa do paciente egresso de internação psiquiátrica são: os efeitos colaterais, o despreparo dos pacientes, familiares e cuidadores em relação à prescrição do tratamento polimedicamentoso, bem como a falta de qualificação e formação específica da equipe de saúde para com a terapia por psicofármacos. Embora a maioria pense ser importante a manutenção do tratamento medicamentoso, há ainda o fator do esquecimento de tomar a medicação. (MIASSO et al., 2012; MONTESHI et al., 2010; CARDOSO; GALERA, 2006; PEDREIRA et al., 2012; CARDOSO; GALERA, 2009).

Para os autores Cardoso e Galera (2009), é primordial, para o profissional de enfermagem, a identificação e o conhecimento de quem são os pacientes psiquiátricos e, quais as características singulares trazidas por estes. Esta compreensão fomenta e determina ações específicas, principalmente quanto ao tratamento psicofarmacológico e as intervenções psicoeducativas. Este processo ‘psicoeducativo’ precisa ser cunhado e implementado desde o tempo de hospitalização, por meio do desenvolvimento de materiais (panfletos, apostilhas, entre outros), que instiguem os pacientes ao questionamento quanto à terapêutica medicamentosa, gerindo usuários e familiares autônomos e empoderados de novos saberes (MIASSO et al., 2007).

Os estudos citados são praticamente unânimes em relatar a falta de uma relação da enfermagem e equipe de saúde mais coesiva, há por certo fatores que indicam uma relação superficial, atribuídas a práticas fragilizadas pela grande demanda e pelo modelo hospitalocêntrico (CARDOSO; GALERA 2006; PEDREIRA et al., 2012; CARDOSO; GALERA 2009; MONTESHI et al., 2010; MIASSO et al., 2012).

Por outro lado, contrapondo a estes indicadores, estudos realizados por Silva et al (2012), descrevem uma enfermagem comprometida com o novo modelo de cuidado a saúde mental, por meio de ações mais efetivas que promovam na sociedade o resgate e a inclusão dos pacientes psiquiátricos. Embora estes estudos revelem o comprometimento dos profissionais de enfermagem em prestar atendimento aos pacientes em sofrimento psiquiátrico, estes profissionais não se sentem, na sua totalidade, capacitados e habilitados para o confronto com esta situação (SILVA et al, 2012).

Castro e Furegato (2008) apontam a dificuldade dos profissionais de enfermagem em programar técnicas de relacionamento interpessoal e prestar orientação teórica a sua equipe. Isso se deve a falta de logística, excesso de atividades burocráticas e a inabilidade de técnicas. Além disso, a demanda não comporta o contingente de profissionais qualificados a acolhida e seguimento às pessoas mentalmente enfermas (CASTRO; FUREGATO, 2008).

No modelo medicalocêntrico, segundo Vilela e Moraes (2008), não há espaço para o processo das relações interpessoais e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no cotidiano assistencial. Propõe-se, assim, que a relação entre enfermagem e paciente psiquiátrico, precisa de um novo paradigma, com construção renovada de práticas e saberes. Onde o papel do enfermeiro no contexto da humanização do processo de assistência psiquiátrica sejam revistas e aplicadas de fato.

Os estudos apontam algumas estratégias e ações para o sucesso da adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes psiquiátricos egressos de internação psiquiátrica como: programação de registros de enfermagem contemplados na S.A.E. (Sistematização da Assistência de Enfermagem), e a inserção de métodos que promovam o conhecimento e a capacitação da equipe de

saúde, pacientes, familiares e cuidadores quanto à terapia por medicamentos psicotrópicos (PEDREIRA et al., 2012; CARDOSO et al. 2011; MIASSO et al., 2012; CARDOSO; GALERA, 2006). Assim como, o fomento da educação permanente, apoio matricial e trabalho em redes visando saber quem são os pacientes egressos de internação psiquiátrica local (CARDOSO; GALERA, 2009; MONTESHI et al., 2010; ARISTIDES et al., 2013).

No tocante a falta de preparo dos pacientes e cuidadores para o convívio familiar, Castro e Furegato (2008) referem que deveria ser desenvolvido um trabalho durante todo o período de internação do paciente por meio da Prescrição de Alta, realizada pelos profissionais de enfermagem, e não apenas no momento de alta hospitalar. Deve o profissional de enfermagem ajudar o paciente a identificar e a manejar os sintomas e estimular o autocuidado, reduzindo o número de recaídas, ocorridas muitas vezes, pela não adesão medicamentosa. Além de orientar sobre as atividades que os serviços de rede dispõem, para possibilitar que o paciente tenha uma vida digna e responsável (CASTRO; FUREGATO, 2008).

Outra ferramenta apontada como estratégia para a continuidade do tratamento medicamentoso pelos pacientes egressos de internação psiquiátrica é apoio matricial, Jorge et al. (2014), onde destaca a importância do apoio matricial como estratégia para articular técnicas entre os serviços (Centros de Atenção Psicossocial e Estratégia de Saúde da Família), e redimensionamento do atendimento ao usuário enfermo psíquico em sua origem - matriz. O encontro deste trabalho integrado pelos Agentes Comunitários de Saúde, entre enfermeiros e pacientes viabiliza a comunicação e a aplicabilidade de estratégias (MIELKE; OLCHOWSHY, 2010). Ademais, a equipe de saúde torna-se capacitada e prepositiva, através de visitas domiciliares, no construir redes de cuidado e formação de grupos terapêuticos, onde estes grupos favorecem a discussão e construção de novos saberes sobre a terapia polimedicamentosa de psicofármacos, seja entre pacientes psiquiátricos, cuidadores e familiares (MIELKE; OLCHOWSHY, 2010).

Considerações Finais

O propósito de conhecer as produções científicas sobre a adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes psiquiátricos egressos de internação psiquiátrica permitiu compreender que vários fatores permeiam esse processo. Assim, entre os fatores dificultadores deste estão: o esquecimento de tomar a medicação, os efeitos colaterais e o despreparo tanto do paciente e seu familiar quanto dos profissionais da saúde.

Após a análise, foi possível constatar algumas estratégias para o sucesso da terapia e adesão medicamentosa nestes pacientes, que já acontecem no Brasil, como a acolhida, a prescrição de alta – P.A., o trabalho em redes – R.A.S (Redes de Apoio a Saúde), as visitas domiciliares, o matriciamento e a formação de grupos de apoio.

Por fim, destaca-se a importância e a necessidade da educação permanente dos profissionais da saúde para o aumento da promoção da saúde e da qualidade de vida, bem como para uma adesão medicamentosa efetiva direcionada a estes pacientes psiquiátricos com a capacitação e a promoção de novos saberes entre pacientes, familiares / cuidador e equipe de saúde.

É nesse contexto que a enfermagem tem suma importância, pois partindo das primícias que regem as competências do exercício dessa profissão, como: o administrar, assistir e educar torna-se assim, instrumento de ação na promoção da saúde, que instigam e consolidam o processo de adesão à terapêutica medicamentosa prescrita, através da qualidade na transferência de cuidados e a compreensão do tratamento prescrito para uma adesão medicamentosa efetiva aos pacientes psiquiátricos.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Almeida, O. P.; Ratto, L.; Garrido, R.; Tamai, S. Fatores preditores e consequências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo. v.21, n.3, Sept. 1999.
2. Aristides, J. L.; Carvalho, B. G.; Ballester, D. A. P. O Cuidado aos Usuários com Transtorno Mental em Tratamento com Medicação de depósito: Percepções da Equipe Saúde da Família. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina. 2013. [acesso em: 19 de jun 2015].
3. Bechelli, L. P. C. *Acting antipsychotis in the maintenance treatment of schizopherenia*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. **Ribeirão Preto**. v.11, n.4, July/Aug. 2003.
4. Benetti, S. P. C.; Cunha, T. R. S. **Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica**. Arq. bras. psicol. **Rio de Janeiro**. v.60, n.2, Jun. 2008.
5. Brunton, L. L.; Lozo, J. S.; Parker, K. L. **Goodman & Gilman. As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. Editora ARTMED. Ed. 10, 2010.
6. Cardoso, L.; Galera, S. A. F. **Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico**. Rev. esc. enferm. USP. **São Paulo**. v.43, n.1, Mar. 2009.
7. _____. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Acta paul enferm.** v.19, n.3, July/Sept. 2006.
8. Cardoso, L.; Miasso, A.I.; Galera, S.A.F.; Maia, B.M.; Esteves, R.B. Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**. v.19, n.2, 9 telas, Set./Out. 2011.
9. Castro, S. A.; Furegato, A. R. F. Conhecimento e atividade da enfermagem no cuidado do esquizofrênico. **Rev. Eletr. Enf.** v.10, n.4, p.957-965, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a08.htm>>. [acesso em: 19 jun 15].

10. Dalla, M.D.B.; et al. Aderência a Tratamento Medicamentoso. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2009. Disponível em: <www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/02-Aderencia.pdf>. [acesso em: 22 set 2014].
11. Jorge, M. S. B.; Vasconcelos, M. G. F.; Junior, E. F. C.; Barreto, L. A.; Rosa, L. R. S.; Lima, L. L. Resolubilidade do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família: representação social de profissionais e usuários. **Rev. Esc. Enferm USP**. v.48, n.6, p.1062-1068, 2014. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. [acesso em: 19 jun 15].
12. Gusmão, J. L.; Moin, D. Jr. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev. Bras. Hipertensão**. v.13, n.1, p.23-25, 2006.
13. Martins, A. C. S.; Silva, J. G.; Ferraz, L. M. Orientações de Enfermagem na Alta hospitalar: Contribuições para o Paciente e Cuidador. **CONVIBRA**. 2013. Disponível em: <www.convibra.org>. [acesso em: 15 nov 14].
14. Mendes, W.; Travassos, C.; Martins, M.; Noronha, J. C. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev Bras. Epidemiologia**. v.8, n.4, p.393-406, 2005.
15. Miasso, A. I.; Cassiani, S. H. B.; Pedrão, L. J. Estratégias adotadas por pessoas com Transtorno Afetivo Bipolar e a necessidade de terapêutica medicamentosa. **Esc. Anna Nery / Rev. Enferm**. 2007 jun; 11 (2): 240 - 7. [acesso em: 19 jun 2015].
16. Miasso, A. I.; Carmo, B. P.; Tirapelli, C. R. Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2012; 46(3):689-95. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. [acesso em: 04 mai 2015].
17. Mielke, F. B; Olchowshy, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação o de apoio matricial. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**. Brasília, 2010. Nov./ dez. 63(6): 900-7. [acesso em: 18 jun 2015].
18. _____. Transtorno afetivo bipolar e a ambivalência em relação à terapia medicamentosa: analisando as condições causais. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.45, n.2, p.433-441, 2011. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. [acesso em 19 jun 15].
19. Monteschi, M.; Vedana, K. G. G.; Miasso, A. I. Terapêutica medicamentosa: conhecimento e dificuldades de familiares de pessoas idosas com transtorno afetivo bipolar. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**. v.19, n.4, p.709-718, Out./Dez., 2010.
20. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Relatório Mundial. Brasília; 2003. Disponível em: <www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>. [acesso em: 10 set 2014].

10. AGRESSÃO VERBAL E ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO DE ENFERMAGEM NA ÁREA HOSPITALAR

VERBAL AGRESSION AND BULLYING IN NURSING WORK IN THE HOSPITAL AREA

AGRESIÓN VERBAL Y LA INTIMIDACIÓN EN EL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN ZONA HOSPITAL

TRINDADE, Letícia de Lima¹; DAL PAI, Daiane²

Introdução: o trabalho é elemento essencial na vida dos indivíduos e constitui uma das formas de se alcançar prazer, além de desempenhar função importante no reconhecimento social e para subsistência humana. Porém, a literatura¹⁻⁴ tem sinalizado diversas e complexas situações no ambiente laboral que podem levar ao adoecimento dos trabalhadores, entre elas a violência psicológica, especialmente nos serviços de saúde. Problemas na organização dos serviços, falta de informações sobre a dinâmica do ambiente hospitalar por parte dos usuários, excesso de demanda, as características e especificidades das atividades e do processo de trabalho no cenário hospitalar, o relacionamento interpessoal entre diferentes categorias profissionais, a falta de materiais e de pessoal suficientes, entre outras fragilidades das condições de trabalho contribuem para ocorrência da violência, em que muitas vezes, os profissionais da enfermagem estão expostos ou são alvos. O trabalho da Enfermagem engloba inúmeras características e habilidades, assim esta categoria necessita de profissionais que possuam uma visão ampla dos múltiplos aspectos que englobam o seu processo de trabalho e especialmente um olhar integral do cuidado aos pacientes. Por si só, essas características do trabalho da equipe de enfermagem trazem inúmeras exigências, que se somam à frequente exposição à ocorrência de eventos que podem representar risco a sua saúde, tais como a violência no ambiente laboral. Assim, questionou-se: como a equipe de enfermagem tem vivenciado a violência psicológica, especialmente a agressão verbal e a intimidação/assédio moral no trabalho no âmbito hospitalar?

Objetivos: buscou-se avaliar a ocorrência da violência psicológica, nas formas de agressão verbal e a intimidação/assédio moral, no trabalho de enfermagem em um hospital de referência do Oeste de Santa Catarina (SC). O estudo oportunizou conhecer o perfil da equipe de enfermagem no cenário investigado e analisar a ocorrência destes tipos de violência psicológica entre estes profissionais nesse cenário assistencial.

Metodologia: este faz parte de uma macropesquisa sobre a Violência no trabalho da Enfermagem e suas implicações para a saúde dos trabalhadores e para a cultura de segurança do paciente e seus achados derivam de parte deste estudo, sendo nesse momento apresentados aspectos da realidade de um dos hospitais, o qual é um dos principais cenários das práticas dos estudantes dos cursos de saúde da região oeste de Santa Catarina, referência regional na prestação de serviços públicos hospitalares. Para levantamento dos dados sobre a violência em Santa Catarina optou-se pela abordagem quantitativa e utilizou-se o *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector* proposto pela Organização Mundial da Saúde⁵. Foram selecionados para o estudo 198 indivíduos (51 enfermeiros, 141 técnicos de enfermagem e seis auxiliares de enfermagem), conforme cálculo amostral. Como critério de inclusão utilizou-se incluir profissionais da equipe de enfermagem com tempo de atuação igual ou superior a 12 meses, dos diferentes turnos de trabalho, sendo excluídos aqueles em licença ou afastamento no período de coleta de dados. Para análise utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), sendo utilizada a estatística descritiva e analítica no processo de análise dos achados. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), parecer nº 933.725. A coleta ocorreu no cenário de pesquisa, mediante assinatura do termo de consentimento livre esclarecido pelos participantes. **Resultados:** a população do estudo foi composta, na maioria por mulheres, com idade média de 36 anos e tempo de experiência de 10 anos. Identificou-se que 42,9% dos participantes haviam sofrido agressão verbal e que 20,2% haviam sido assediados moralmente de forma persistente nos últimos 12 meses, os agressores mais comuns foram colegas de trabalho, em sua maioria médicos e o Centro Cirúrgico o cenário mais comum de

¹ Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UNOCHAPECÓ e da Universidade do Estado de Santa Catarina. letrindade@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ocorrência. O não registro dos episódios e as escassas condutas também se destacaram entre os achados da pesquisa, sendo que majoritariamente o perpetrador não sofre punições, o que contribui para banalização da cultura da violência. Desconstruir a banalização da violência no ambiente laboral é de responsabilidade de todos os indivíduos que atuam nos serviços de saúde, contudo o tema é bastante velado, comum e presente no contexto de trabalho da equipe de enfermagem. Esta apropria-se de conhecimentos científicos buscando alcançar um maior reconhecimento, porém, frequentemente não percebe a real importância do seu papel no serviço e como é afetada pela violência no trabalho, especialmente a psicológica. Espera-se que quando agredido, verbal ou moralmente, o indivíduo exprima alguma reação de reprovação ao ato, de defesa a sua integridade e/ou na resolução dos conflitos e ainda que o ocorrido seja registrado e resulte em alguma consequência punitiva ao perpetrador, desestimulando esse tipo de conduta. Os episódios de agressão verbal apresentaram associação com as variáveis sexo ($p=0,008$), escolaridade ($p=0,0001$), cor da pele ($p=0,006$), função ($p=0,0001$), ocupar cargo de chefia ($p=0,003$) e contato físico constante com pacientes ($p=0,004$). Já a intimidação não obteve significância estatística entre as variáveis selecionadas, contudo foram mais comuns entre os técnicos de enfermagem e no turno da noite, assim como a agressão verbal. Evidenciou-se que 71,2% das vítimas da agressão verbal e 56,4% dos profissionais assediados moralmente consideraram esses tipos de violência corriqueiras no ambiente laboral e na maioria dos casos nenhuma medida foi tomada contra o perpetrador. **Conclusões:** os resultados obtidos alertam para a magnitude e banalização da violência entre a equipe de enfermagem, levando-os a considerar tais ocorrências como parte da rotina de trabalho, bem como sinaliza para as fragilidades na cultura institucional, a qual tem dificuldades de manejar e identificar o fenômeno, auxiliar na prevenção desse agravo e na promoção da saúde de seus profissionais. O panorama trazido pelo estudo permite estabelecer critérios de ação no intuito de orientar e conscientizar a equipe de enfermagem e os hospitais para as faces e reais perigos da violência no trabalho, aumentando a segurança e melhorando as condições laborais desses profissionais. Ainda, cabe destaque-se que, na continuidade do estudo, pretende-se agregar dados qualitativos, com abordagem, através de entrevista, dos profissionais que sofreram com episódios de violência, e dados de outras realidades, analisando a associação da violência contra a enfermagem e a segurança dos usuários, compreendendo de forma mais ampla o fenômeno e suas implicações na saúde dos trabalhadores, usuários e no contexto do trabalho em saúde.

Palavras-chave: Violência; Saúde do Trabalhador; Enfermagem; Agressão Verbal; Assédio Moral.

Eixo: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Bobroff MCC, Martins JT. Assédio Moral, ética e sofrimento no trabalho. Rev Bioética. 2013, 21(2): 251-8.
2. Castellón AMD. Violência laboral em enfermeiras: explicações e estratégias de enfrentamento. Rev Latino Am Enferm. 2011, 19(1): 1-8
3. Dal Pai D., et al. Violência, *burnout* e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. Rev Esc Enferm USP. 2015, 49(3):460-8.
4. Fontes K. B., et al. Fatores associados ao Assédio Moral no ambiente laboral do enfermeiro. Rev Latino Am Enferm. 2013, 21(3):758-64.
5. Palácios M., et al. Relatório preliminar de pesquisa. Violência no trabalho no setor saúde – Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002. Disponível em: <http://www.assediomoral.org/IMG/pdf/pesquisa_sobre_Violencia_no_trabalho_Universidade_Federal_RJ.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2014.

11. ALTA HOSPITALAR PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

HOSPITAL DISCHARGE BY NURSING PROFESSIONALS IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

ALTA DEL HOSPITAL DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

SALDANHA, Mariana Domingos¹; GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi²; BÓRIO, Taniely da Costa³.

Resumo

É fundamental o preparo dos pais para a alta hospitalar, sendo cientificamente comprovado que esse preparo pode reduzir as reinternações hospitalares, visto que o recém-nascido prematuro exige cuidados especiais após a alta. O objetivo do trabalho é conhecer a produção científica nos últimos dez anos (2005-2015) relacionadas à alta hospitalar, do recém nascido, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal realizada pelos profissionais de enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa, em que se realizaram buscas em três bases de dados, selecionando-se 15 artigos para síntese das informações. Os artigos selecionados abordam a identificação das barreiras, facilidades e estratégias utilizadas na alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A revisão possibilita conhecer a realidade acerca das informações de alta fornecidas pelos profissionais de enfermagem, favorecendo a criação de estratégias para melhorar a qualidade das orientações fornecidas no momento da alta.

Descritores: Alta Hospitalar; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermagem

Abstract

It is essential to prepare the parents for hospital discharge, and it is scientifically proven that this preparation can reduce hospital readmissions, since the premature newborn requires special care after discharge. The objective of this study is to know the scientific production in the last ten years (2005-2015) related to the hospital discharge of the newborn in the Neonatal Intensive Care Unit performed by nursing professionals. This is an integrative review, in which three databases were searched, selecting 15 articles for synthesis of the information. The selected articles address the identification of the barriers, facilities and strategies used in the discharge of the Neonatal Intensive Care Unit. The review makes it possible to know the reality about high information provided by nursing professionals, favoring the creation of strategies to improve the quality of the guidelines provided at the time of discharge.

Descriptors: Discharge from hospital; Neonatal intensive care unit; Nursing

Resumen

Es fundamental preparar los padres para el alta hospitalaria, es científicamente comprobado que el entrenamiento de ellos puede reducir las readmisiones hospitalarias, aunque el recién nacido necesita de cuidados especiales después de el alta. El objetivo es conocer la literatura científica durante la última década (2005-2015) relacionada con el hospital, el recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en manos de los profesionales de enfermería. Esta es una revisión integradora, que se llevó a cabo incursiones en tres bases de datos, la selección de 15 artículos para la síntesis de la información. artículos seleccionados abordan la identificación de las barreras, las instalaciones y las estrategias utilizadas en alta Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. La revisión hace posible conocer la realidad sobre el alto información proporcionada por los profesionales de enfermería, fomentando la creación de estrategias para mejorar la calidad de la orientación proporcionada en la descarga.

Descriptores: Alta hospitalaria; Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; Enfermería

¹ Enfermagem. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. marianadsaldanha@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde, Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

³ Enfermagem. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. tanielydacb@hotmail.com

Introdução

O planejamento da alta hospitalar é um processo utilizado para garantir a continuidade do cuidado após a internação. O mesmo inclui orientações ao paciente e à família, acerca do que necessitam saber e compreender, considerando-se os aspectos biopsicosocioespirituais.¹ A saída de uma pessoa do hospital ou de um determinado centro de cuidados, após um período de internação, em geral é algo satisfatório para ela, sua família, bem como para a equipe de saúde.

Contudo, o planejamento estratégico da alta pela equipe multidisciplinar é indispensável para que seja realizado um cuidado integral na pós-alta, facilitando a transição do paciente para seu domicílio. Para tanto, é preciso incluir a família nesse processo para que se possa garantir a continuidade e a qualidade do cuidado no domicílio.

A atenção da equipe de enfermagem, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), é voltada para o prematuro de alto risco, deixando, muitas vezes, as informações à família de lado. Entretanto, a inserção dos pais nos cuidados é de extrema importância, pois são eles que vão cuidar dessa criança quando a mesma receber alta.²

Sendo assim, a presença dos pais na UTIN se torna indispensável tanto no preparo dos mesmos para o cuidado do recém-nascido no domicílio, quanto para o fortalecimento do vínculo afetivo pais-filho. Além de também ser importante na redução do estresse do neonato causado durante a hospitalização.³

Objetivo

Conhecer, através de uma revisão integrativa, o que tem sido produzido nos últimos dez anos (2005-2015) sobre a alta hospitalar do recém-nascido pelos profissionais de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a percepção dos pais frente à mesma.

Metodologia

Realizou-se uma revisão integrativa abordando a temática sobre a elaboração da alta hospitalar do Recém-Nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a percepção dos pais frente à mesma. Utilizou-se para essa construção seis passos: estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa; amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento ou apresentação da revisão.⁴ Seguindo-se esses passos, primeiramente elegeu-se como questão norteadora da pesquisa: O que tem sido produzido nos últimos dez anos (2005-2015) sobre a alta

hospitalar do recém-nascido pelos profissionais de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?

Como segundo passo elegeu-se as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Para a realização das buscas utilizou-se diversas combinações das palavras chave: Alta Hospitalar, Plano de Alta, Profissionais de Enfermagem, Recém-Nascido, Prematuro, UTI Neonatal e Hospital.

Primeiramente, a seleção utilizando as palavras-chave, originou 897 artigos, após, adotou-se os critérios de inclusão: estudos publicados nos últimos 10 anos (2005-2015), estudos que abordavam a temática da alta hospitalar do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva e que apresentavam o texto completo disponível. Foram excluídos os estudos repetidos; os oriundos de atualizações e editoriais; e os estudos que não abordavam a alta hospitalar do neonato na UTI.

Por fim, com base na adoção desses critérios, foram selecionados para leitura integral três artigos do LILACS, oito artigos do BDENF (que também estavam no LILACS) e quatro artigos do MEDLINE. Após a leitura dos textos na íntegra, 15 artigos foram sintetizados, com os dados sobre da alta hospitalar do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Sendo estes categorizados de acordo com seu nível de evidência, para avaliar os tipos de estudos. Os critérios utilizados são divididos em sete categorias: nível de evidência I para revisão sistemática ou meta-análise; nível II para experimentos randomizados ou controlados; nível III para experimentos controlados sem randomização; nível IV para estudo de coorte ou caso-controle; nível V para revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos; nível VI para estudos qualitativos ou descritivos e nível VII para opinião de autoridades ou comitê de especialistas.⁵ Apresentados com os resultados juntamente, no quadro.

Resultados e discussão

A partir da análise dos dados, elaborou-se um quadro contendo as informações com a caracterização dos artigos científicos selecionados para análise integral que compõem a revisão integrativa. As informações que compuseram a elaboração do quadro se referem à identificação dos estudos; o ano e periódico em que foram publicados; os objetivos e tipos de estudo; a base de dados, o idioma e o nível de evidência dos estudos.

Identificação	Ano/ Periódico	Objetivo/Tipo de Estudo	Base de dados/idioma/ nível de

			evidência
Título: Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home from the neonatal unit. Perceptions of health care providers.⁶ Autores: Raffray M, Semenik S, Galeano SO, Marín SCO. Enfermagem	2014 Jornal de crescimento e desenvolvimento humano.	Explorar as percepções dos profissionais de saúde neonatal sobre as barreiras e facilitadores para as famílias com bebês prematuros que se preparam para a alta da unidade de cuidado intensivo (UTIN). Qualitativo	LILACS Inglês Nível: VI
Título: Práticas da equipe de enfermagem no processo de alta do bebê pré-termo.⁷ Autores: Schmidt KT, Terasi M, Marcon SS, Higarashi IH. Enfermagem	2013 Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN).	Identificar as estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem atuante na unidade neonatal de um hospital escola, durante o preparo da família para a alta do prematuro. Qualitativo	LILACS Português Nível: VI
Título: Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna.⁸ Autores: Frota MA, Silva PFR, Moraes SR, Martins EMCS, Chaves EMC, Silva CAB. Enfermeiros e médico	2013 Escola Enfermagem Anna Nery	Conhecer a percepção da mãe sobre a alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio após a primeira semana de alta. Qualitativo	LILACS e BDENF Português Nível: VI
Título: Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: connecting the dots.⁹ Autores: Smith UC, Hawang SS, Dukhovny D, Youngis S, Pursley, DM. Enfermagem	2013 Journal of perinatologia	Revisar a literatura existente sobre a população da UTIN. Qualitativo	MEDLINE Inglês Nível: VI
Título: Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma unidade de terapia intensiva neonatal.¹⁰ Autores: Nietzsche EA,	2012 Escola Enfermagem Anna Nery	Compreender a percepção dos profissionais de saúde e pais em relação ao planejamento e efetivação da alta do recém-nascido da unidade de terapia intensiva neonatal.	LILACS e BDENF Português Nível: VI

Nora AD, Lima MGR, Bottega JC, Neves ET, Sosmayer VL. Enfermagem		Qualitativo	
Título: Alta da unidade de cuidado intensivo neonatal e o cuidado em domicílio: revisão integrativa da literatura. ¹¹ Autores: Custodio N, Abreu FCP, Marski BSL, Mello DF, Wernet M. Enfermagem	2013 Revista mineira de enfermagem	Descrever o estado da arte do conhecimento relativo à vivência na família na alta e pós-alta do recém nascido prematuro e de baixo peso da UTIN. Revisão integrativa	LILACS e BDENF Português Nível: V
Título: Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados pós-alta. ¹² Autores: Anjos LS, Lemos DM, Andrade JMO, Nascimento WDM, Caldeira AP. Enfermagem e medicina	2012 Revista Brasileira de Enfermagem	Conhecer as percepções maternas sobre o nascimento do filho prematuro e os cuidados após a alta. Qualitativo	MEDLINE Português Nível: VI
Título: Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. ¹³ Autores: Braga PP, Sena RR. Enfermagem	2012 Acta Paulista Enfermagem	Identificar as estratégias utilizadas para efetivar a continuidade do cuidado às crianças nascidas prematuras egressas de unidade de terapia intensiva neonatal. Revisão integrativa	LILACS Português Nível: V
Título: A alta da unidade de terapia intensiva neonatal e a continuidade da assistência: um estudo bibliográfico. ¹⁴ Autores: Oliveira SR, Sena RR. Enfermagem	2010 Revista Mineira de Enfermagem	Apresentar uma revisão de publicações nacionais e internacionais relacionadas à alta da UTIN que sinalizam para práticas que integrem o cuidado e favoreçam a continuidade da assistência ao recém-nascido. Qualitativo	LILACS e BDENF Português Nível: VI
Título: A alta em unidade de cuidados intensivos neonatais perspectiva da equipe de saúde e de familiares. ¹⁵ Autores: Gaiva MAM, Neves AQ, Silveira AO, Siqueira FMS. Enfermagem	2006 Revista Mineira de Enfermagem (REME)	Compreender como os familiares do recém-nascido prematuro e a equipe de saúde percebem o preparo para a alta hospitalar numa unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN). Qualitativo	LILACS e BDENF Português Nível: VI

Título: Transition from hospital to home for parentes of preterm infants. ¹⁶ Autores: Boykova M, Kenner C. Enfermagem	2012 The journal of perinatal e neonatal nursing	Discutir a transição do hospital para casa e os desafios que os pais de prematuros enfrentam em uma unidade de terapia intensiva neonatal e após a alta. Qualitativo	MEDLINE Inglês Nível: VI
Título: Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. ¹⁷ Autores: Couto FF, Praça NS. Enfermagem	2009 Revista da escola de enfermagem Anna Nery	Identificar os procedimentos empregados, pelo enfermeiro, para o preparo do familiar para a alta hospitalar do prematuro. Qualitativo	LILACS Português Nível: VI
Título: Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. ¹⁸ Autores: Tronco CS, Padoin SMM, Neves ET, Landerdahl MC. Enfermagem	2012 Revista enfermagem Universidade Estadual Rio de Janeiro	Conhecer as percepções dos familiares no cuidado domiciliar. Estudo quantiquitativo	LILACS e BDENF Português Nível: VI
Título: Recém-nascidos prematuros e a alta hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação da Enfermagem. ¹⁹ Autores: Schmidt KT, Bessa JB, Rodrigues BC, Arenas MM, Correa DAM, Garashi IH. Enfermagem	2011 Revista Mineira de Enfermagem (REME)	Investigar evidências sobre as ações de enfermagem utilizadas junto às mães de prematuros internados em unidades neonatais no preparo da alta e apontar dificuldades advindas da prática. Qualitativo	LILACS Português Nível: VI
Título: Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. ²⁰ Autores: Braga PP, Sena RR. Enfermagem	2012 Acta Paulista Enfermagem	Identificar as estratégias utilizadas para efetivar a continuidade do cuidado às crianças nascidas prematuras egressas de unidade de terapia intensiva neonatal. Qualitativo	LILACS Português Nível: VI

A partir da análise do quadro pode-se perceber que dentre os objetivos dos artigos, está a identificação das barreiras encontradas pelos profissionais de enfermagem no momento da alta do recém-nascido, relacionadas à ausência dos pais na unidade, justificada pela dificuldade de

deslocamento das famílias e também devido à existência de outros filhos pequenos em casa que necessitam de cuidados. As estratégias usadas nesse processo também são destacadas nos artigos, entre elas: criação de vínculo, responsabilização, conhecimento e gerenciamento do cuidado favorecendo a continuidade da atenção. Além disso, a comunicação dos profissionais com a família é apontada como uma ferramenta decisiva para o sucesso da alta, esclarecendo dúvidas, fornecendo informações e realizando orientações.

Aborda-se nos estudos também a percepção da mãe sobre a alta hospitalar, bem como os cuidados com o filho após a alta, sendo essencial o preparo dessa para que ocorra redução do número de reinternações hospitalares. Além disso, o encorajamento das mães na participação dos cuidados dos filhos é indispensável, visto que seu papel na unidade é uma extensão do papel desempenhado em casa, como dar conforto, carinho, tranquilidade, pegar no colo, alimentar, banhar, trocar fraldas e conversar.

Considerações Finais

Conclui-se a partir do processo de análise, acerca das produções científicas, que se torna possível um maior entendimento relacionado ao tema, tendo importância para qualificar as orientações fornecidas durante a alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, viabilizando a prática do cuidado e o empoderamento dos pais, para a redução dos índices de reinternação. Além disso, a revisão fomenta a elaboração de novas pesquisas e estratégias para melhorar a qualidade das orientações fornecidas na alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, permitindo um viés para novas formas de pesquisa e um olhar mais abrangente do tema.

Os resultados apontam para a necessidade de inserir os pais nos cuidados dos neonatos na UTIN, aumentando sua participação e favorecendo o desenvolvimento do vínculo entre eles. A equipe de enfermagem tem um papel fundamental para favorecer a aproximação e a formação de apego entre pais e filhos por se encontrar presente durante todo o processo de hospitalização.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Pompeo DA, Pinto MH, Cesarino CB, Araújo RRDF, Poletti NAA. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paul enferm.* 2007;20(3):345-50.
2. Couto FF, Praça NS. Preparo de pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(4):886-891.
3. Gaiva MAM, Scochi CGS. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI neonatal. *Rev bras enferm.* 2005;58(4):444-448.

4. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências da saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm.* 2008;17(4):758-64.
5. Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk B, Williamson KM. Searching for the Evidence: Strategies to help you conduct a successful search. *Am J Nurs.* [internet] 2010 May [cited 2017 Mar 10]; 110(1): 51-53. Available from: http://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/PermaLink/NCNJ/A/NCNJ_546_156_2010_08_23_SADFJO_165_SDC216.pdf
6. Raffray M, Semenik S, Galeano SO, Marín SC. O. Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home from the neonatal unit. Perceptions of health care providers. *Invest educ enferm.* [internet] 2014 [cited 2017 Mar 15];32(3):379-392. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25504404>.
7. Schmidt KT, Terassi M, Marcon SS, Higarashi IH. Práticas da equipe de enfermagem no processo de alta do bebê pré-termo. *Rev bras enferm.* 2013;66(6):833-849.
8. Frota MA, Silva PFR, Moraes SR, Martins EMCS, Chaves EMC, Silva CAB. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2013;17(2):277-283.
9. Smith VC, Hwang SS, Dukhovny D, Young S, Pursley DM. Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: connecting the dots. *J perinatol.* [internet] 2013[cited 2017 Mar 15];33:415-421. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23492936>.
10. Nietzsche EA, Nora AD, Lima MGR, Bottega JC, Neves ET, Lúcia V. Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2012;16(4):809-816.
11. Custódio N, Abreu FCP, Marski BSL, Mello DF, Wernet M. Alta da unidade de cuidado intensivo neonatal e o cuidado em domicílio: revisão integrativa da literatura. *REME rev min enferm.* 2013;17(4):984-991.
12. Anjos LS, Lemos DM, Antunes LA, Andrade JMO, Nascimento WDM, Caldeira AP. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta *Rev bras enferm.* 2012;65(4):571-577.
13. Braga PP, Sena RR. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. *Acta Paul enferm.* 2012;25(6):975-980.
14. Oliveira SR, Sena RR. A alta da unidade de terapia intensiva neonatal e a continuidade da assistência: um estudo bibliográfico. *REME rev min enferm.* 2010;14(1):103-109.
15. Gaiva MAM, Neves AQ, Silveira AO, Siqueira FMG. A alta em unidade de cuidados intensivos neonatais: perspectiva da equipe de saúde e de familiares. *REME rev min enferm.* 2006;10(4):387-392.

16. Boykova M, Kenner C. Transition from hospital to home for parents of preterm infants. *J perinat neonatal nurs.* [internet] 2012 [cited 2017 Mar 15];26(1):81-87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/JPN.0b013e318243e948>.
17. Couto FF, Praça NS. Preparo de pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(4):886-891.
18. Tronco CS, Padoin SMM, Neves ET, Landerdahl MC. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. *Rev enferm UERJ.* [internet] 2012 [acesso em 2017 Mar 15];18(1):108-113. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a19.pdf>>;
19. Schmidt KT, Bessa JB, Rodrigues BC, Arenas MM, Corrêa DAM, Higarashi IH. Recém-nascidos prematuros e a alta hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação da enfermagem. *Rev RENE.* 2011;12(4):849-858.
20. Braga PP, Sena RR. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. *Acta Paul enferm.* 2012;25(6):975-980.



12. A PERCEPÇÃO DE MULHER SOBRE CONSTRUÇÃO E VIOLÊNCIA DE GÊNERO E SEXUALIDADE FEMININA

PERCEPCIÓN DE LAS MUJERAS EN LA CONSTRUCCIÓN Y VIOLENCIA DE GÉNERO Y LA SEXUALIDAD FEMENINA

WOMEN'S PERCEPTION ON GENDER CONSTRUCTION AND VIOLENCE AND FEMALE SEXUALITY

CARBONELL, CAROLINA; MELO, ANA LUÍZA

Tendo em vista a área da saúde, e sua predominância de gênero ser feminina, busca-se no presente estudo a concepção das mulheres diante da construção e violência de gênero feminino e sexualidade. Faz-se necessária a compreensão das profissionais da área da saúde em relação à violência, à sexualidade e à saúde da mulher. A violência em si consiste em uma problemática social, não específica da área da saúde. Atinge os envolvidos não só pelas mortes, lesões e traumas que causa, mas também pelo impacto que gera nas condições de vida e saúde de indivíduos e coletividade. A violência configura presentemente, ao lado dos agravos crônicos e degenerativos, um novo perfil epidemiológico no quadro de saúde do Brasil. (GUEDES, FONSECA E EGRY, 2012). O estudo teve como objetivo principal compreender a concepção das docentes do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade da Região da Campanha (URCAMP) acerca da Construção e Violência de Gênero e Sexualidade Feminina. Teve como objetivos específicos: contextualizar as relações de gênero feminino histórico e social com as percepções das docentes da saúde; Analisar os conceitos e o entendimento das participantes sobre violência de gênero e seus diversos aspectos; Compreender a visão das docentes sobre a construção da sexualidade feminina. Trata-se de uma pesquisa de tipologia exploratória e descritiva; com abordagem qualitativa, que fora realizada com docentes do sexo feminino do Centro de Ciências da URCAMP. O espaço de discussão foi construído com as docentes da área da saúde, com resultados a partir da percepção das mesmas, tais como: As desigualdades de poder entre homens e mulheres; O conhecimento delas sobre violência de gênero feminino e suas causas, que foi relacionada por elas ao processo histórico, à cultura e à reprodução de modelos antigos. Quanto à vida sexual feminina, foi constatado o preconceito relacionado ao corpo da mulher e às suas escolhas de vida e as de sua própria sexualidade e comportamento feminino, que implicam numa problemática social e de saúde. De acordo com Muribeca (2010), por milênios o corpo feminino foi envolto por mistério e diversos tabus, o que originou muitos equívocos. Esse corpo anatomicamente considerado era associado com o mal por parte da religião, e com as enfermidades, por parte da ciência. A mulher foi definida a partir de seu corpo e de sua função procriadora, que era indiscutível. Contudo, mesmo na contemporaneidade, onde existe uma mudança nas percepções a cerca do universo feminino e da sexualidade feminina, percebe-se forte preconceito e intolerância àquelas mulheres que optaram por modelos diferentes de vida das pré-estipuladas socialmente (DE SOUZA, 2011). De acordo com Silva, Amazonas e Vieira (2010), o movimento de mulheres com forte impacto na atuação no campo da saúde contribuiu para revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações sociais entre homens e mulheres, com problemas associados à sexualidade, que implicam na violência de diversos tipos direcionada as mulheres. Logo, é preciso debater o tema: “sexualidade” em trabalhos científicos, assim permitirá que as deficiências apresentadas na graduação de enfermagem sejam mais bem compreendidas no que alcança o tema e à qualidade da assistência prestada. Atualmente, em consequência da chamada “revolução sexual”, vive-se em uma época de liberação em que muitos mitos e tabus vêm sendo desconstruídos gradativamente. Vive-se um estímulo à expansão do desejo sexual e à busca da liberdade singular de cada um. Os saberes diversos sobre sexualidade estão sendo disseminados e a sua importância no mundo moderno foi adquirida, todavia, há uma escassez de bibliografia sobre esta temática e sua relação com a enfermagem que fundamente a prática assistencial no atendimento das

queixas relativas à sexualidade. Considerando a retrospectiva pode-se perceber que na década de 70, já era notória a formação de enfermeiros despreparados, quase completamente, na área do comportamento saudável, e aos acadêmicos era ensinado apenas o processo de reprodução e o ciclo da maternidade, sem abordar o conhecimento sexual na área cognitiva e afetiva. Excluir o estudo do comportamento sexual humano no currículo de enfermagem é pernicioso, tendo em vista que o enfermeiro passará por situações desta natureza posteriormente, pois a exclusão dessa área é uma falha dos professores de enfermagem, pois não responde às reais necessidades da população (LISBOA E GARCIA, 2012). Na perspectiva da emancipação da opressão das mulheres, o saber crítico sobre as necessidades em saúde como consequência da situação de opressão que a abordagem de gênero encerra constitui um de seus elementos, um dos instrumentos que deve orientar todo o trabalho das práticas profissionais na área da saúde. Sendo assim, o trabalho que qualifica a atenção à saúde das mulheres em situação de violência deve superar o modelo biomédico de atenção, limitado ao processo de reprodução biológica, que ainda caracteriza a maioria dos processos de trabalho das práticas em saúde da mulher, a superação desse modelo implica rever a prática profissional e abranger o contexto em que a mulher se encontra, em todos os aspectos de sua vida. O eixo temático do presente estudo é “Processos de cuidado em saúde e Enfermagem.”

Descritores: mulher, violência de gênero, sexualidade

GUEDES, R.N; FONSECA, R.G.S; EGRY, E.Y. **Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero.**In: Rev. Enf. USP. 2012.

DE SOUZA, M.F, **Percepção da Sexualidade Feminina na Contemporaneidade**, Caruaru, 2011.

MURIBECA, M.M.M. **Das origens da sexualidade feminina ao feminino nas origens da homossexualidade humana.** In: Estudos de Psicanálise – Aracaju

CARBONELL, Carolina, Msc.Orientadora, carolinaufsm@hotmail.com

MELO, Ana Luíza, Acadêmica de Enfermagem URCAMP, aljmelo@yahoo.com.br

13. APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO SRQ-20 EM TRABALHADORES E ESTUDANTES DA SAÚDE: TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA

APPLICATION OF SRQ-20 INSTRUMENT IN HEALTH WORKERS AND HEALTH STUDENTS: TRENDS OF BRAZILIAN SCIENTIFIC PRODUCTION

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO SRQ-20 EN TRABAJADORES Y ESTUDIANTES DE SALUD: TENDENCIAS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA BRASILEÑA

PEDRO, Cecília Mariane Pinheiro¹

DALMOLIN, Grazielle de Lima²

MORAIS, Bruna Xavier³

BRESOLIN, Julia Zancan⁴

INTRODUÇÃO: O instrumento de pesquisa Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20), validado no Brasil em 1986¹, destina-se a avaliação da suspeição de transtornos mentais não psicóticos em distintas populações². Os sintomas psíquicos avaliados por meio deste instrumento aproximam-se dos Distúrbios Psíquicos Menores (DPM), conjunto de sinais e sintomas relacionados à insônia, fadiga, irritabilidade, estresse, ansiedade, redução da concentração e da capacidade funcional, ausência de apetite e somatização³. A terminologia DPM foi criada para designar os casos clínicos que não compreendiam todos os sinais e sintomas da doença mental e que, portanto, não configuram diagnóstico psiquiátrico formal³. Os DPM, ainda ausentes na Classificação Internacional das Doenças (CID), podem receber outras denominações, como: Transtorno Mental Comum, Transtornos Psiquiátricos Menores, Problemas Psiquiátricos Menores, Morbidade Psíquica Menor, entre outras. A investigação de DPM por meio do SRQ-20 mostra-se com maior frequência nos estudos desenvolvidos na área da saúde do trabalhador⁴. Nesta perspectiva, compreende-se que a construção de estudos acerca do adoecimento psíquico em trabalhadores contribui com o fortalecimento de estratégias de cuidado já existentes aos mesmos, bem como, com a construção de novos meios de prevenção do adoecimento psíquico relacionado ao trabalho. Em trabalhadores e estudantes da área da saúde os DPM apresentam-se frequentes⁵ e neste contexto, à que se considerar que esta população está diariamente envolvida em situações estressoras, que podem prejudicar sua saúde psíquica, como o contato com sofrimento e óbito de pacientes e as intensas demandas de estudos e atividades acadêmicas. A partir disso, pode-se observar que estes são potenciais fatores de adoecimento e que mostram-se como um dos pontos relevantes que justifica o desenvolvimento deste estudo, o qual também possibilitou aprofundar os conhecimentos relacionados à temática e a construir novas perspectivas de pesquisa acerca da mesma. Assim, este estudo é norteado pela

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGenf/UFSM). Integrante do Grupo de pesquisa Trabalho, Saúde e Segurança do paciente GTSSP/UFSM. Endereço eletrônico: cecilia-mariane@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora adjunta do Departamento de enfermagem da UFSM. Pesquisadora no Grupo de pesquisa Trabalho, Saúde e Segurança do paciente GTSSP/UFSM.

³ Enfermeira. Mestranda do PPGenf/UFSM. Integrante do Grupo de pesquisa Trabalho, Saúde e Segurança do paciente GTSSP/UFSM.

⁴ Enfermeira. Mestranda do PPGenf/UFSM. Integrante do Grupo de pesquisa Trabalho, Saúde e Segurança do paciente GTSSP/UFSM.

seguinte questão de pesquisa: “Quais as tendências da produção científica brasileira desenvolvida a partir da aplicação do SRQ-20 em trabalhadores e estudantes da área da saúde?”. **OBJETIVO:** conhecer as tendências da produção científica brasileira em teses e dissertações a partir da aplicação do instrumento (SRQ-20) em trabalhadores e estudantes da área da saúde. **METODOLOGIA:** Estudo bibliográfico e descritivo desenvolvido a partir da análise de títulos e resumos indexados no Catálogo de teses e dissertações do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEEn), disponível online, no portal da Associação brasileira de enfermagem- ABEn, e no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES). Para a busca, realizada no mês de Maio de 2016, utilizou-se o termo “SRQ”. Foram pesquisados todos os volumes disponíveis no CPEn, os quais compreendiam os anos de 2001 a 2014. No Banco de Teses e Dissertações da CAPES, o mesmo disponibiliza os títulos e resumos apenas dos estudos produzidos a partir do ano de 2013. Ao realizar as buscas, identificaram-se 256 produções científicas que utilizavam o SRQ-20 como um de seus instrumentos de pesquisa, sendo 18 disponíveis no Catálogo do CEPEEn e 238 no Banco de teses e dissertações da CAPES. Destas, apenas 81 possuíam títulos e resumos disponíveis *online*. Foram selecionadas apenas as produções que envolviam trabalhadores e estudantes da área da saúde como população de estudo, o que totalizou 19 estudos. Dois eram repetidos, e então foram considerados apenas uma vez. Desse modo, 17 produções científicas foram incluídas neste estudo. Para a coleta dos dados, elaborou-se um quadro sinóptico, no qual composto das informações: Ano, autor/instituição/área de conhecimento, título, nível acadêmico/área de concentração, objetivos, método, população/local, instrumentos utilizados e principais resultados. Para esta organização, as produções foram numeradas de acordo com a ordem em que foram encontradas. Para a análise, realizou-se a leitura dos títulos e resumos dos estudos. Os dados das produções, presentes no quadro sinóptico, foram quantificados. **RESULTADOS:** Das 17 produções científicas analisadas, seis estavam disponíveis no catálogo do CEPEEn, nove no Banco de teses e dissertações da CAPES e duas em ambos. Com relação ao tipo de material, 15 eram dissertações e duas eram teses. Predominaram as produções defendidas entre os anos de 2011-2015 (n=14). Quanto a instituição de origem, predominaram as produções desenvolvidas na região nordeste (n=7), sendo as Instituições: Universidade Estadual de Feira de Santana, Universidade Federal da Bahia, Universidade Estadual da Bahia e Universidade Federal da Paraíba. A região sudeste teve seis estudos (Universidade de São Paulo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Estadual Paulo Julio Mesquita Filho e Universidade Federal do Triângulo Mineiro). Região sul e centro-oeste tiveram dois e um estudos, respectivamente. Referente à área de conhecimento em que os estudos foram desenvolvidos, identificaram-se seis dissertações na Enfermagem, cinco em saúde coletiva, duas na área da psicologia, uma dissertação em promoção da saúde e uma em atenção da saúde. As teses, uma era na área de medicina e outra em saúde pública. Como abordagem metodológica observou-se a quantitativa, com delineamento transversal em 15 estudos. Um estudo era longitudinal e outro era um estudo misto (quanti-qualitativo). Entre as populações estudadas predominaram os trabalhadores de enfermagem (n=8). Apenas dois estudos envolveram estudantes, os quais eram do curso de medicina. Os demais estudos foram desenvolvidos com profissionais da saúde, fisioterapeutas, agentes comunitários e trabalhadores da atenção básica. Quanto aos locais de estudo, predominou o cenário hospitalar em dez, seguidos de cinco realizados na atenção básica e dois em ambientes de ensino de universidades. Outros instrumentos também foram utilizados nos estudos, em associação ao SRQ-20, como os questionários sobre dados sociodemográficos e laborais, escalas para avaliação de estresse, depressão, Síndrome de Burnout, qualidade de vida, aspectos psicossociais do trabalho e escala de indicadores de prazer e sofrimento no trabalho. Entre os principais resultados, evidenciaram-se prevalências entre 14,6% e 56,8% de DPM nos profissionais de enfermagem. Em estudantes de medicina, a menor foi 31,2%, em estudantes calouros. As maiores foram de 37,7% e 40%, sendo a primeira em estudantes do último ano do curso, e a última, uma prevalência global de DPM. Estudos desenvolvidos com profissionais da saúde em geral, apresentaram percentuais de DPM entre 18,9% e 25,3%. Profissionais médicos apresentaram menores prevalências, em dois

estudos, 14,3% e 17,9%. **CONCLUSÃO:** Observa-se que há um maior número de dissertações defendidas, quando comparadas as teses que utilizaram o SRQ-20 como um de seus instrumentos. A região brasileira que teve maior concentração de estudos foi a Nordeste e a população pesquisada em maior frequência consiste nos profissionais de enfermagem. Importante ressaltar a escassez de estudos desenvolvidos na região Sul do país, com estudantes da área da saúde, bem como, que envolvam outros trabalhadores da área (que não enfermeiros). Neste sentido, avaliar o que já tem produzido sobre determinado tema constitui-se em uma importante atividade para a construção do conhecimento e para identificar as lacunas ainda presentes na literatura científica. O desenvolvimento deste estudo possibilitou levantar novos questionamentos sobre o tema, bem como, a visualizar novas perspectivas de pesquisas. Aponta-se como importante, o desenvolvimento de estudos qualitativos, que podem constituir-se em uma ferramenta importante para investigações referentes ao estado de saúde psíquica das populações. Estudos longitudinais e de intervenção também podem trazer novos achados sobre a temática.

EIXO TEMÁTICO: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem.

DESCRITORES: Enfermagem; Saúde do trabalhador; Sintomas psíquicos.

DESCRIPTORS: Nursing; Occupational Health; Psychic Symptoms.

DESCRIPTORES: Enfermería; Salud laboral; Síntomas psíquicos.

REFERÊNCIAS

1. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SQR-20) in primary care in the city of São Paulo. Brit. Jour. of Psych. 1986; 148: 23-26
2. World Health Organization - WHO. A user's guide to the self-reporting questionnaire (SRQ). Division of mental health world health organization. Geneva: Switzerland; 1994.
3. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock, 1992
4. Santos KOB, Araújo TM, Pinho PS et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). Rev. Baiana de saúde pública. 2010; 34(3):544-60.

Tavares JP, Beck CLC, Magnago TSBS, Greco PBT, Prestes FC, Silva RM. Produção científica sobre os distúrbios psíquicos menores a partir do self report questionnaire. R. Enferm. UFSM. 2011;1(1):113-123.

13. ASPECTOS EMOCIONAIS RELACIONADOS À ADOLESCENCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM PROJETO DE EXTENSÃO

EMOTIONAL ASPECTS RELATED TO ADOLESCENCE: REPORT OF EXPERIENCE OF A PROJECT OF EXTENSIONS

ASPECTOS EMOCIONALES RELACIONADOS CON LA ADOLESCENCIA: INFORME EXPERIENCIA DE UN PROYECTO DE AMPLIACIÓN

BERTOLDO, Caren da Silva¹; WICKERT, Daiana Cristina²; SILVA, Jordana Lima da³; PICCIN, Catiele⁴; MINELLO, Andrieli⁵; Maria Denise Schimith⁶.

Resumo

Introdução: Entende-se a adolescência como uma fase de constantes dúvidas e transformações psicológicas, fisiológicas e sociais, sendo um momento da vida em que se afirmam valores que possibilitam escolhas próprias. Nesta fase ocorrem inúmeras descobertas, dúvidas e anseios, com maior vulnerabilidade a situações de risco. Nesse contexto, ações educativas podem esclarecer dúvidas, ofertar informação e suporte para que os adolescentes vivenciem da melhor forma possível essa fase da vida. Assim, o presente trabalho consiste em um relato de experiência acerca de um encontro do projeto *Adolescer*, que teve como temática a “*bad*”. Aconteceu no segundo semestre de 2016 e foi desenvolvido por bolsistas do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). **Descrição da Experiência:** O projeto *Adolescer* é desenvolvido pelo PET Enfermagem desde 2007 e abrange adolescentes com idades entre 11 a 13 anos de idade, estudantes de escolas municipais de Santa Maria. O projeto é desenvolvido por meio de cinco encontros com diferentes temáticas, sendo estas de escolha dos próprios adolescentes, utiliza-se metodologia participativa e abordagem horizontal. Os encontros ocorrem por meio de oficinas temáticas. Durante as atividades do segundo semestre de 2016, quando se propôs a escolha das temáticas, uma das mais citadas foi a “*bad*”, um termo inglês muito usado entre adolescentes e jovens, que em sua tradução literal para o português significa “ruim, mal”, mas que popularmente é usado para se dizer que a pessoa está “na pior”, passando por um momento ruim, ou seja, reflete os problemas emocionais pelos quais os adolescentes podem vir a passar.

Resultados: Durante o encontro com a temática “*Bad*”, realizou-se duas dinâmicas: a dinâmica do presente, em que foi distribuído para cada participante um recorte de papel contendo uma frase que exaltava características pessoais. Nessa atividade o participante entregava o papel à pessoa que ele julgava ser detentor das qualidades descritas. Esta dinâmica foi pensada com o objetivo de demonstrar aos adolescentes que todos possuímos qualidades e somos especiais a nossa maneira, elevando desta forma, o autoestima dos participantes. A segunda dinâmica proposta se deu com a elaboração de um significado para a expressão “*bad*”, associando-a aos sentimentos comuns na adolescência. Durante a atividade, foram utilizados materiais de recorte, revistas, canetas coloridas e cola para operacionalizar a dinâmica, e ao final, foram construídos dois materiais acerca da discussão: um cartaz contendo a definição do conceito e sentimentos que estavam relacionados ao tema e uma “*playlist*” musical que remetiam a esses sentimentos. **Considerações finais:** Pode-se concluir que a metodologia participativa e a abordagem horizontal possibilitou a criação de um lugar de discussão, confiança e troca de experiências aos adolescentes, permitindo que eles expusessem suas tristezas e anseios, queixas e infelicidades. Nesse sentido, destaca-se a importância de projetos como o *Adolescer*, desenvolvidos com grupos de adolescentes, pois por meio destes é possível estabelecer ações educativas, que oferecem orientações, discussões e que fomentam a formação de seres críticos e empoderados para a tomada de decisões. Quanto aos acadêmicos bolsistas, trocam saberes e experiências, experimentam novas realidades, ampliam horizontes e aprendem mutuamente. O projeto transcende os muros da universidade e apresenta relevância social já que, busca fornecer auxílio, identificar as demandas e vulnerabilidades dos adolescentes, contribuindo para que vivenciem da melhor forma essa fase da vida, que é marcada por diferentes mudanças.

Descritores: Promoção da saúde; Adolescente; Enfermagem.

Abstract

Introduction: Adolescence is understood as a phase of constant doubts and psychological, physiological and social transformations, being a moment of life in which values are affirmed that make possible their own choices. At this stage there are innumerable discoveries, doubts and longings, with greater vulnerabilities to situations of risk. In this context, educational actions can be offered in order to clarify doubts, offer information and support so that adolescents experience the best possible way in this phase of life that is adolescence. Thus, the present work is an experience report about a meeting of the *Adolescer* project, whose theme was “*bad*”. It happened in the second half of 2016 and was developed by fellows of the Program of Tutorial Education (PET) Nursing of the Federal University of Santa Maria (UFSM). **Description of the Experience:** The *Adolescer* project has been developed by PET Nursing since 2007 and reaches adolescents aged 11 to 13 years old, students of Santa Maria municipal schools. The project is developed

through five meetings with different themes, these being the choice of the adolescents themselves, using a participatory methodology and a horizontal approach. The meetings take place through thematic workshops. During the activities of the second half of 2016, when the choice of topics was proposed, one of the most cited was "bad", an English term widely used among adolescents and young people, which in its literal translation into Portuguese means "bad, bad "But that is popularly used to say that the person is" in the worst ", going through a bad moment, that is, reflects the emotional problems that adolescents may come to pass. **Results:** During the meeting with the theme "Bad", two dynamics were carried out: the dynamics of the present, where a paper clipping containing a phrase exalting personal characteristics was distributed to each participant. The purpose of this activity was to deliver the paper to the person whom the participant believed to be the possessor of the described qualities. This dynamic was thought of as a way to demonstrate to the adolescents that we all possess qualities and are special in our way, thus raising the participants' self-esteem. The second dynamics proposed came with the elaboration of a meaning for the expression "bad", associating it with the common feelings in adolescence. During the activity, clipping materials, magazines, colored pens and glue were used to operationalize the dynamics, and in the end, two materials were built about the discussion: a poster containing the definition of the concept and feelings that were related to the theme and a " Playlist "that referred to these feelings. **Final considerations:** The project transcends the walls of the university and has social relevance since it seeks to provide assistance, identify the demands and vulnerabilities of adolescents, contributing to the best way to live this phase of life, which is marked by different changes. It can be concluded that the participatory methodology and the horizontal approach allowed the creation of a place of discussion, trust and exchange of experiences to adolescents, allowing them to expose their sorrows and desires, complaints and unhappiness. In this sense, we highlight the importance of projects such as the Adolescer, developed with groups of adolescents, because through them it is possible to establish educational actions that offer orientations, discussions and that foment the formation of critical and empowered beings for the making of decisions . As for academic scholars, they exchange knowledge and experiences, experience new realities, broaden horizons and learn from each other.

Descriptors: Health promotion; Adolescent; Nursing.

Resumen

Introducción: Se entiende la adolescencia como una etapa de constantes dudas y cambios psicológicos, fisiológicos y sociales, con un tiempo de vida en la que los valores de estado que permiten propias decisiones. En esta etapa producirse numerosos descubrimientos, dudas y ansiedades, con una mayor vulnerabilidad a situaciones de riesgo. En este contexto, las actividades educativas se pueden ofrecer con el fin de responder a las preguntas, ofrecer información y apoyo para los adolescentes experimenten la mejor manera posible esta fase de la vida que es la adolescencia. Por lo tanto, el presente trabajo es un relato de experiencia acerca de una reunión del proyecto Adolescer, que tuvo como tema el "malo". Sucedió en la segunda mitad de 2016 y fue desarrollado por los estudiosos de la Enfermería Programa de Educación Tutorial (PET) de la Universidad Federal de Santa María (UFSM). **Descripción de la experiencia:** El proyecto es desarrollado por Adolescer enfermería PET desde 2007 y llega a los adolescentes con edades comprendidas entre los 11 y 13 años de edad, estudiantes de las escuelas públicas de Santa María. El proyecto se desarrolla a través de cinco reuniones con diferentes temas, que son la elección de los adolescentes, utiliza una metodología participativa y enfoque horizontal. Las reuniones se llevan a cabo a través de talleres temáticos. Durante las actividades de la segunda mitad de 2016, cuando se propuso la elección de los temas, uno de los personajes más citados era "malo", un término Inglés ampliamente utilizado entre los jóvenes, que en su traducción literal al portugués significa "malo, malo "pero que se usa popularmente para decir que la persona es" el peor ", pasando por un mal momento, es decir, refleja los problemas emocionales para los que los adolescentes pueden llegar a pasar. **Resultados:** Durante la reunión con el tema "Bad" se llevó a cabo dos dinámicas: la dinámica de la actual, en la que se distribuye a cada participante un recorte de papel que contiene una frase que exaltó las características personales. El objetivo de esta actividad era entregar el papel a la persona que el participante juzga que titular de las cualidades descritas. Esta dinámica fue concebido como una manera de demostrar a los adolescentes que tienen todas las cualidades y son especiales a su manera, elevando así la autoestima de los participantes. La segunda propuesta era dinámico con el desarrollo de un sentido a la frase "malo", vinculándolo a los sentimientos comunes en la adolescencia. Durante la actividad, se utilizaron materiales de corte, revistas, lápices de colores y pegamento para poner en funcionamiento la dinámica, y al final, se construyeron dos materiales en el debate: un cartel que contenga la definición del concepto y sentimientos que estaban relacionados con el tema y " lista de reproducción musical ", que se refiere a estos sentimientos. **Consideraciones finales:** El proyecto trasciende los muros de la universidad y tiene relevancia social, ya que, busca brindar asistencia para identificar las necesidades y la vulnerabilidad de los adolescentes, contribuyendo a disfrutar de lo mejor de esta etapa de la vida, que está marcada por diferentes cambios. Se puede concluir que la metodología participativa y el enfoque horizontal permitieron la creación de un lugar de discusión, la confianza y el intercambio de experiencias a los adolescentes, lo que les permite exponer sus penas y deseos, quejas y la infelicidad. En este sentido, se destaca la importancia de proyectos como Adolescer, desarrollados con grupos de adolescentes porque a través de ellos se puede establecer actividades educativas, ofreciendo orientación, debates y fomentar la formación de seres críticos y capacitados para tomar decisiones . En cuanto a los estudiosos académicos, intercambiar conocimientos y experiencias, conocer nuevas realidades, ampliar horizontes y aprender unos de otros.

Descriptor: Promoción de la salud; Adolescentes; Enfermería

Introdução

A adolescência é uma etapa da vida caracterizada por alterações sociais, mentais e físicas, onde se transita entre a infância e a fase adulta, sendo esse processo essencial para o desenvolvimento humano. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), adolescente é a pessoa que tem entre doze e dezoito anos de idade; já o Ministério da Saúde considera adolescente a pessoa que tem entre dez e dezenove anos de idade.¹ De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)², em 2011, 11% da população brasileira era adolescente, em 2016, estima-se que este número esteja em 20%, ou seja, a maior população de adolescentes da história do Brasil. Porém, os indicadores sociais mostram elevados números de baixa escolaridade, analfabetismo, violência, assassinatos, gravidez, abuso sexual, abuso de drogas, Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), dentre outros fatores, mostrando a vulnerabilidade física e emocional a qual são expostos diariamente os adolescentes brasileiros.³ Sabendo que o ambiente sociocultural, o conhecimento, apoio, influenciam nas decisões e entendimento do período da adolescência, surgiu, no ano de 2007, o projeto de extensão *Adolescer*, desenvolvido pelo Programa de Educação Tutorial (PET) do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). O PET é um programa apoiado pelo Ministério da Educação, e é desenvolvido por grupos de estudantes de cursos de graduação das Instituições de Ensino Superior (IES) do Brasil, tutorados por um docente, e organizado pela tríade indissociável, ensino-pesquisa-extensão.⁴ O projeto *Adolescer*, é realizado com adolescentes de escolas públicas do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, e prevê a participação de voluntários da comunidade acadêmica do curso de Enfermagem. As atividades utilizam da metodologia participativa, com organização de oficinas, conforme as temáticas demandadas pelos adolescentes, contando com momentos coletivos e individuais. Durante as atividades do segundo semestre de 2016, quando se propôs a escolha das temáticas, uma das mais citadas foi a “*bad*”, um termo inglês muito usado entre adolescentes e jovens, que em sua tradução literal para o português significa “ruim, mal”, mas que popularmente é usado para se dizer que a pessoa está “na pior”, passando por um momento ruim, ou seja, reflete os problemas emocionais pelos quais os adolescentes podem vir a passar. Na maioria das vezes, as temáticas mais solicitadas são sexualidade, gravidez e drogas, sendo a “*bad*” uma oficina nova. Sabemos que as alterações emocionais e os problemas de saúde mental que ocorrem na adolescência, foram, por muito tempo, banalizados. No entanto, os mesmos estão relacionados a evolução psíquica da adolescência, que pode ser acompanhada de sinais e sintomas comportamentais opostos, como: rir e chorar, ser introvertido e extrovertido, detestar e adorar a família, querer aprender e detestar estudar, sono tranquilo e sono agitado, imitar os outros e ser ele mesmo, achar-se lindo e achar-se feio.³ Todas essas mudanças podem levar a ansiedade e alterações

emocionais, sendo o contexto familiar fundamental na construção da identidade e enfrentamento das dificuldades da adolescência. Os problemas mentais não se resumem a depressão, estes podem ser inseguranças, medos, dúvidas, que podem afetar a vida diária, as relações sociais e o bem estar geral dos adolescentes. Algumas manifestações clínicas de problemas mentais, como irritabilidade, dificuldade de concentração, apatia, mudanças no padrão do sono e alterações do apetite, são facilmente observados nos adolescentes e merecem atenção.¹ Com isso, percebe-se a importância do projeto, que busca fornecer auxílio, identificando as demandas e vulnerabilidades dos adolescentes, dando um auxílio direto e atuando para que possam ter informações suficientes para garantir sua saúde e qualidade de vida. Sendo assim, o presente estudo tem por objetivo relatar o encontro com a temática “*bad*” realizado com adolescentes por meio do projeto *Adolescer* durante o segundo semestre de 2016.

Descrição da experiência

Este estudo consiste em um relato de experiência, vivenciado pelas discentes do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), integrantes do grupo PET Enfermagem. As discussões sobre a temática foram oportunizadas durante a realização do projeto de extensão *Adolescer*, destinado aos adolescentes em fase escolar pertencentes ao ensino fundamental da rede pública de Santa Maria, com idade entre 11 e 13 anos, e visa o desenvolvimento de novas práticas e experiências tanto para os acadêmicos como para o grupo de jovens participante, através da construção em conjunto de conhecimento. Foram realizados cinco encontros no decorrer do semestre, cada um com duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos. Durante o primeiro encontro houve a definição dos temas a serem abordados ao decorrer do projeto. A partir das sugestões do grupo de adolescentes participantes elencamos os assuntos, para, posteriormente decidirmos a forma como cada um dos temas seria trabalhado, esta metodologia facilitou a troca de conhecimentos entre as acadêmicas e os adolescentes, além de proporcionar maior participação de todos na construção das discussões. Dentre os assuntos sugeridos surgiu o tema “*bad*”, o qual foi discutido no terceiro encontro. Inicialmente, com os todos os envolvidos dispostos em um círculo, realizou-se a dinâmica do presente, onde foi distribuído para cada participante um recorte de papel contendo uma frase que exaltava características pessoais. O objetivo da primeira atividade consistiu em entregar o papel à pessoa que o participante julgava ser detentor das qualidades descritas. Esta dinâmica foi pensada como uma forma de demonstrar aos adolescentes que todos possuímos qualidades e somos especiais a nossa maneira, elevando desta forma, a autoestima dos participantes. Já a segunda atividade proposta pelas discentes se deu com a elaboração de um significado para a expressão “*bad*”, associando-a aos sentimentos comuns na adolescência. Inicialmente, os participantes foram questionados sobre como eles definiam “*bad*” a

fim de delimitar os temas que iriam estar presentes na atividade, o que possibilitou a abordagem dos sentimentos que estavam envolvidos, a importância de falar sobre esses sentimentos, correlacionando-os com os aspectos emocionais dessa faixa etária. Durante a atividade, foram utilizados materiais de recorte, revistas, canetas coloridas e cola para operacionalizar a dinâmica, e ao final, foram construídos dois materiais acerca da discussão: um cartaz contendo a definição do conceito e sentimentos que estavam relacionados ao tema e uma “*playlist*” musical que remetiam a esses sentimentos. Buscou-se assim, através de práticas educativas e da transmissão do conhecimento de forma horizontal, levar ao grupo a discussão sobre os aspectos emocionais da adolescência, utilizando-se de rodas de conversas e construção de conceitos sobre os temas propostos.

Resultados e discussão

A realização da primeira atividade oportunizou troca de experiências entre as acadêmicas e os adolescentes, uma vez que a cada presente entregue era iniciada uma discussão acerca da reflexão contida no papel. A conversa fluiu de maneira descontraída, livre de pré-julgamentos, diferente do que costuma ocorrer em aula, onde os alunos são condicionados a apenas receber as informações.⁵ A ação também reafirma os princípios da educação em saúde, onde busca-se construir um vínculo com os participantes, tornando-os detentores de saber a fim de construir um pensamento crítico e reflexivo para que possam ser participantes ativos na troca de conhecimentos.⁶ Ainda, foi possível construir um ambiente amigável, enfatizando aos adolescentes que cada pessoa possui qualidades que a tornam especial, corroborando para o fortalecimento das amizades formadas entre eles e amenizando conflitos existentes. Este momento contribuiu para abrandar a convivência na escola, uma vez que a violência nas escolas encontra-se cada vez mais elevada. Não há somente o aumento dos números de casos, mas também da gravidade das ações.⁷ A escola se constitui como um ambiente onde cada vez mais as boas maneiras são esquecidas, os estudantes estão acostumados a desrespeitar os professores e colegas, sendo assim, lembrar os adolescentes que todos merecem ser tratados com cordialidade também é uma forma de cuidar da saúde deles, transformando a escola em um local agradável e motivacional. Quando abordou-se o conceito de “*bad*” os adolescentes associaram o termo a sentimentos negativos, como tristeza, falta de vontade para realizar tarefas e decepções amorosas. Este último gerou muita discussão, ao ser abordado várias vezes pelos adolescentes, gerando inclusive conversas paralelas e piadas com os amigos. Houve ainda, um momento onde as experiências pessoais foram compartilhadas, relatando situações de relacionamentos que não deram certo e o quanto isso os gerou sofrimento. Segundo autor⁸, a adolescência constitui-se como um período da vida marcado por alterações físicas, hormonais e emocionais, o que explicaria em parte o interesse dos adolescentes em entrar em um

relacionamento. O envolvimento amoroso entre os jovens está relacionado ao modo como a sociedade os enxerga, pois quando atingem a adolescência passam a ser vistos como homem e mulher em desenvolvimento, recebem novas responsabilidades como trabalhar ou ficar fora de casa mais tempo para estudo, lazer.⁹ O autor afirma também que as influências sociais tem maior repercussão sobre os adolescentes, ainda mais quando se trata do Brasil, uma vez que a população possui um despreendimento de normas, é mais flexível, menos envergonhada, venera o estrangeiro e o desconhecido.⁹ Durante a atividade evidenciou-se que a “*bad*” estava presente na vida dos adolescentes principalmente pelo fato de seus relacionamentos não serem duradouros. Eles queixavam-se na maioria das vezes, da infidelidade de seus parceiros. Atualmente a sociedade encontra-se cada vez mais preocupada com curto tempo para realização de inúmeras tarefas e passou a se deter menos em distrações como romances duradouros, ainda existe a queda das fronteiras geográficas que impediam as pessoas de percorrer longos espaços, levando-as a acomodação. Também houve uma dissociação psicossocial que levou os relacionamentos a se tornarem instáveis, flutuantes, sem significância, aumentando a exaltação da sexualidade e perdendo-se a essência do convívio conjugal.⁹ Essa alteração no perfil dos relacionamentos, somada a influência social, levou os adolescentes a agirem de tal maneira, acreditando que devem seguir o perfil contemporâneo que é buscar a satisfação de suas necessidades.⁹ A preocupação dos adolescentes vai além da perda de seu companheiro, eles sentem-se expostos a riscos como as Doenças Sexualmente Transmissíveis e gravidez na adolescência, ao serem condicionados a trocar de parceiro sexual ao não conseguirem manter um relacionamento estável. Por isso, nessa fase deve ser prestada maior relevância aos diálogos acerca do tema, enfatizando a importância do uso de preservativos durante as relações sexuais, considerando sempre as vivências dos adolescentes ao realizar uma escuta ativa e livre de julgamentos.¹⁰ Ao final do encontro houve a construção de uma “*playlist*” musical, a qual elencou músicas que remetiam aos sentimentos vivenciados pelos adolescentes quando se encontravam na “*bad*”. Atualmente a música possui diversos significados e utilidades, podendo servir como meio de diversão, relaxamento e também como prática artística. Os adolescentes são apontados como público alvo dos mercados musicais, pois é nessa fase que eles estão mais cativados com as sensações geradas a partir da música, transformando-a em um instrumento de tradução do mundo.¹¹ A música possui a função de expressar os sentimentos, as emoções e as ideias dos indivíduos em determinado momento social pelo qual ele esteja passando, através dela, é possível comunicar-se, demonstrar determinados comportamentos.¹² Nas músicas selecionadas pelos adolescentes durante a construção da atividade transpareceram todas as colocações realizadas por eles durante o encontro. A “*playlist*” musical englobou músicas que abordavam temas como infidelidade, desilusões amorosas, sentimentos como tristeza, raiva e

revolta. Também foram retratadas músicas que contavam histórias de superação e triunfo sobre as dificuldades. Sendo assim, evidenciou-se que a música contempla todas as suas funções para os adolescentes participantes e serve ainda como forma de escape da realidade.

Considerações Finais

Em prol da promoção de uma juventude saudável e prevenção de riscos, o projeto Adolescer transcende os muros da universidade e leva o conhecimento científico para com a realidade dos jovens participantes. A recompensa é o conhecimento construído nessa transição que alia o científico com a experiência, e é de extremo valor, tanto para a maturação do ser crítico que tornar-se-á um adulto empoderado para tomada de decisões, quanto para os acadêmicos que trocam saberes, experienciam novas realidades, ampliam horizontes e aprendem mutuamente. Pode-se concluir que a metodologia participativa e a abordagem horizontal possibilitou a criação de um lugar de discussão, confiança e troca de experiências aos adolescentes, permitindo que eles expusessem suas tristezas e anseios, queixas e infelicidades. Entendemos que estar na “bad” é vivenciar uma situação desagradável, por exemplo, o término de relacionamentos que são cada vez mais precoces e poucos duradouros, contribuindo para a exposição a riscos como Doenças Sexualmente Transmissíveis e gravidez na adolescência. Nesse sentido, o profissional da saúde deve se inserir nos cenários escolares, já que este é o local de maior permanência dos adolescentes. Destaca-se também que o profissional enfermeiro exerce função educativa na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, sendo agente de intervenções sociais, fomentando o conhecimento, mudanças comportamentais e formação de cidadãos protagonistas de mudanças na sociedade. Ademais, o projeto procura estabelecer e fortalecer os laços entre a academia e a sociedade ao tratar dos temas intrínsecos ao cotidiano dos moradores de zonas de vulnerabilidade para que o conhecimento sirva de artifício para distanciar-se dessas problemáticas. Nesse sentido, tem-se a oportunidade de desenvolver o sentimento de cidadania e solidariedade, perceber a responsabilidade coletiva e o compromisso que temos na construção de uma sociedade mais igualitária.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Universidade Federal do Maranhão. Saúde do adolescente e a saúde da família. Cadernos de Saúde da Família, n. 6. São Luís; UFMA; 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7558>. Acesso em: 13 fev 2017.
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância. O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília; UNICEF; 2011. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf. Acesso em: 13 fev 2017.

3. Universidade Federal do Maranhão. Saúde do Adolescente. São Luís; UFMA; 2013. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/521>. Acesso em: 13 fev 2017.
4. Brasil. Ministério da Educação. Apresentação-PET. 2016. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/pet>>. Acesso em: 22 fev 2017.
5. Ferraro MRMA. Percepção de professores sobre a saúde na escola. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós Graduação em Saúde da Comunidade, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011. p. 124.
6. Cossa APP, Jardim DP. O enfermeiro na educação em saúde na adolescência nos últimos dez anos. Rev Enferm UNISA. 2011; 12(1):58-63.
7. Silva JMAP, Salles LMF. A violência na escola: abordagens teóricas e propostas de prevenção. Educar em Revista. 2ªed, Curitiba, Editora UFPR, 2010. p. 217-232
8. Camargo EÁI, Ferrari RAP. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(3):937-46.
9. Justo JS. O “ficar” na adolescência e paradigmas de relacionamento amoroso da contemporaneidade. Revista do Departamento de Psicologia – UFF. 2005 jan/jun; 17(1):61-77.
10. Luna IT, Silva KL, Dias FLA, Freitas MMC, Vieira NFC, Pinheiro PNC. **Ações educativas desenvolvidas por enfermeiros brasileiros com adolescentes vulneráveis às dst/aids.** Cienc enferm. 2012 abr.; 18(1): 43-55.
11. Sebben EE, Subtil MJ. Concepções de adolescentes de 8ª série sobre música: possíveis implicações para a implementação das práticas musicais na escola. Porto Alegre, Revista da ABEM, 2010 mar.; 23(1):48-57.
12. Merriam A. The anthropology of music. Evanston: Northwestern University Press, 1964.



III Seminário Internacional
Tecnolo Redes na Enfermagem e na Saúde
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

14. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE INTERNADO EM UNIDADE DE CLÍNICA CIRÚRGICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

NURSING ASSISTANCE TO THE HOSPITALIZED PATIENT IN SURGICAL CLINIC: AN EXPERIENCE REPORT

CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTE INTERNADO EM UNIDAD CLINICA QUIRURGICA: INFORMES DE EXPERIENCIA

PAZ, Carmen Lúcia Bortolozo¹; CAMPONOGARA, Silviamar²; RODRIGUES, Isis de Lima³; PETRY, Karen Emanuelli⁴; TASCHETTO, Carlie da Fontoura⁵; DIAS, Gisele Loise⁶

INTRODUÇÃO: O procedimento cirúrgico, seja de caráter eletivo ou de emergência, é um evento complexo e estressante e define-se pela realização de intervenções médicas invasivas com a finalidade de solucionar e ou minimizar o problema de saúde de um indivíduo⁴. Estas intervenções invasivas, podem, mesmo em indivíduos saudáveis, apresentar complicações^{2,3}. Independente da complexidade clínica do paciente, do tipo de procedimento a ser realizado e do tempo de permanência na instituição hospitalar, a equipe de enfermagem deve estar preparada para atender as demandas individuais destes, ou seja, as peculiaridades e complexidade dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Além disto, os pacientes e seus familiares carregam consigo seus valores, medos, anseios, angústias e crenças, fato este que pode influenciar na evolução de seu quadro clínico e na qualidade da assistência caso não haja uma comunicação adequada e uma relação de respeito entre paciente, familiar e equipe de saúde^{1,4}. Tendo em vista que um diagnóstico cirúrgico é, na maioria das situações, difícil e estressante, por isso é importante que os profissionais atuantes nestes processos tenham sensibilidade e empatia para entender os sentimentos que envolvem o paciente². Neste cenário de clínica cirúrgica, a assistência de enfermagem perioperatória incorpora os três períodos da experiência cirúrgica, a saber: o pré-operatório, o intraoperatório e o pós-operatório². Assim, torna-se necessário conhecer a dinâmica que envolve os períodos operatórios, pois trata-se de um diferencial para uma prática de cuidados de enfermagem, tendo em vista que cada período possui particularidades que, se constatadas, permitem a realização de cuidados específicos e individualizados, os quais são fatores que podem contribuir significativamente no processo de recuperação e reabilitação clínica do paciente². Nesta perspectiva, o atuar do profissional enfermeiro na unidade de clínica cirúrgica contempla, entre habilidades, competências e atitudes, a comunicação eficiente, o conhecimento técnico científico, a autonomia e a relação multiprofissional, os quais buscam assegurar a assistência integral, com vistas à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do paciente^{3,1}. Desta forma, a atuação do enfermeiro no cuidado direto ou indireto ao paciente em clínica cirúrgica é peculiar, pois este profissional precisa desenvolver sua prática de maneira ágil, dinâmica e de forma a contemplar a complexidade dos períodos perioperatórios. Além disto, nos serviços de saúde, particularmente nas instituições hospitalares, as equipes de saúde dividem o mesmo espaço físico, entretanto, a equipe de enfermagem se sobressai, pois permanece junto ao paciente pelo período de 24 horas, tornando-se assim responsável por proporcionar um ambiente harmonioso, tranquilo e seguro durante o período de internação hospitalar³. **OBJETIVOS:** Relatar vivência de acadêmica de 4º semestre em uma

¹ Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Email: carmenluciabpaz@live.com

² Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente do curso de enfermagem e PPGENF/UFSM.

³ Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria

⁴ Acadêmica de Enfermagem. Bolsista Pibic/Cnpq. Universidade Federal de Santa Maria.

⁵ Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Emergência.

⁶ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em enfermagem pelo PPGENF/UFSM.

unidade de clínica cirúrgica de um hospital público geral, localizado no interior do Rio Grande do Sul. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência das atividades realizadas pela acadêmica do Curso de graduação em Enfermagem, no setor de clínica cirúrgica de uma instituição pública. No período de desenvolvimento das atividades, a acadêmica de enfermagem, cursava o 4º semestre do curso de graduação. As atividades foram realizadas durante os meses de julho a agosto de 2015, perfazendo uma carga horária total de 80 horas contemplando atividades assistenciais, gerenciais e educativas de competência do profissional enfermeiro, sob a supervisão de uma enfermeira do setor. A unidade de escolha da vivência e das atividades relatadas neste trabalho foi a unidade de clínica cirúrgica, a qual possui 52 leitos. Quanto à área física é constituída por: hall de entrada, salas de enfermagem, médica, de medicação e procedimentos, expurgo, sala de prescrição de enfermagem, de educação em saúde, sala de descanso para equipe médica e outra para os demais funcionários, sala de lanche e banheiros. A equipe de enfermagem é composta no total por 19 enfermeiros, 37 técnicos em enfermagem e 08 auxiliares de enfermagem, sendo que tem-se a presença de 03 enfermeiros, 07 técnicos em enfermagem e 01 auxiliar em enfermagem por turno. **RESULTADOS:** Durante o desenvolvimento das atividades na unidade cirúrgica, foram realizados ao total 20 plantões diurnos, tanto em dias de semana, como em finais de semana. Ao início de cada plantão realizava-se a escala de onde os profissionais atuavam na assistência, tanto enfermeiros, como técnicos e auxiliares de enfermagem. Os cuidados realizados pela acadêmica no setor foram apenas os cuidados aprendidos nas aulas até o momento da realização da vivência. Dentre esses cuidados estava o gerenciamento do cuidado ao paciente (auxílio nos banhos de leito e de aspersão, troca de roupas de cama, aspirações de tubo orotraqueal e traqueostomias, retiradas de ponto, curativos, limpeza de fixadores externos, sondagens vesicais e nasoenterais e uso do computador para fazer o registro desses cuidados). Além destas atividades, foram desenvolvidas atividades de educação em saúde com os pacientes internados no setor, juntamente com seus acompanhantes. Estas atividades foram desenvolvidas durante a assistência de enfermagem nos períodos pré e pós-operatórios, sendo que tinham por objetivo orientar e esclarecer as possíveis dúvidas do paciente e de seus familiares sobre o procedimento cirúrgico e cuidados específicos durante a internação hospitalar, incluindo ainda os cuidados a serem realizados no domicílio após alta hospitalar. Tais atividades foram realizadas, principalmente, em uma sala própria para este fim, com os pacientes e familiares ou acompanhantes. Nesta sala, foram utilizados todos os materiais disponíveis dentre os quais destacam-se os manequins demonstrativos, os quais foram adquiridos pela instituição para o desenvolvimento destas atividades. Estes têm por finalidade principalmente a demonstração e informação dos cuidados pré e pós-operatórios. **CONCLUSÕES:** A vivência acadêmica foi realizada com o intuito de colocar em prática os conhecimentos adquiridos durante o curso de graduação em enfermagem e, ainda, conhecer como funciona uma unidade de clínica cirúrgica. Nesta oportunidade, foi possível conhecer parte das atribuições do profissional enfermeiro no setor de clínica cirúrgica de um hospital de grande porte. Dentre as mais diversas atribuições do enfermeiro neste serviço, as atividades de educação em saúde merecem destaque. Tais atividades aproximam o profissional enfermeiro do paciente e de sua família, o que pode contribuir para evolução clínica do paciente cirúrgico. Como acadêmica, vivenciar estes momentos favoreceu o desenvolvimento de habilidades como a comunicação, a escuta e o planejamento. Em relação aos procedimentos práticos realizados na unidade, esta vivência acadêmica proporcionou uma oportunidade de aprendizado e aprimoramento das técnicas aprendidas em sala de aula e laboratório de enfermagem, pois é uma unidade com muitos leitos, o que favoreceu o desenvolvimento das habilidades técnicas da acadêmica.

DESCRITORES: Enfermagem Perioperatória; Cuidados de Enfermagem; Assistência ao Paciente

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências:

1. Hinkle JL, Cheever KH. Manejo de enfermagem no período pré operatório. In Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. v. 1, 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
2. Bastos AQ, Souza RA de, Souza FM de, Marques PF. Reflexões sobre cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório: uma revisão integrativa da literatura. Ciênc. cuid. saúde [Internet]. 2013 Jun [citado 2017 Fev 04]; 12(2): 382-390. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612013000200023&lng=pt.2
3. Callegaro GD, Baggio MA, Nascimento KC do, Erdmann AL. Cuidado perioperatório sob o olhar do cliente cirúrgico. Rev. Rene. [Internet]. 2010 Jul/Set [citado 2017 Fev 20]; 11(3): 132-142, jul./set.2010 Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_html_site/resumo_portugues/a14v11n3.html
4. Costa V, Alves de SF, Silva SCF da, Lima VCP de. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. Rev. SBPH [Internet]. 2010 Dez [citado 2017 Fev 24]; 13(2): 282-298. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200010&lng=P.



15. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

NURSING ASSISTANCE IN PEDIATRIC INTERNAL UNIT: A REPORT IN EXPERIENCE

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD ADMISIÓN DE PEDIATRICA: UN RELATO DE EXPERIENCIA

RODRIGUES, Isis de Lima¹; CAMPONOGARA, Silviamar²; DIAS, Gisele Loise³;
TASCHETTO, Carlie da Fontoura⁴; PAZ, Carmen Lucia Bortolozo⁵, PETRY, Karen Emanuelli⁶

INTRODUÇÃO: Considerando o cuidado assistencial no cenário hospitalar, sabe-se que entre as equipes assistenciais de saúde, a equipe de enfermagem é a que permanece durante a maior parte do tempo com o paciente no período de internação. Por sua vez, os enfermeiros, enquanto integrantes da equipe de enfermagem, desenvolvem suas ações de cuidado em todos os momentos do seu cotidiano de trabalho, seja direta ou indiretamente¹. Entretanto, o hospital é um ambiente complexo, principalmente quando com relação às demandas de cuidado que este profissional possui no seu cotidiano de trabalho. O ambiente hospitalar possui diversas unidades de internação, as quais se caracterizam pela diversidade e complexidade de quadros clínicos dos pacientes nelas internados. Dentre as diversas unidades dos hospitais, a unidade de internação pediátrica é uma unidade que apresenta esta diversidade. Primeiramente, porque o processo de hospitalização infantil pode representar para estes pacientes o afastamento e o isolamento. Sob este olhar é importante destacar ainda que diversos sentimentos podem surgir em decorrência deste processo, por exemplo, a ansiedade, medo e o estranhamento². Além disto, o perfil de crianças mudou, e atualmente, os profissionais de saúde se deparam com pacientes que apresentam, por exemplo, condições crônicas e psiquiátricas. Estas situações reforçam que o cuidado prestado pelo profissional enfermeiro não deve ser direcionado somente aos pacientes internados, mas também devem ser estendidos aos familiares que os acompanham durante o período de internação hospitalar². Da mesma maneira que o perfil epidemiológico desta população mudou, o desenvolvimento das práticas assistenciais relativas ao cuidado infantil também se modificou com o decorrer dos anos. Estas mudanças são atribuíveis, principalmente, aos avanços tecnológicos, especialmente na década de 1990, contribuindo para a elevação da sobrevivência de crianças com doenças de alto grau de complexidade, e, ainda, pelo reconhecimento da importância da família no processo de construção do cuidado ao paciente³. Com a assistência específica, voltada para a criança e seu acompanhante amplia-se a complexidade do cuidado, entretanto, espera-se com isso o atendimento humanizado, conduzido através do reconhecimento das particularidades e das necessidades de cada paciente e familiar². Nestas unidades, o trabalho desenvolvido pelo profissional enfermeiro é voltado para um olhar amplo e busca-se desenvolver a promoção da saúde e o bem-estar dos pacientes, com o objetivo de prestar uma assistência de qualidade para saúde das crianças e suas famílias. A partir disto, sua prática é desenvolvida e organizada considerando os aspectos sociais, psicológicos e emocionais

¹ Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Email: isisrodrigues@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente do curso de enfermagem e PPGENF/UFSM.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em enfermagem pelo PPGENF/UFSM.

⁴ Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Emergência.

⁵ Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria.

⁶ Acadêmica de Enfermagem. Bolsista Pibic/Cnpq. Universidade Federal de Santa Maria.

tanto do paciente quanto do seu contexto familiar^{4,5}. **OBJETIVOS:** Relatar as experiências a partir de uma vivência realizada por uma acadêmica de enfermagem no setor de unidade de internação pediátrica de um hospital público geral localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência das atividades realizadas no período de julho a agosto de 2016. Estas atividades compreenderam uma carga horária total de 52 horas, as quais foram realizadas pela acadêmica do 6º semestre de um curso de enfermagem de uma instituição pública federal. O local de atuação foi um hospital universitário localizado no interior do Rio Grande do Sul. Este hospital caracteriza-se por ser referência no atendimento de nível terciário de atenção à saúde. E atualmente, está sob gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), e realiza atendimentos de média e alta complexidade. A unidade de desenvolvimento das atividades relatadas neste trabalho foi a unidade de internação pediátrica, a qual possui 19 leitos e atende crianças de 28 dias a 15 anos incompletos, com funcionamento ininterrupto. Quanto à área física é constituída por: hall de entrada, três enfermarias com cinco leitos cada, sendo uma normalmente destinada a crianças menores, denominada por enfermaria dos lactentes. O setor também possui dois quartos de isolamento com dois leitos cada um, uma brinquedoteca, espaço destinado para refeições, sala de repouso, sala de estar médico, sala de procedimentos, posto de preparo de medicações, posto de enfermagem, lactário, expurgo, rouparia, sala de espera para acompanhantes, banheiro para pacientes nas enfermarias, banheiro para acompanhantes, e banheiro para funcionários. A equipe de enfermagem é composta por 19 enfermeiros, 14 técnicos de enfermagem e 10 auxiliares de enfermagem, distribuídos nos turnos da manhã, tarde e noite. **RESULTADOS:** As atividades realizadas pela acadêmica contemplaram as atividades competentes ao profissional enfermeiro atuante em unidade de internação pediátrica, tais como promover segurança e bem estar da criança durante o período de internação, realização das atividades práticas assistenciais como auxílio em banhos de leito e de aspersão, sondagens, aspirações, curativos, troca de frasco de drenos de tórax, e práticas gerenciais como participar da elaboração de escalas, preparar e organizar a sala de procedimentos, organização da unidade, conferência de medicações controladas, promover atividades de educação e promoção da saúde com os acompanhantes e familiares dos pacientes do setor. **CONCLUSÕES:** Durante o desenvolvimento da vivência na unidade de internação pediátrica, pode perceber-se primeiramente que o local exige dos profissionais e acadêmicos que ali estão inseridos muita sensibilidade, principalmente no momento de prestar o cuidado e do contato com os familiares, pois se trata de um ambiente, onde tanto pacientes como acompanhantes encontram-se fragilizados, principalmente emocionalmente, pois sentem-se inseguros diante do processo de internação. Os pacientes, porque o afastamento do lar e de sua rotina quase sempre é abrupta e os familiares, que normalmente são os pais, principalmente por dois motivos: o adoecimento ou o processo de hospitalização para a criança e ainda o afastamento das outras atividades cotidianas para permanência como acompanhante durante o período de hospitalização. Com a realização desta vivência acadêmica foi possível conhecer o trabalho assistencial e gerencial do profissional enfermeiro nesta unidade. A unidade de internação pediátrica oportunizou o desenvolvimento e o aprimoramento de algumas habilidades e competências, dentre as quais podem-se destacar: o trabalho em equipe, a escuta da criança e dos pais, a sensibilidade, empatia, o planejamento das ações assistenciais e administrativas, e ainda o desenvolvimento de habilidades técnicas voltadas para os procedimentos realizados. Ainda, com a inserção acadêmica neste espaço foi possível refletir sobre o cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem, suas relações e organização do cuidado a ser prestado, importantes para integralidade da assistência ao paciente internado na unidade.

DESCRIPTORES: Enfermagem; Enfermagem pediátrica; Assistência ao Paciente

Eixo Temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem**Referências:**

1. Moro CR, Almeida IS, Rodrigues BMRD, Ribeiro IB. Desvelando o processo de morrer na adolescência: a ótica da equipe de enfermagem. Rev Rene [Internet]. 2010 [acesso em 2016 set 20]; 11(1): 48-57. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027969004>.
2. Hockenberry MJ, Winkelstein ML. Wong. Fundamentos da Enfermagem pediátrica. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
3. Silveira A, Neves ET. Crianças com necessidades especiais de saúde: tendências das pesquisas em enfermagem. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2011[acesso em 2016 out 2]; 1(2): 254-260. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2500>.
4. Martinez EA, Tocantins FR, Souza SR. As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2013 [acesso em 2016 set 01]: 34(1):37-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100005&lng=en&nrm=iso.
5. Menin GE, Pettenon MK. Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros. Rev. bioét. [Internet]. 2015 [acesso em 2016 out 15]:23(3): 608-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422015000300608&lng=en&nrm=iso.



16. ATIVIDADE EDUCATIVA COM IDOSOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE GRADUANDOS DE ENFERMAGEM

EDUCATIONAL ACTIVITIES WITH THE ELDERLY: A REPORT ABOUT NURSING STUDENTS EXPERIENCES

ACTIVIDAD EDUCATIVA CON ANCIANOS: UN INFORME SOBRE LA EXPERIENCIA DE GRADOS EN ENFERMERÍA

LANÇANOVA, Josiane Grippa¹; BERNARDI, Camila Milene Soares²; CARVALHO, Amanda Steinstrasser³; SILVA, Silvana de Oliveira⁴.

Introdução: A população idosa brasileira segue uma tendência mundial de mudança do perfil epidemiológico e isso aumenta gradativamente em função da baixa taxa de fecundação e altos índices de mortalidade. Então, o conceito que se espera da velhice, é ter uma vida ativa, designada para manter a autonomia, ou seja, a capacidade de decisão e a independência, competência para realizar algo por meios próprios¹. Entende-se que tanto a comunidade quanto a própria população idosa, necessitam compreender os seus comportamentos e sentimentos, para que a velhice e o envelhecimento, estejam incluídos na sociedade. Torna-se indispensável a valorização dos idosos, assim a equipe multidisciplinar de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), deve ofertar atividades para auxiliar na qualidade de vida, bem-estar, lazer e demonstrar a importância deste acompanhamento multiprofissional². A esse respeito a população idosa necessita de cuidados direcionados, ou seja, que promovam um envelhecimento ativo capaz de manter sua autonomia e principalmente a qualidade de vida. Sabe-se que a atenção à saúde do idoso requer serviços de atenção que vão além dos paradigmas clínico curativo, logo requer aplicação de postura multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. A enfermagem torna-se uma área necessária na atenção à saúde da população idosa, assim como para a população em geral³. Portanto, com enfoque no profissional enfermeiro, o mesmo assume um papel fundamental quando trata-se da saúde do idoso, no sentido de cuidar, reduzir e prevenir doenças nesse ciclo vital. Por meio de condutas baseadas em educação em saúde e a atuação em Redes de Atenção à Saúde, contribui para que a atenção integral no processo de envelhecimento seja possível. **Objetivo:** Relatar experiências vivenciadas por acadêmicos de enfermagem em atividade curricular da disciplina Saúde do Idoso do Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade Comunitária da região centro-oeste e do Rio Grande do Sul (RS). **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência referente a participação dos acadêmicos na 18ª Semana Municipal do Idoso, ocorrida no município de Santiago, em setembro de dois mil e dezesseis. Esse evento é organizado pelo Conselho Municipal do Idoso em parceria com a Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social, da Saúde e a Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), campus de Santiago. O envolvimento dos acadêmicos ocorreu no terceiro dia do evento, com ações de promoção da saúde relacionadas a qualidade de vida, Por meio de uma atividade interativa chamada Semáforo os acadêmicos interagiram com os idosos trocando conhecimentos acerca da alimentação, atividades físicas, lazer, entre outros cuidados com a saúde em geral. **Resultados:** A 18ª Semana do idoso ocorreu de 22 a 30 de setembro com diferentes programações. Dentre as programações, destaca-se a do dia 27, que ocorreu em um Clube da cidade e contou com a participação dos acadêmicos. Nesse dia diversas atividades marcaram o evento como momento ecumênico, palestra com o tema “qualidade de vida”, proferida por profissional médico; apresentação de um grupo de danças e coral local, lanches e baile. A prática proposta pelos acadêmicos ao público de idosos foi o Teste do Semáforo, ou seja, um conjunto de questionamentos individuais quanto aos hábitos de vida

praticados. Entre as questões incluía: A sua alimentação é rica em frutas, verduras e legumes? Você pratica atividades físicas? Você consome água durante o dia? em que quantidade? Participa de atividades recreativas ou de grupos? Usufrui de hábitos de lazer? Com que frequência? Tem acesso e conhecimento aos serviços de saúde? As opções de resposta eram sim, não ou pouco/às vezes. Então, de acordo com as respostas havia a avaliação do resultado, para a maioria de respostas sim a qualidade de vida era classificada na cor verde, para as respostas pouco/às vezes classificou-se como amarelo, já para a maioria de respostas não a classificação foi vermelha. Durante a realização da atividade foi possível observar que o público de idosos estava constituído por pessoas de diferentes classes sociais, e que as respostas variaram conforme essa questão. Pode-se perceber que quanto a alimentação houve diferenças em relação aos tipos de alimentos consumidos, os menos favorecidos financeiramente possuíam uma alimentação rica em carboidratos, frituras, gorduras, já aqueles com condições financeiras melhores e estáveis, os hábitos alimentares estavam equilibrados. Quanto a prática de atividades físicas, os idosos com menor poder aquisitivo, relataram falta de tempo e desconhecimento acerca das atividades físicas adequadas às suas condições motoras e de saúde, diferentemente dos demais que praticavam tais atividades de forma habitual e com orientação profissional. Essas respostas se repetiram quando questionados acerca da participação em atividades recreativas de lazer e em grupo. Por compreender que o acesso aos serviços de saúde, além de ser um direito constitucional, garante aos idosos a atenção à sua saúde, esse foi um dos questionamentos no teste do Semáforo. As respostas para este ponto, foram positivas, ou seja, os participantes do evento referiram ter acesso aos serviços de saúde, porém, especificamente os idosos com maior poder aquisitivo relataram desconhecimento quanto aos serviços públicos disponibilizados, quando trata-se das ações ofertadas pelas equipes de uma ESF como consulta de enfermagem, consulta médica, dispensação de medicações, atividades educativas, imunizações, visitas domiciliares. Notou-se que a população com melhores condições de vida residiam em áreas cobertas por unidades de Saúde da Família, no entanto, não se identificou nos relatos o vínculo com esses serviços. Acredita-se que as equipes têm a necessidade de articular e proporcionar à comunidade, ações de promoção e educação em saúde, de forma que contemple as necessidades e demandas de toda a população sob sua responsabilidade, pois o Sistema Único de Saúde tem entre seus princípios a integralidade e universalidade, ou seja, o direito de acesso igualitário para todos. A política de promoção da saúde destaca-se mundialmente como pertinente instrumento na busca da idealização de um conceito ampliado de saúde, que privilegie ações de melhoria da qualidade de vida dos usuários e coletivos. No que concerne o cuidado de enfermagem direcionado ao idoso, é importante que as ações sejam guiadas pela promoção da saúde⁴. A esse respeito destaca-se que a palestra proferida nesse dia, destacou aspectos referentes à qualidade de vida no sentido biológico, desconsiderando as diferenças socioculturais do público presente. Neste contexto, acredita-se que ações educativas baseadas no cenário de vida das pessoas tendem a ser mais resolutivas, uma vez que se observou durante a atividade que a troca de conhecimentos entre os idosos e os acadêmicos proporcionou a reflexão acerca das condições de vida e da necessidade de fortalecer ações intersetoriais e a comunicação com a Rede de Atenção à Saúde, com vistas a promover a qualidade de vida dos idosos do município. Portanto, deve-se contemplar e incentivar a participação ativa dos idosos, os quais possuem capacidade de decidir sobre questões do seu bem-estar, subsidiados pelas próprias experiências e práticas educativas. A equipe da ESF também deve estar entrosada e conhecer os hábitos de vida, os valores religiosos, éticos, culturais, de suas famílias e da comunidade dos idosos, tendo em vista que esses elementos influenciam nas necessidades de saúde¹. **Conclusões:** A experiência acadêmica vivenciada, trouxe uma importante reflexão acerca da necessidade de considerar os determinantes sociais e suas implicações no processo saúde-doença. Sensibilizou quanto a necessidade de atuar de forma interdisciplinar, intersetorial e em Rede para a obtenção de melhorias na qualidade de vida da população idosa. Para os idosos que participaram da atividade, representou uma oportunidade para conhecer e refletir sobre sua saúde e as possibilidades para o autocuidado no sentido de co-responsabilidade, uma vez que a obtenção da saúde perpassa pela forma como a sociedade está organizada e o quanto as

políticas públicas contribuem para isso. O enfermeiro, pela sua formação generalista e calcada em concepções de saúde que vão além do biológico, possui competências e habilidades para propor e integrar iniciativas de promoção da saúde, subsidiadas pelo conhecimento da realidade social e epidemiológica, do respeito e diálogo com o outro na busca pela qualidade de vida e autonomia dos idosos.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Descritores: Saúde do Idoso; Promoção da saúde; Educação em Saúde; Enfermagem.

Descriptors: Health of the Elderly; Health Promotion; Health Education; Nursing.

Descriptores: Salud del Anciano; Promoción de la Salud; Educación en Salud; Enfermería.

Referências:

1. Gautério DP, Vidal DAS, Barlem JGT, Santos SSC. Ações educativas do enfermeiro para a pessoa idosa: estratégia saúde da família. Rev. Enfermagem UERJ 2013; 21(2); 824-8.
2. Dourado MB, Oliveira ALB, Menezes TMO. Percepção dos graduandos de enfermagem sobre o seu envelhecimento. Rev. Bras. Enferm. 2015; 68(2); 278-83.
3. Cavalini BA, Ferreira MCG, Ferreira MA. Política nacional do idoso e sua implementação na assistência de enfermagem. Rev. Raizes e Resumos 2014; 02(1); 3-155.
4. Valcarenghi RV, Lourenço LFL, Siewerti JS, Alvarez AM. Produção científica da Enfermagem sobre promoção de saúde, condição crônica e envelhecimento. Rev. Bras. Enferm. 2015; 68(4); 705-12.

17. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DE LESÕES

NURSE'S ACTION IN THE TREATMENT OF INJURIES

PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN TRATAMIENTO DE LESIONES

ALIEVI, Mariana Fröhlich¹; OLEINICZACK, Elisângela²

Introdução: O enfermeiro é o profissional responsável por atuar tanto na prevenção quanto no tratamento de lesões, por ser um dos profissionais que está mais tempo ao lado dos pacientes atuando em diversas situações, por ter competência e habilidade para tal atividade. Ele é um dos principais envolvidos no tratamento das lesões dos pacientes após o mesmo desenvolver uma lesão por pressão, sendo já descrito e evidenciado, que desenvolver uma lesão por pressão hoje não depende somente da equipe de enfermagem e sim de uma sucessão de fatores intrínsecos e extrínsecos do paciente que o levam a desenvolver a lesão por pressão. A úlcera por pressão acomete pacientes com restrições dos movimentos e da sensibilidade e alguns outros fatores favorecem o seu aparecimento. Os fatores intrínsecos incluem a idade, estado nutricional, uso de medicamentos, doenças crônicas, imobilidade, tolerância tissular da pele e suprimento sanguíneo deficiente. Já os fatores extrínsecos são a pressão, fricção e cisalhamento, umidade, agentes químicos e sujidade. O enfermeiro para atuar com lesões deve estar em constante aprendizado, estar capacitado para tal atividade, conhecer as mais diversas coberturas e tecnologias utilizadas e disponíveis no mercado para o tratamento de lesões, bem como saber avaliar uma lesão, identificar seus tecidos e definir qual a melhor técnica a ser utilizada tanto do uso de coberturas quanto técnicas de desbridamento, sendo este um método necessário para acelerar o processo de cicatrização de uma lesão. A escolha de cada cobertura a ser utilizada é uma etapa que determina o tratamento, que exige conhecimento do enfermeiro das características e a finalidade dos curativos, além de aspectos como o custo, acessibilidade do paciente e do serviço de saúde a esses produtos e materiais. **Objetivos:** Relatar a atuação do enfermeiro no tratamento de lesões por pressão, descrever sua importância de estar no acompanhamento diário dos pacientes com lesão por pressão para o sucesso de uma cicatrização precoce, de ter competência para tal atividade que exige conhecimento, afinidade e constante aprendizado. **Metodologia:** Relato de experiência acerca da atuação do enfermeiro no tratamento de lesões por pressão. **Resultados:** Pelo aumento da expectativa de vida, há um aumento da população envelhecendo com doenças crônicas que predispõe à incapacidades e acamados, em decorrência disso muitos desenvolvem lesão por pressão. O enfermeiro ao avaliar uma lesão deve levar em consideração alguns fatores como mobilidade, eliminações, percepção sensorial, nutrição dentre outros. Para a escolha de produtos a serem utilizados no tratamento se utiliza um manual de protocolo de tratamento, disponibilizado pelo ministério da saúde ou as instituições elaboram o seu de acordo com este, conforme suas peculiaridades, que nele consta a indicação do produto, em que situações utilizar, a forma correta e de quanto em quanto tempo realizar a troca das coberturas. O uso de evidências científicas no tratamento de feridas, tem como principal objetivo promover a segurança do paciente. Silva, Soares e Guido, 2011¹ referem que quanto aos tratamentos de pacientes portadores de lesões de pele, encontra-se uma indústria diversificada de produtos, coberturas e instrumentos cada vez mais eficazes para o tratamento de feridas. Nesse sentido é preciso prestar o cuidado e avaliar o paciente em suas diversas dimensões, pensando seu estado nutricional, mobilidade, cognição, pois mesmo utilizando as melhores tecnologias disponíveis no mercado, deve-se levar em conta estes outros fatores, sendo que nenhum produto fará efeito totalmente positivo se não manter em equilíbrio estes fatores que interferem diretamente na cicatrização de lesões. Selmmmer et al, 2013² referem que os procedimentos baseados em evidências oferecem ao enfermeiro diretrizes que auxiliam na prestação de cuidados, estas subsidiam a construção de protocolos que visam apoiar os profissionais nas

tomadas de decisão, evidenciando que a utilização de protocolos melhorou as taxas de cicatrização e diminuiu os custos no tratamento de lesões. Nesse sentido o enfermeiro desempenha um papel de extrema importância na realização de curativos, orienta, executa e supervisiona, atua na prevenção, avaliação e indicação do tratamento adequado para cada tipo de lesão (Azevedo et al, 2014)³. Para tanto é essencial que o profissional enfermeiro ao tratar lesões por pressão tenha competência e habilidade, treinamento, capacitações e atualizações constantes, pois uma escolha ou técnica inadequada poderá retardar a cicatrização de uma lesão ou mesmo não fechar, acarretando em danos ao paciente, maior tempo de internação hospitalar, custos elevados, onerando o sistema público. O cuidado ao paciente com lesões contempla ações voltadas para as dimensões biológicas, sociais e psicológicas, considerando o paciente em sua integralidade, da área de lesão até os fatores sistêmicos e psicossociais que podem influenciar no processo de cicatrização (Eberhardt et al, 2015)⁴. No entanto, destaca-se a importância de se conhecer a situação dos pacientes, seus aspectos físicos e clínicos, com isso o enfermeiro tem condições de promover um plano de cuidados adequado voltado às reais necessidades do paciente. Uma das ações do enfermeiro neste contexto é também as orientações tanto ao paciente quanto aos familiares destes cuidados com os curativos e os produtos utilizados, sendo que cada um tem as suas especificidades. O mesmo deve orientar como realizar o curativo, a técnica de limpeza correta, a conservação dos produtos e como fará tudo isso em casa após receber alta hospitalar, desta maneira se favorece a qualidade de vida do mesmo, sendo fundamental para os o paciente e familiar estarem preparados para realizar estes cuidados sozinhos para uma melhor e rápida recuperação. Cuidar de lesões é um processo dinâmico e complexo que requer conhecimento específico do enfermeiro, sendo a prática de cuidados a pacientes com lesões uma especialidade reconhecida pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Dermatológica (SOBEND) e pela Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST), atribuindo ao enfermeiro autonomia para o cuidado de lesões dermatológicas (Faria et al, 2016)⁵. **Conclusões:** Destaca-se a relevância do profissional enfermeiro no tratamento de lesões, sendo que é dever do mesmo assistir este paciente com lesão por pressão diariamente, com mudanças de condutas conforme necessário, avaliações constantes e resolutivas, de modo a qualificar o atendimento aos pacientes portadores de lesões. Sendo que hoje tratar lesões de pele é visto como uma especialidade que a cada dia ~~mais~~ exige conhecimento e resolutividade ~~na atuação~~.

DESCRIPTOR: Enfermeiros; Ferimentos e lesões; Cuidados de Enfermagem.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

- 1 Silva, RM; Soares, RSA; Guido, LA. Cuidados de enfermagem a cliente submetido à fasciotomia - relato de experiência. R. Enferm. UFSM 2011 Set/Dez;1(3):506-513. Acesso em: [10 abr 2017]. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/3103/2413>.
- 2 Sellmer, D; Carvalho, CMG; Carvalho, DR; Malucelli, A. Sistema especialista para apoiar a decisão na terapia tópica de úlceras venosas. Sellmer D, Carvalho CMG, Carvalho DR, Malucelli A. Sistema especialista para apoiar a decisão na terapia tópica de úlceras venosas . Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(2):154-162. Acesso em: [10 abr 2017] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a20.pdf>.
- 3 Azevedo, IC; Costa, RKS; Holanda, CSM; Salvetti, MG; Torres, GV. Conhecimento de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre Avaliação e Tratamento de Feridas Oncológicas.

Revista Brasileira de Cancerologia 2014; 60(2): 119-127. Acesso em: [10 abr 2017] Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v02/pdf/05-artigo-conhecimento-de-enfermeiros-da-estrategia-saude-da-familia-sobre-avaliacao-e-tratamento-de-feridas-oncologicas.pdf.

4 Eberhardt, TD; Dias, CFC; Fonseca, GGP; Kessler, M; Soares, RSA; Lima, SBS. Cicatrização de feridas: análise das tendências em teses e dissertações. Rev Enferm UFSM 2015 Abr/Jun;5(2): 387-395. Acesso em: [10 abr 2017] Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15259/pdf>.

5 Faria, GBG; Prado, TN; Lima, EFA; Rogenski, NMB; Borghardt, AT; Massaroni, L. Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre o cuidado com feridas. Rev enferm UFPE on line., Recife, 10(12):4532-8, dez., 2016. Acesso em: [10 abr 2017] Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11520/13408> de GBG de Faria - 2016.



18. AULAS PRÁTICAS EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PRACTICAL CLASSES IN A PSYCHIATRIC INTERVENTION UNIT: EXPERIENCE REPORT

INFORME DE EXPERIENCIA: EN PRÁCTICA LA UNIDAD HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

FERREIRA, Clarissa Nicoli¹; GRIGOLETO, Ana Paula²; TISOTT, Zaira Letícia³; SIQUEIRA, Daiana Foggiano de⁴; MELLO, Amanda de Lemos⁵; TERRA, Marlene Gomes⁶.

Resumo

A lei da Reforma Psiquiátrica brasileira dispõe que as pessoas portadoras de com transtorno mental tem o direito de serem tratadas com humanidade e respeito, visando seu tratamento na comunidade com a participação da família. Assim, o objetivo desse trabalho é relatar a experiência de acadêmicas do quinto semestre do curso de enfermagem durante as aulas práticas junto à disciplina de “enfermagem no cuidado ao adulto em situações críticas de vida”, no tema saúde mental, em uma unidade de internação psiquiátrica. As aulas ocorreram nos meses de abril e maio de 2016, totalizando 28 horas, supervisionada pela professora responsável pela disciplina, juntamente com o apoio da equipe multidisciplinar da Unidade e demais profissionais residentes. Pode-se perceber a importância da humanização do cuidado, através da diminuição de estigmas, o trabalho multiprofissional em saúde e a relevância em dar voz aos clientes bem como proporcionar uma escuta ativa. As aulas possibilitaram a articulação entre a teoria e a prática, a quebra de estigmas internalizados e a desconstrução de medos e pré-conceitos, de maneira crítica e reflexiva.

Descritores: Enfermagem; Saúde Mental; Internação Hospitalar.

Abstract

The Psychiatric Reform is the overcoming of the model of traditional psychiatry, from a medical perspective and asylum. The current assistance states that people with mental disorders have the right to be treated with humanity and respect, aiming for their recovery through family and community insertion, from community services and hospitalization. Thus, the objective of this work is to report the experience of nursing students during the practical classes in a Psychiatric Inpatient Unit. The classes took place in April and May 2016, totaling 28 hours, supervised by a university nurse professor, together with the unit's multidisciplinary team. From the experience, contact and conversation can be made with team members and people hospitalized, participating in the Rounds performed by the multidisciplinary team, the Conversation Wheels, handling of medical records and reflections regarding the historical and cultural burden of mental health. The classes enabled the articulation between theory and practice, the breaking of internalized stigmas and the deconstruction of fears and preconceptions, in a critical and reflexive way.

Descriptors: Nursing; Mental Health; Hospitalization.

Resumen

La reforma psiquiátrica es superar el modelo tradicional de la perspectiva psiquiátrica medicalizado y el asilo. El servicio actual provee a las personas con trastornos mentales tienen el derecho a ser tratados con humanidad y respeto, para su recuperación a través de las relaciones familiares y de la comunidad, de servicios de la comunidad y la hospitalización. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es dar a conocer la experiencia académica del curso de enfermería durante las clases prácticas en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Las clases tuvieron lugar en abril y mayo de 2016, por un total de 28 horas, bajo la supervisión de un profesor de enfermería en la universidad, junto con un equipo multidisciplinar de la Unidad. Por experiencia, se puede realizar el contacto y la conversación con los miembros del personal y de las personas hospitalizadas, participar en *Rounds* llevadas a cabo por un equipo

¹ Acadêmica, Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Email: claarissanicoli@gmail.com.

² Acadêmica, Graduanda em Enfermagem na UFSM

³ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM (PPGenf/UFSM).

⁴ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do PPGenf/UFSM.

⁵ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do PPGenf/UFSM.

⁶ Enfermeira, Pós-doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Docente da UFSM.

multidisciplinario, de ruedas de conversación, el manejo de los registros médicos y de visión de futuro de los antecedentes históricos y culturales de la salud mental. Las clases habilitadas en el vínculo entre la teoría y la práctica, la ruptura del estigma internalizado y la deconstrucción de los temores y prejuicios, crítica y de forma reflexiva.

Descriptores: Enfermería; Salud Mental; Hospitalización.

Introdução

Na Idade Média, o hospital era um instrumento para exclusão, caridade e assistência espiritual, não tendo o objetivo de curar. A primeira Unidade Psiquiátrica de um Hospital Geral (UPHG) foi organizada em 1728, por Thomas Guy, e sua assistência era baseada em um modelo asilar, e permaneceu assim até o século XX ⁽¹⁾. Esse modelo asilar, com função de “hospedaria”, representava espaços de recolhimento de todos os indivíduos marginalizados, que de alguma forma ameaçavam à lei e a ordem social vigente ⁽²⁾.

O número de UPHG's cresceu a partir da Segunda Guerra Mundial, devido ao início da adoção de uma política de bem-estar, onde o Estado passa a ter papel fundamental na regulação social, incluindo, assim, a assistência e proteção dos doentes ⁽¹⁾. Até a década de 70, no Brasil, a assistência psiquiátrica era de má qualidade, marcada pelas superlotações nas instituições psiquiátricas e a cronificação do transtorno mental ⁽³⁾.

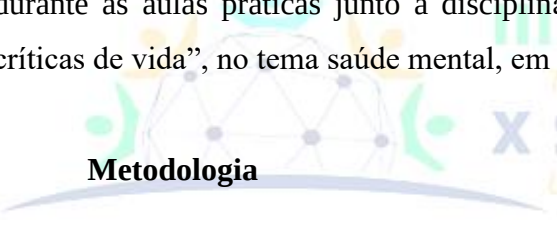
Diante desse contexto, surgem críticas ao modelo psiquiátrico, a qual impulsiona mudanças. A internação psiquiátrica não é mais vista como o centro de assistência, e que há necessidade de uma continuidade terapêutica. No Brasil, foi na década de 1980 que surgiram as novas ideias a respeito da atenção psiquiátrica e movimentos em defesa dos direitos civis (BOTEGA, 2012).

Inicia-se um movimento de oposição a perspectiva medicalizante das pessoas com transtornos mentais, envolvendo alternativas de cuidados em relação aos manicômios. Esse movimento percorreu diversos países com a intenção de dissipar barreiras e abolir a reclusão e repreensão às pessoas ⁽³⁾.

Um marco importante que direciona o novo modelo de assistência em saúde mental no Brasil é a promulgação da Lei N° 10.216, de abril de 2001, Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira. O desenvolvimento de políticas públicas e promoção da saúde mental passam a ser responsabilidade do Estado. A lei dispõe que as pessoas com transtorno mental tem o direito de serem tratadas com humanidade e respeito, visando seu tratamento na comunidade com a participação da família. Além, as protege de abusos e explorações, garante que a pessoa receba todas as informações necessárias em relação a sua doença e tratamento, o que estimula a responsabilidade e o autocuidado, e ser tratada em ambientes terapêuticos por meio menos invasivo possível, preferencialmente, em serviços comunitários. Com isso, a internação torna-se um recurso utilizado apenas quando os serviços intermediários se mostram insuficientes ⁽⁴⁾.

Os serviços de internação oferecem suporte temporário, para atender o momento de crise, até que se alcance a estabilidade e que se possa ocorrer o retorno à vida cotidiana. Uma característica da internação hospitalar, conquistada após a Reforma, é o modelo de gestão. O trabalho em equipe envolve a interdisciplinaridade, que propõe o objetivo de superar o individualismo de conhecimento. A equipe passa a trocar, compartilhar e integrar o conhecimento de diferentes áreas para, assim, repensar ações de cuidado. O fazer não se limita na atuação de cada profissional, reconhece os diferentes olhares e amplia as possibilidades de tratamento, trazendo apenas benefícios no que concerne a saúde mental ⁽⁵⁾.

A enfermagem no serviço de internação psiquiátrica deve estar pautada na integralidade da atenção e acolhimento, por meio de clínica ampliada, buscando promover espaços de fala dos clientes, escuta ativa e procurar direcionar o cuidado baseado nos interesses da pessoa. A complexidade do cuidado abrange questões de trabalho, lazer e moradia, que fazem parte da promoção da saúde mental, além da preocupação em estimular o autocuidado, ajudando o cliente a realizar atividades rotineiras, tais como alimentação ou higiene ⁽⁵⁾. Perante o exposto, o objetivo desse trabalho é relatar a experiência de acadêmicas do quinto semestre do Curso de Enfermagem durante as aulas práticas junto à disciplina de “enfermagem no cuidado ao adulto em situações críticas de vida”, no tema saúde mental, em uma unidade de internação psiquiátrica.



Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas do quinto semestre do Curso de Graduação em Enfermagem com base nas vivências por meio de aulas práticas junto à disciplina de “enfermagem no cuidado ao adulto em situações críticas de vida”, no tema saúde mental em uma Unidade de Internação Psiquiátrica em um Hospital de ensino. As aulas práticas compõe a grade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e tem o objetivo de desenvolver habilidades e competências do(a) Enfermeiro(a) frente a Internação Psiquiátrica e permite a reflexão frente ao Modelo Antimanicomial vigente.

A vivência foi realizada nos meses de abril e maio de 2016, da UFSM, supervisionada pela professora responsável pela disciplina, juntamente com o apoio da equipe multidisciplinar da Unidade e demais profissionais residentes. As atividades práticas na Unidade de Internação Psiquiátrica totalizaram 28 horas.

No que diz respeito ao cenário do estudo, a Unidade, atende a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), abrangendo 32 municípios. A equipe de saúde da unidade é composta por oito enfermeiros, treze técnicos em enfermagem, cinco auxiliares em enfermagem, um psicólogo, um

assistente social, um terapeuta ocupacional e dois psiquiatras. Além disso, conta com a inserção da Residência Multiprofissional em Saúde (dois enfermeiros, dois psicólogos, dois assistentes sociais e um terapeuta ocupacional) e Residência Médica (quatro médicos).

A estrutura de serviço é composta por um amplo salão na entrada, onde se encontra o refeitório, mesa de ping-pong e alguns aparelhos para os clientes realizarem atividades físicas, tais quais são assistidas pela equipe. Neste, há um posto de enfermagem, uma secretária e uma copa, devidamente distribuídas. Possui enfermarias masculinas e femininas, totalizando 30 leitos, onde as pessoas são alocadas conforme critérios da equipe, um banheiro masculino e um feminino, uma área de lazer com poltronas e televisão.

Ainda, uma sala para a equipe médica, uma sala para a equipe da Residência Multiprofissional em Saúde, onde os residentes realizam discussões sobre o processo de trabalho do serviço, reuniões de preceptoria e tutoria de campo, bem como, outras atividades; uma sala de aula, na qual são realizadas reuniões e seminários; uma sala de artes com materiais de pintura, artesanato, música e enfeites para as festividades em datas comemorativas. No pátio, há quadra para esportes e espaço com churrasqueira para realização de eventos em prol do lazer das pessoas internadas.

Resultados e discussão

No decorrer das aulas práticas, a rotina de atividades era proposta previamente pela Enfermeira docente, no início do dia, momento dedicado a discussões para sanar dúvidas, motivar proatividade e instigar o senso crítico. Após, tínhamos total liberdade de circulação na unidade de internação, assim como para dialogar com as pessoas internadas e profissionais. Para que tal atividade ocorresse sem prejuízos às pessoas em tratamento, as acadêmicas foram orientadas em relação a alguns pontos básicos, sendo eles evitar questionamentos invasivos e, discorrer assuntos que instiguem violência.

Essas orientações auxiliam a pessoa manter o controle interno, por meio do estabelecimento de limites. Para evitar confrontos ou desentendimentos, é recomendado reconhecer o estresse pelo qual o cliente está passando, respeitar seus mecanismos de defesa, evitar o estímulo às demandas de proximidade, e não incitar reações de raiva ⁽¹⁾.

Uma das propostas das aulas consistia em manter um maior contato e conversação com membros da equipe e as pessoas internadas, e evitar o manuseio em excesso dos prontuários dos clientes. Ou seja, procurar entender o sujeito antes de estigmatizar um diagnóstico.

O profissional enfermeiro precisa ter uma visão holística, percebendo a individualidade e seus relacionamentos interpessoais, atuando de modo oposto ao modelo biomédico. A proposta feita

pelas aulas tinha como objetivo quebrar o estigma da pessoa com transtorno mental, e especialmente desconstruí-lo nos futuros profissionais da Enfermagem, que precisam desenvolver um olhar atento às singularidades e necessidades das pessoas ⁽³⁾.

Uma das fortes características observadas durante a vivência nesta unidade é o modelo de trabalho entre a equipe multiprofissional. O trabalho em equipe é uma estratégia de processo de trabalho, para promover a qualidade de um serviço. No serviço de saúde, a equipe desenvolve um trabalho conjunto com profissionais com competências específicas, para dar conta da complexidade que envolve a integralidade do sujeito que demanda cuidado. Fazem parte disso os *Rounds* que permitem a troca de informações e as experiências do dia a dia, o que possibilita o compartilhamento de saberes e um processo participativo, auxiliando na decisão de intervenções e decisões ⁽⁶⁾.

Durante a participação de um *Round*, foi observado pelas acadêmicas que geralmente o responsável pelo início e condução da discussão era feito pelo profissional médico ou residente, relatando os casos clínicos a todos os presentes, um a um, na ordem dos leitos. Geralmente havia o levantamento de uma sugestão ou determinada conduta, para que os demais profissionais pudessem intervir e se expressar.

Humanizar a assistência se trata de ajustar o modelo de gestão a fim de que as decisões sejam coletivas e que haja democratização no trabalho, o que inclui os *Rounds*, que são espaços coletivos para discussão, que permitem o envolvimento dos profissionais nas decisões a serem tomadas. A gestão e atenção são efetivas quando os profissionais sentem-se protagonistas, autônomos e corresponsáveis pelo cuidado ⁽⁶⁾.

Além do exposto, durante o período de prática, teve-se a oportunidade de participar de rodas de conversas entre os profissionais e os clientes internados na unidade. Nessas, os clientes podiam expressar suas opiniões em relação à melhoria do ambiente, como por exemplo: escala de quem faria o chimarrão durante a semana, aspectos da estrutura física que poderiam ser reformados, horário que ficaria ligada a televisão, horário para ir ao pátio, sentimentos vivenciados por eles durante a hospitalização; porém, nem todos participavam ativamente. Isso pode contribuir para uma melhor compreensão de suas necessidades, bem como de trocas de experiências entre eles. Além disso, foi possível observar a interação entre os clientes e os profissionais de saúde, favorecendo, dessa maneira, o vínculo entre eles e sua reabilitação social durante a internação hospitalar.

A Roda, aparece como importante diretriz na mudança no modo de se produzir saúde. Para o autor, faz-se saúde sobre os clientes e não necessariamente com a participação ativa deles. Nesse sentido, o Método da Roda ou Paideia é um processo por meio da qual as pessoas ampliam suas

capacidades de compreensão relacionadas aos outros, de si mesmas, e de diferentes contextos, aumentando a capacidade de agir ⁽⁷⁾.

As Rodas de Conversa promovem a construção e a reconstrução de conceitos e de argumentos por meio da escuta e do diálogo com os pares e consigo mesmo. É importante salientar que o diálogo construído representa o pensar e o falar de pessoas com histórias de vida diferentes e modos próprios de pensar e de sentir, assim, os diálogos que surgem desses encontros, não obedecem a uma mesma lógica ⁽⁸⁾. Consistem em um método de participação coletiva, de debate acerca de determinada temática, em que é possível dialogar com os sujeitos por meio do exercício reflexivo ⁽⁹⁾. Desse modo, espera-se que as Rodas de Conversa possam promover as trocas de vivências e experiências entre os clientes e profissionais, bem como, contribuir com o seu bem-estar e saúde.

A mudança recente em relação ao novo modelo de cuidado da saúde mental, ainda, mantém medos e pré-conceitos quando se trata de transtornos psiquiátricos na sociedade em geral, que não está preparada para acolhê-los, e que por isso, tende a marginalizá-los. Como enfermeiros e cuidadores de seres humanos, essa desconstrução visa favorecer a formação de profissionais que prezam uma assistência qualificada ⁽³⁾. Por conta de toda a carga histórica e cultural, a reflexão dessas atividades precisa consistir em um projeto amplo e coletivo, tendo em vista que a promoção da saúde mental não é de um indivíduo específico, que no caso é o cliente em tratamento por meio da internação, mas da comunidade em geral ⁽²⁾. Isso conota a importância de instigar a reflexão dos acadêmicos, que independente da especialização e atuação profissional posterior, terá durante a graduação uma oportunidade de desconstrução e crescimento pessoal.

Considerações finais

Integrar-se na área da psiquiatria, mais especificamente, na Unidade de Internação Psiquiátrica, possibilitou às acadêmicas de enfermagem a articulação entre a teoria, previamente discutidos em aulas teóricas e a prática. Ainda, a quebra de estigmas internalizados por conta da carga histórica e cultural, ocasionado pela Reforma Psiquiátrica. E também, a oportunidade de desconstrução frente aos medos e pré-conceitos de quando se trata de distúrbios psiquiátricos. Como futuras enfermeiras e cuidadores de seres humanos, a vivência permitiu o aperfeiçoamento da formação acadêmica de maneira crítica e reflexiva, visando uma assistência qualificada de futuros profissionais da saúde.

O cuidado de enfermagem ao cliente deve ocorrer de maneira a proporcionar um ambiente acolhedor, estabelecimento de vínculos e orientações para diminuição da ansiedade, medos, angústias e incertezas em relação ao tratamento e as dúvidas que surgirão após a internação, levando em consideração que é o profissional que fica mais tempo junto ao cliente. Além disso, é necessário que este suporte seja contemplado por toda a equipe interdisciplinar que atua na unidade, isso irá contribuir para a reestruturação do cliente e seus familiares, bem como a sua reinserção social após o tratamento de internação hospitalar.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed. 3 ed., 2012.
2. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2º Ed. 6º reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
3. Lacchini AJB, et al. A enfermagem e a saúde mental após a reforma psiquiátrica. Revista Contexto & Saúde, Ijuí, 2011, v. 10, n. 20.
4. Brasil. Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Ago 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: ago de 2016.
5. [Duarte MLC](#), [Olschowsky A](#). Fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. Revista brasileira de enfermagem. Brasília. 2011, Vol. 64, n.4 p. 698-703.
6. Cardoso CG, Hennington EA. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. Trab. educ. saúde (Online), Rio de Janeiro, 2011, v. 9, supl. 1, p.85-112. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400005&lng=en&nrm=iso> acesso em 19 Mar. 2017.
7. Campos GW. Saúde Paidéia. São Paulo: HUCITEC, 2003.
8. Warschauer C. A roda e o registro: uma parceria entre professor, aluno e conhecimento. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
9. Moura AF, Lima MG. A reinvenção da roda: roda de conversa: um instrumento metodológico possível. Revista Temas em Educação, João Pessoa, 2014, v.23, n.1, p. 98-106.

19. AVALIAÇÃO DA DISCIPLINA FUNDAMENTO DO CUIDADO HUMANO II: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

EVALUATION OF DISCIPLINE HUMAN CARE BASE II: AN EXPERIENCE REPORT

DISCIPLINA DE EVALUACIÓN FUNDAMENTOS DE CUIDADO HUMANO II: UM RELATO DE EXPERIENCIA

DE ALMEIDA, Luciana¹; BEUTER, Margrid ²; BACKES, Carolina ³

Introdução: A trajetória dos cursos de graduação em enfermagem tem sofrido mudanças ao longo dos anos, no sentido de ampliar a visão dos discentes ao relacionar o ensino superior, a sociedade e o mercado de trabalho. Essa relação resulta no planejamento e gestão de planos de estudo que visam a transformação da realidade em que o discente está inserido. As mudanças nos modelos de ensino ganharam força após a aprovação, das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em enfermagem (DCN) ¹. A partir disso, foram sendo incluídos diferentes métodos de ensino aprendizagem que visam a fusão de fundamentos teóricos da enfermagem e a prática cotidiana do cuidado e possibilitam ao aluno planejar, executar e avaliar o cuidado de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, a nível intra e extra hospitalar. Destaca-se que a importância da união de conhecimentos teórico-práticos para proporcionar o cuidado integral, contemplando os aspectos psíquicos, físicos, culturais, sociais e ambientais do ser humano. Nesse contexto, torna-se relevante a inclusão nos cursos de graduação em enfermagem de métodos avaliativos que estimulam a reflexão, o raciocínio, a criatividade, o pensamento crítico frente às situações advindas do cuidado ao indivíduo, família e comunidade. **Objetivo:** Relatar a experiência docente na disciplina Fundamento no Cuidado Humano II. **Metodologia:** Este estudo trata-se de um relato de experiência elaborado a partir de inquietações de professores do curso de enfermagem 4º semestre, de uma Universidade do interior do Rio Grande do Sul, quanto à capacidade individual e coletiva aplicada frente ao entendimento do aluno, referente às particularidades da disciplina de Fundamentos de Cuidado Humano II. As atividades da disciplina são distribuídas dentro de uma carga horária de 90 horas, sendo destas, 15 horas de teoria e 75 de atividades práticas. Da carga horária de atividades práticas, 10 horas seriam realizadas no laboratório de enfermagem, 05 horas foram disponibilizadas para a construção do relatório de enfermagem consubstanciado com autores e 55 horas divididas entre Hospital, centro de práticas e avaliação de estágio. Foram utilizadas como instrumento avaliativo, as aulas teórico-práticas realizadas no laboratório de enfermagem e em campo prático de estágio, leitura e discussão de artigos, bem como, estudos dirigidos, estágios realizados na unidade de clínica médica e unidade de pacientes pós-operatórios. Aos estágios, como critério de avaliação, foi atribuído um conceito numérico de dez pontos, às aulas práticas no laboratório um ponto, o relatório de estágio peso cinco, devendo ser entregues ao professor no prazo de uma semana após término do estágio, trabalhos gerais desenvolvidos no decorrer do semestre com peso dois, prova prática valendo dois pontos e provas teóricas, valendo dez cada uma. E como conteúdo programático, registros de enfermagem, evolução de enfermagem, orientações para estudo dirigido abordando o cuidado de enfermagem no hospital levando em consideração a percepção da família. Procedimentos de enfermagem relacionados ao sistema gastrointestinal, ao sistema urinário, feridas e curativos, administração de medicamentos via endovenosa. **Resultados:** No período de atividades práticas os discentes realizavam os cuidados com o intuito de identificar o

¹ Enfermeira, Mestra em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo – UPF, Integrante do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento (NIEPE) – UFSM – Universidade Federal de Santa Maria – Contato: luciana.dealmeida@hotmail.com

² Enfermeira. Professora Associada da UFSM. Docente do PPGEnf da UFSM

³ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Bolsista PIBIC/CNPq

estado respiratório, cardíaco, intestinal e integridade da pele de pacientes internados na unidade de clínica médica do referido hospital. A partir da avaliação dos pacientes elencávamos diagnósticos de acordo com Diagnósticos de Enfermagem da Nanda². Após as devidas definições e classificação, eram prescritos os cuidados de enfermagem visando ofertar o maior conforto possível ao paciente internado e familiar/acompanhante que ali se encontrava, tendo em vista que esses cuidados iriam colaborar para a melhora do quadro clínico do mesmo, sob a responsabilidade de planejar os mesmos dentro dos princípios da ética e respeito ao ser humano que se encontravam sob seus cuidados. O processo de enfermagem é o método mais preciso para organização e prestação de assistência de enfermagem, composto por cinco etapas: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação da assistência de enfermagem e avaliação³. Realizaram interpretação de exames laboratoriais, identificaram e elencaram diagnósticos de enfermagem. De acordo com Silva⁴, os exames laboratoriais fornecem dados importantes sobre o estado do paciente e auxiliam na identificação do diagnóstico clínico, no monitoramento do tratamento e prognóstico. Os enfermeiros, como os demais membros da equipe de saúde, utilizam os resultados dos exames para a tomada da conduta clínica que melhor favoreça o atendimento às necessidades de saúde do paciente. Após investigar seu prontuário, analisaram suas medicações, diariamente realizavam também o exame físico no mesmo. Sabendo-se a importância do exame físico, o qual representa o primeiro momento de contato com o paciente, sendo que sua execução deve-se obedecer a um sentido cefalocaudal, empregando-se a terminologia técnica para as descrições dos dados encontrados nos mesmos, registrando de forma objetiva, clara e completa, para o desenvolvimento de uma correta comunicação entre os diversos membros da equipe. Dando continuidade a essa assistência, elencaram os diagnósticos de enfermagem que são de suma importância para todos os níveis da prática da enfermagem (assistência, ensino e pesquisa), facilitando a comunicação e trocas de informações entre as enfermeiras e a equipe de enfermagem, oferecendo uma linguagem padronizada, contribuindo no processo. Foram observados os dados presentes no prontuário do paciente, tais como: exames laboratoriais, histórico familiar, medicações que faziam uso, informações fornecidas pelo acompanhante, com supervisão da professora. Sendo realizado a partir de então, a elaboração dos diagnósticos de enfermagem e plano de cuidados, baseando-se sempre em uma fundamentação teórica. Esses planos de cuidado eram elaborados a partir de uma análise clínica apresentada após acompanhamento diário de pacientes escolhidos aleatoriamente, onde os alunos separados em duplas identificavam a patologia através de uma busca aprofundada ao prontuário do paciente, bem como, buscavam informações mais particulares, contando com a contribuição dos familiares. O exame físico era realizado diariamente, priorizando sempre, uma observação atenta e análise do sistema mais comprometido. E para controle dos sinais mais alterados, foi criada uma tabela de registros diários desses valores. **Conclusões:** A partir dos conhecimentos adquiridos em sala de aula, os alunos, em campo de prática, foram capazes de prestar assistência de enfermagem ao paciente, compreendendo a história e situação clínica desses. Pode-se afirmar que os alunos desenvolveram com êxito as atividades propostas ao aliar teoria com a prática e exercitar o olhar humanizado, levando em consideração a integralidade do ser humano. Ainda, as atividades oportunizaram ir além da ação de elencar diagnósticos e prescrever cuidados de enfermagem e visualizar a importância do profissional Enfermeiro em relação à assistência ao paciente e familiar, proporcionando o cuidado integral e resolutivo.

DESCRITORES: Ensino; Educação em Enfermagem; Enfermagem.

Eixo Temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Conselho Nacional de Educação (BR). Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES N. 3, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da República Federativa da União. Brasília (DF), 09 nov. 2001. Seção 1, p. 37.
2. Nanda, International. Diagnostico de enfermagem da Nanda: definições e classificações. 10º ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
3. Potter PA, Perry, AG. Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar. 3ª ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2005.
4. Silva AM.da, Peduzzi MO trabalho de Enfermagem em Laboratório de Análises Clínicas. Revista Latino Americana de Enfermagem, v.13, n.1, Ribeirão Preto, Jan / Fev, 2009.



20. AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES DO SOFRIMENTO MORAL EM ENFERMEIROS: INTENSIDADE E FREQUÊNCIA

EVALUATION OF MORAL DISTRESS DIMENSIONS IN NURSES: INTENSITY AND FREQUENCY

DIMENSIONES DE LA EVALUACIÓN DE LA ANGUSTIA MORAL EN LAS ENFERMERAS: INTENSIDAD Y FRECUENCIA

BRESOLIN, Julia Zancan¹; DALMOLIN, Grazielle de Lima²; MORAIS, Bruna Xavier³; PEDRO, Cecília Mariane Pinheiro⁴.

Introdução: A enfermagem pode deparar-se com uma variedade de situações geradoras de conflitos éticos e dilemas morais na sua rotina de trabalho. Os profissionais reconhecem a maneira mais correta de agir, porém parecem não se sentir seguros e apoiados para agir conforme seus conhecimentos, valores e crenças. Como consequência, essas situações podem ser fontes geradoras de sofrimento moral (SM)⁽¹⁾. O SM foi primeiramente conceituado na prática de enfermagem na década de 80. Foi conceituado como um doloroso desequilíbrio psicológico resultante de situações em que o profissional reconhece, eticamente, a maneira mais correta de agir, porém por pressões institucionais torna-se impossível prosseguir a ação que considera correta. Algumas situações que podem ocorrer são falta de tempo, relutância da supervisão, estrutura inibidora do poder médico, políticas institucionais ou considerações legais⁽²⁾. O sofrimento moral, ao ser vivenciado pelos enfermeiros, pode apresentar implicações para estes profissionais. Essas implicações podem ser tanto individuais quanto profissionais, com o desenvolvimento de sintomas de ordem emocional, como, sentimento de impotência, frustração, ansiedade, raiva e culpa. Além disso, podem ser de ordem física, com a ocorrência de tremores, sudorese, dores de cabeça, diarreias e choro, com possíveis riscos para baixa autoestima, perda da integridade e, inabilidade em proporcionar bons cuidados aos pacientes⁽³⁾. Este estudo foi norteado pela seguinte questão de pesquisa: Qual a avaliação do SM em enfermeiros conforme intensidade e frequência de suas dimensões? **Objetivo:** Avaliar a intensidade e a frequência das dimensões do SM em uma amostra de enfermeiros de uma instituição hospitalar. **Método:** Estudo transversal, realizado em um hospital universitário, localizado em um município da região central do Rio Grande do Sul, no período de dezembro de 2014 a março de 2015. Os participantes do estudo foram enfermeiros que apresentaram interesse em responder o questionário e que tivessem, no mínimo, um mês de atuação na instituição. O critério de exclusão limitou-se ao participante não estar no ambiente de trabalho no período da coleta de dados, seja por afastamento ou férias. Os instrumentos utilizados foram o Moral Distress Scale (MDS) adaptado, juntamente com um componente de caracterização sociodemográfica. O MDS adaptado compõe-se de 39 questões, em escala Likert de sete pontos, e analisa a intensidade e a frequência de SM. Utilizou-se uma amostra por conveniência. Para reduzir a ocorrência de possíveis vieses, realizou-se um cálculo amostral mínimo, que estimou um número de 144 participantes, considerando a população de 228 enfermeiros. Para a coleta de dados, foram apresentados os objetivos e forma de participação, e foi agendado um horário em que o enfermeiro estivesse disponível para responder o questionário, ou foi entregue e agendado seu retorno. Foram realizadas até três tentativas de busca do questionário. Para análise utilizou-se estatística descritiva. Foram respeitados os preceitos éticos de pesquisa conforme resolução 466/12. Foi recebido parecer

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf). Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: julia-bresolin@hotmail.com.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria.

³ Enfermeira. Mestranda do PPGEnf. Universidade Federal de Santa Maria.

⁴ Enfermeira. Mestranda do PPGEnf. Universidade Federal de Santa Maria.

favorável do Comitê de Ética em Pesquisa por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número: 24330213.8.0000.5346. **Resultados:** Todos os 228 enfermeiros da instituição foram convidados a participar do estudo e obteve-se um retorno de 144 participantes. Porém, no processo de análise, excluíram-se 17 instrumentos por apresentarem incorreção na marcação das questões, ou estarem em branco. Com isso, a amostra final foi constituída de 127 participantes. Desses participantes 89,8% (n=114) eram do sexo feminino e 10,2% (n=13) do sexo masculino. A faixa etária dos 35 a 44 anos prevaleceu com 36,2% (n=46), seguido de 25 a 34 anos com 33,8% (n=43), de 45 a 54 com 20,4% (n=26), 55 a 65 com 8,7% (n=11) e menores de 25 anos com 0,8% (n=1). O nível de escolaridade correspondeu a 8,7% (n=11) para os que possuíam graduação, 55,9% (n=71) especialização, 30,7% (n=39) mestrado e 4,7% (n=6) doutorado. A maior parte dos participantes, 44,9% (n=57), trabalhavam no hospital em um período de 1 a 11 anos, seguido dos que tinham menos de um ano de trabalho com 26% (n=33), 12 a 24 anos 18,9% (n=24), menos de 25 com 8,6% (n=11) e 1,6% (n=02) não informaram. Das unidades do hospital, a que teve mais profissionais participantes foi a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com 16,5% (n=21), e as unidades do pronto socorro e clínicas de internação, ambas com 14,2% (n=18). Além dessas, outras unidades participaram, Materno Infantil (11%, n=14), Bloco Cirúrgico (12,6%, n=16), Ambulatórios (13,4%, n=17), administrativas (4,7%, n=6), Hemato Oncologia (9,4%, n=12), Psiquiatria (2,4%, n=3) e os que não informaram (1,6%, n=02). Com a análise descritiva, foi possível a identificação da percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre o SM vivenciado conforme suas dimensões. As dimensões identificadas foram: Falta de competência na equipe de trabalho, negação do papel do enfermeiro como advogado do paciente e condições de trabalho insuficientes. Para cada dimensão, foram calculadas a média e mediana da intensidade e frequência do SM. Em relação a intensidade de SM identificada nos enfermeiros a falta de competência na equipe de trabalho apresentou média de 4,14 (DP: 1,66) e mediana de 4,80. A negação do papel do enfermeiro como advogado do paciente com média de 3,52 (DP: 1,90) e mediana de 4,09. Condições de trabalho insuficientes com média de 3,43 (DP: 1,52) e mediana de 3,66. No que se refere à frequência de SM identificada nos enfermeiros a falta de competência na equipe de trabalho apresentou média de 2,51 (DP: 1,31) e mediana de 2,30. A negação do papel do enfermeiro como advogado do paciente com média de 1,61 (DP: 1,08) e mediana de 1,45. E condições de trabalho insuficientes com média de 2,39 (DP: 1,35) e mediana de 2,33. **Conclusões:** Constatou-se que a falta de competência na equipe de trabalho apresentou maior média no que se refere à intensidade (4,14) e frequência (2,51). Diante disso, é demonstrado que essa é a dimensão que mais provocou SM nos enfermeiros dessa instituição. Considera-se como limitações do estudo, o tamanho limitado da amostra, o que não permite generalizações a outros contextos. Além disso, a extensão do questionário, que resultou em baixa devolução pelos participantes. Sugere-se maior espaço de discussão entre os trabalhadores, equipe e chefia. Com isso, melhores condições de atuação e comunicação serão possibilitadas, o que irá acarretar em maior satisfação profissional em todos os trabalhadores.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Estresse Psicológico; Ética em Enfermagem.

Descriptors: Nursing; Stress, Psychological; Ethics, Nursing.

Descriptores: Enfermería; Estrés Psicológico; Ética en Enfermería.

Referências:

1. Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *Clinical Issues*. 1993; 4(4):542-51.
2. Jameton A. *Nursing Practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1984.

3. Dalmolin GL, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o Burnout. *Texto & Contexto Enferm.* 2012;21(1):200-8



21. CONTRIBUIÇÕES DO REFERENCIAL DAS CARGAS DE TRABALHO PARA OLHAR A SAÚDE DOS TRABALHADORES

CONTRIBUTIONS OF WORKLOAD REFERENTIAL TO LOOK AT THE HEALTH OF WORKERS

CONTRIBUCIONES DEL REFERENCIAL DE LAS CARGAS DE TRABAJO PARA MIRAR LA SALUD OCUPACIONAL

TRINDADE, Letícia de Lima¹

Introdução: observa-se avanços no debate e na elaboração de políticas públicas em todo o mundo no que se refere à proteção da saúde do trabalhador. O ato de trabalhar é complexo e dinâmico, influenciado pelo contexto em que este é realizado, e, também, por aspectos subjetivos envolvendo relações, características e valores dos sujeitos que o realizam. O mesmo tem ocorrido nas pesquisas e ações envolvendo a temática, contudo, por sua complexidade e singularidade essa se caracteriza como um campo de práticas e conhecimentos sensível às políticas, à economia e às relações entre sujeito e o ambiente/contexto de trabalho¹. **Objetivo e metodologia:** nessa perspectiva realizou-se uma reflexão teórica com o objetivo de apresentar contribuições sobre o referencial das cargas de trabalho para olhar a saúde do trabalhador. Esse referencial agrega uma abordagem teórica e teórico-metodológica proposto por Laurell e Noriega², nos anos 80. **Resultados:** os autores definem as cargas de trabalho como elementos que sintetizam a mediação entre o trabalho e o desgaste de quem o executa, não atuando isoladamente, mas em combinação, considerando a condição na qual o trabalhador encara a lógica global do processo de trabalho. Destacam, ainda, que para se compreender como o processo de trabalho se constitui, é importante observar sua lógica concreta, ou seja, entender seu desenvolvimento de produção capitalista, o qual ocorre em um dado momento histórico específico, permitindo a extração da mais valia, seja ela absoluta, seja ela relativa. Desta forma, o processo de trabalho é a materialização do processo de valorização e divisão do trabalho, que são indecifráveis a partir dele. A abordagem das cargas de trabalho observa múltiplos elementos que desgastam o sujeito que trabalha, suas relações com o trabalho e com os demais atores sociais do ambiente em que se trabalha, ainda preocupa-se com a dinamicidade e interação entre as diferentes cargas de trabalho, ponderando as consequências das mesmas para o desgaste físico e psíquico. Assim, compromete-se com o olhar criterioso do processo de trabalho e do sujeito trabalhador, considerando o conjunto de esforços desenvolvidos, de cada indivíduo e do grupo de trabalhadores. Para Seligmann-Silva^{3:58} o conceito de cargas de trabalho é um “[...] conjunto de esforços desenvolvidos para atender as exigências da tarefa, podendo ser esforços físicos, cognitivos ou emocionais.” Laurell e Noriega ressaltam o ambiente de trabalho como determinante no desencadeamento do sofrimento, sendo necessário analisar como ocorre o trabalho para entender as cargas a que estão expostos os trabalhadores. Estes classificam as cargas de trabalho como físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas, mas para além da classificação associa a natureza de cada carga às condições, organização e divisão do trabalho. Cabe ressaltar que os termos carga de trabalho e cargas de trabalho apresentam grafias semelhantes, no entanto, traduzem abordagens diferentes, o primeiro busca refletir as condições de trabalho a que o profissional está submetido, e o termo carga de trabalho é visto, pela ótica do dimensionamento de pessoal, como quantidade de trabalho, constituindo-se, marcadamente como uma variável do dimensionamento. Este último referencial é identificado com maior frequência nos estudos em todo o mundo, contudo identifica-se no referencial de Laurell e Noriega uma abordagem teórica que permite analisar os diversos cenários, agregando conhecimento importantes na observação das

¹ Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UNOCHAPECÓ e da Universidade do Estado de Santa Catarina. letrindade@hotmail.com

relações trabalhador-saúde-adoecimento. As cargas são tomadas como elementos que interagem de forma dinâmica entre si e com o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica². Nesse contexto, o desgaste é uma categoria interligada as cargas de trabalho, uma vez que permite introduzir um conceito para as transformações negativas originadas pela interação dinâmica das cargas, podendo ser definido, então, como a perda, efetiva e/ou potencial, das capacidades biológica e psíquica. Não é um processo isolado, mas um conjunto dos complexos processos biopsíquicos². Os autores reconhecem que as cargas de trabalho não atuam de forma isolada, mas em combinação com outras cargas, articulam a base técnica, a organização e a divisão do trabalho, o que possibilita analisar cada processo de trabalho concreto, identificando-as, e a produção do desgaste nas diferentes etapas do processo de produção. A abordagem das cargas de trabalho compromete-se em analisar o objeto de trabalho, o contexto social em que se insere, os instrumentos de trabalho ou a tecnologia necessária para sua execução. Ainda, a conformação técnica do trabalho e a materialização da relação entre esse e o capital, considerando o contexto em que é realizado, as relações entre os sujeitos, inclusive de dependência, o macro e o micro contexto em que se encontram, bem como as especificidades da força de trabalho. Assim, o trabalho tem que ser entendido como processos corporais, mas também, como uma expressão concreta da relação de exploração através de sua organização e divisão. Pesquisas⁴⁻⁵ no tema, sinalizam que os efeitos das cargas de trabalho sobre os trabalhadores podem atingir um único trabalhador, um coletivo de trabalhadores, sendo que no campo da saúde pode repercutir inclusivamente no acesso dos usuários aos serviços de saúde. Nessa área, especialmente o referencial tem orientado diferentes estudos, e revelado auxiliado a debater de forma mais ampla as questões referentes a saúde dos trabalhadores, especialmente na América Latina. No caso da saúde, a complexidade do trabalho é perpassada pela natureza de seu objeto, o ser humano, e por seu produto final, imaterial e consumido no ato de sua realização. **Conclusões:** no campo das intervenções o referencial pode contribuir para o desenvolvimento de ações de abordagem individual e coletiva, na identificação das formas de amenizar/eliminar as cargas de trabalho e suas fontes. Assim, defende-se que este pode ser utilizado como matriz conceitual para proposição de ações que provoquem os trabalhadores a olhar criteriosamente e propositivamente o cenário onde laboram, observando os elementos do processo de trabalho, o cenário histórico-social em que se inserem, as relações entre os trabalhadores, as formas de gestão e organização do trabalho e as especificidades de cada sujeito trabalhador. Por vezes outros referenciais teóricos apresentam limites no olhar sobre esses aspectos, contribuindo para o reducionismo na análise dos aspectos que envolvem o desgaste dos indivíduos no contexto do trabalho.

Descritores: Saúde do Trabalhador; Carga de Trabalho; Trabalho.

Eixo: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem

REFERÊNCIAS

1. Lacaz FAC. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad Saud Publ. 2007; 3(4):757-66, 2007.
2. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
3. Seligmann-Silva E. Desgaste mental no trabalho dominado. São Paulo: Cortez; 1994.
4. Pires DEP, et al. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016; 24:e2677.

5. Trindade LL, Pires DEP. Implications of primary health care models in workloads of health professionals. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(1):36-42.



22. CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM PACIENTE ADULTO: IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

CENTRAL CATHETER OF PERIPHERAL INSERTION IN ADULT PATIENTS: IMPORTANCE OF THE NURSE'S ACTIVITIES

CATÉTER CENTRAL PERIFÉRICA INSERTOS EN PACIENTES ADULTOS: IMPORTANCIA DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

STRECK, Mônica Tábata Heringer¹; FÉLIX, Roselaine dos Santos²; BULIGON, Naiana³, AZEREDO, Lidiane Grutzmacher⁴, SOUZA, Rafaela⁵, WEILLER, Teresinha Heck⁶, MEGIER, Elisa Rucks⁷, CERDOTES, Ana Luiza Parcianello⁸, ROSA, Fábio Mello da⁹

INTRODUÇÃO: O *peripherally inserted central venous catheter*/cateter central de inserção periférica (PICC) é um dispositivo vascular com inserção periférica, com localização central, de lúmen único ou duplo, constituídos de poliuretano ou silicone, que possibilita um período maior de permanência no paciente¹. Sua utilização no Brasil iniciou na década de 90 em pacientes neonatos com posterior ampliação do uso aos pacientes adultos a partir de 1995. Em 2001, os enfermeiros obtiveram respaldo legal para inserir e manipular o PICC, desde que tenham sido submetidos a qualificação e/ou capacitação técnica conforme Resolução nº 258/2001 do Conselho Federal de Enfermagem². A utilização do PICC em pacientes adultos ainda está tímida e incipiente, apresentando baixa adesão devido a vários fatores como poucos enfermeiros capacitados; falta de divulgação das capacitações; desconhecimento das equipes médicas e de enfermagem; perfil dos pacientes; danos e/ou difícil rede venosa; recursos materiais escassos; falta de visão e posicionamento do enfermeiro para a necessidade do cateter, entre outras¹. Este fator citado anteriormente relaciona-se também ao fato de que o conhecimento dos enfermeiros em relação ao PICC vem sendo construído ao longo dos anos, dado o impacto da sua utilização, inserção e manipulação, porém está diretamente relacionado a dependência da instituição de saúde em prover a capacitação, os materiais e as condições necessárias para o procedimento e continuidade dos cuidados seguros com o dispositivo. Estudos apontam que o PICC utilizado em grupos de pacientes críticos e de terapia intensiva tem baixa taxa de infecção relacionada ao seu uso e menor custo, quando comparado a cateter central de curta permanência inserido por punção em jugular ou subclávia³. As principais indicações para o uso do PICC são pacientes com várias tentativas de punção venosa; terapias com quimioterápicos, drogas vesicantes ou irritantes; nutrição parenteral; nas terapias por tempo prolongado; e outras. As instituições que utilizam o PICC devem elaborar e disponibilizar normas, rotinas e procedimentos padrões para a correta utilização do dispositivo bem como o desenvolvimento de educação continuada que permita capacitar os profissionais quanto à sua manipulação e manutenção, evitando complicações além de assegurar aos pacientes uma assistência segura, isenta de imperícia (sem conhecimento), negligência (descuido) ou imprudência (insensatez), ou seja, um cuidado de Enfermagem digno, humanizado, qualificado, competente e resolutivo. Soma-se a isso a necessidade do registro, manuscrito ou eletrônico, de todos os procedimentos realizados com o paciente em seu prontuário, o uso de uma linguagem padronizada é uma das prioridades da profissão, seja no ensino, na pesquisa ou na assistência, uma vez que torna visível e reconhecido o saber e o fazer da enfermagem pelas demais áreas do conhecimento colaborando na efetividade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) por todos os profissionais envolvidos, em todos os turnos de trabalho e setores os quais o paciente seja encaminhado na instituição, propiciando a continuidade dos cuidados⁴. O Conselho Federal de Enfermagem afirma que a SAE deve ocorrer em todas as instituições de saúde brasileiras, públicas e privadas, considerando que a implantação da SAE constitui, efetivamente, melhora na qualidade da

assistência de enfermagem prestada ao paciente⁵. Dentre as considerações anteriores, salientamos que os principais fatores limitantes na utilização do PICC, corresponde a falta de conhecimento dos profissionais enfermeiros, seguido pelo reduzido número de profissionais capacitados nas instituições para realizar a inserção do dispositivo em pacientes adultos e, a descontinuidade de capacitações e treinamentos para que a equipe manuseie corretamente o cateter³. Sendo assim, justifica-se o presente relato devido à referida unidade não usufruir deste dispositivo nem de profissionais habilitados, mas ter superado limitações e garantido a qualidade da assistência na manutenção do PICC em adulto. **OBJETIVOS:** Relatar a experiência de enfermeiros nos cuidados com manutenção de um cateter venoso central de inserção periférica (PICC) em um paciente adulto. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizada em um hospital público, de ensino, de alta complexidade, de grande porte, de referência macrorregional, localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul. O período do estudo transcorreu de julho a setembro de 2016, totalizando 69 dias. O relato foi baseado na experiência de 12 enfermeiras, participantes do cuidado com a manutenção do PICC em um paciente adulto no setor toco ginecológico de internação. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O PICC foi inserido em 20/07/2016 por enfermeiro habilitado, no membro superior esquerdo, na veia cefálica esquerda, com dispositivo de conexão valvulado e curativo transparente, com data identificando ambos os materiais para a realização das trocas. Os procedimentos recomendados na correta manutenção do cateter possibilitou o êxito em 69 dias, sem intercorrências e sendo retirado devido à programação de alta do paciente. O PICC reduziu os riscos do paciente em relação ao sofrimento físico e psicológico causado pelas punções convencionais, bem como as possíveis flebites bacterianas e químicas com a administração de muitas medicações que eram necessárias ao tratamento. As enfermeiras realizavam a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) junto a esse dispositivo, para garantir o cuidado contínuo, acrescido de momentos de educação em serviço com a equipe de enfermagem. Como abordamos anteriormente, sabemos através da literatura, que esse dispositivo não é utilizado frequentemente em unidades de internação e demanda profissionais capacitados para realizar os cuidados de manutenção, por isso nos primeiros dias do dispositivo as enfermeiras realizaram estudos bibliográficos, trocas de conhecimentos e definições de estratégias de comunicação mais efetivas para o correto procedimento preconizado para a manutenção do PICC no paciente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A atuação do enfermeiro constitui-se de fundamental importância na obediência dos procedimentos recomendados para a correta manutenção do cateter; na busca do conhecimento; no diagnóstico precoce das condições de rede venosa e no desenvolvimento de educação em serviço com a equipe de enfermagem, possibilitando valorização do exercício profissional e maior conhecimento sobre o dispositivo. O envolvimento de todos os enfermeiros na sistematização dos cuidados realizados ampliou a argumentação com os demais membros da equipe para a inserção deste cateter em outros pacientes que tenham indicação.

Eixo temático: Processos de cuidado em saúde e enfermagem.

Descritores: Cateterismo periférico; Cuidados de enfermagem; Educação em Enfermagem.

Keywords: Peripheral catheterization; Nursing care; Education in Nursing.

Palabras clave: cateterización periférica; cuidados de enfermería; La educación de enfermería.

REFERÊNCIAS:

1 COSTA LM. Utilização de cateter central de inserção periférica em pacientes adultos: percepções de enfermeiros [dissertação]. Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2015, 127p.

2 BRASIL. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 258, de 12 de julho de 2001: inserção de cateter periférico central pelos enfermeiros [Internet]. Rio de Janeiro; 2001 [citado 2017 jan 17]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7082&sectionID=34>.

3 LAMBLET , GUASTELLI , JÚNIOR et al, **Cateter Central de Inserção Periférica em Terapia Intensiva de Adultos**. RBTI - Revista Brasileira Terapia Intensiva. 2005.

4 BRASIL. COFEN. Resolução nº 429, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4292012_9263.html

5 BRASIL. COFEN. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Resolução nº 272/2002: dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras. 2002. Disponível em <http://corensp.org.br/072005/>



23. CONFLITOS INTERPESSOAIS EM ESTUDANTES DO ENSINO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

INTERPERSONAL CONFLICTS IN STUDENTS OF TECHNICAL EDUCATION IN NURSING

LOS CONFLICTOS INTERPERSONALES EN LOS ESTUDIANTES DE LA EDUCACIÓN TÉCNICA EN ENFERMERÍA

GOES, Nubia Cristina de¹
BECK, Carmem Lúcia Colomé²
SILVA, Rosangela Marion da³
COELHO, Alexa Pupiara Flores⁴
TRINDADE, Liliane Ribeiro⁵

Introdução: O presente trabalho trata-se de uma nota prévia do projeto de pesquisa para obtenção do título de mestre em enfermagem, pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/RS. Desde o nascimento, várias pessoas passam a fazer parte umas da vida das outras, desenvolvendo muitos tipos de relações. Relacionando-se por amizade, por motivos de estudo, para participar de associações de diversos tipos (moradores de um bairro, de um condomínio; um clube), para desenvolver atividades profissionais, entre outras atividades¹. A todo momento, o indivíduo convive e se relaciona com outras pessoas em diferentes lugares, formam grupos por afinidades e aproximações como família, escola, igreja e trabalho. “Os seres humanos são essencialmente seres sociais, instintivamente motivados por uma necessidade de se relacionar. É nessa interação que descobrem suas próprias capacidades e as exercitam”². A relação interpessoal é um dos elementos essenciais e construtivos da condição na, é, também, um dos campos onde humana, é também um dos campos onde mais facilmente se produzem os conflitos. Os conflitos estão presentes nas relações entre as pessoas, seja porque elas são diferentes, seja porque têm objetivos e interesses diferentes. O termo conflito vem do latim *conflictus* “bater junto, estar em desavença” significa luta, enfrentamento; oposição entre duas ou mais partes; divergência de ideias, de opiniões³. Conflito também é o “funcionamento de impulsos opostos ou contraditórios”⁴. Este estudo se justifica pela necessidade de se conhecer as vivências e experiências dos estudantes de curso técnico em enfermagem, e como estas interferem em seu processo formativo, em especial, os conflitos interpessoais, pois são elementos que se fazem presentes nas relações humanas, sendo, por vezes, importantes para a mediação de opiniões e tomada de decisões, no entanto, quando não são bem mediados ou quando agem de maneira a causar sofrimento e insatisfação entre os estudantes, os conflitos interpessoais podem agir negativamente em seu processo formativo, dificultando o processo de aprendizagem e de formação de um futuro profissional. Portanto, a realização de uma pesquisa participativa nesta temática com os estudantes é importante no sentido de auxiliá-los na ressignificação, mediação e convívio com os conflitos, contribuindo, portanto, com o processo de formação profissional em enfermagem. Esse fato confirma a necessidade de que estudos e ações com esse tema sejam implementados, assim como transformações na realidade dos estudantes sejam alcançadas por meio da Pesquisa Convergente Assistencial. Tendo em vista essas considerações, propõem-se esse estudo delineado a partir das seguintes indagações: Quais as percepções dos

¹Enfermeira.Mestranda em Enfermagem – UFSM, nucris-goes@hotmail.com

²Enfermeira.Doutora em Enfermagem Professora – UFSM

³Enfermeira.Doutora em Enfermagem Professora – UFSM

⁴Enfermeira.Doutoranda em Enfermagem- UFSM

⁵ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem- UFSM

estudantes do curso técnico em enfermagem acerca dos conflitos interpessoais presentes no seu processo formativo? Quais as ações de enfermagem podem ser realizadas em conjunto com os estudantes do curso técnico em enfermagem para trabalhar com os conflitos interpessoais durante o seu processo formativo? **Objetivos:** Estabelecer e implementar ações de enfermagem relacionadas a conflitos interpessoais aos estudantes do curso técnico em enfermagem, por meio da criação de um espaço de fala, escuta e reflexão; Conhecer a percepção dos estudantes do curso técnico em enfermagem acerca dos conflitos interpessoais presentes no seu processo formativo; Identificar a presença de conflitos interpessoais nas relações entre estudantes do curso técnico de enfermagem; Identificar e construir coletivamente estratégias capazes de minimizar os conflitos interpessoais entre estudante do Curso Técnico de Enfermagem durante seu processo formativo. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem convergente-assistencial. O estudo qualitativo consiste em desvelar o estudo da história, das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. A pesquisa qualitativa tem sido utilizada na profissão de enfermagem, considerando seu objeto de trabalho que é o ser humano. Por meio desta abordagem pode-se obter detalhes acerca da experiência dos sujeitos em relação a um determinado fenômeno⁵. Para o desenvolvimento desta pesquisa será adotado o método de Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), o qual se caracteriza como método e também como estratégia para a prática da educação em saúde, sendo uma das propostas deste estudo contribuir para a assistência enquanto dela obtém informações. Entre os pressupostos desse método encontram-se a exigência de uma ligação intencional com a prática e a participação ativa dos sujeitos da pesquisa e assistência. A partir dessa relação, o método permite a busca da solução de problemas ou de falhas encontradas durante o percurso, promovendo a melhoria ou a transformação da prática assistencial, o que só é possível a partir de uma articulação e da cooperação mútua entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados. A PCA serve de estratégia para a prática de educação em saúde e, ao mesmo tempo em que alimenta a assistência, é por ela alimentada. Entre seus pressupostos destacamos: a proposta de renovação das práticas assistenciais e soluções de problemas no cotidiano em saúde; a implicação do compromisso profissional para utilizar a pesquisa enfatizando o pensar e o fazer, isto é, faz pensando e pensa fazendo. Optou-se pela PCA como referencial metodológico desta pesquisa por vir ao encontro dos objetivos desta, possibilitando a implementação de ações de enfermagem aos estudantes do curso técnico em enfermagem relacionados a conflitos interpessoais, por meio da criação de um espaço de fala, escuta e reflexão. O processo de investigação da PCA envolve cinco fases que são: Fase de Concepção, Fase de Instrumentação, Fase de Perscrutação, Fase de Análise, e Fase de Interpretação⁶. **Resultados esperados:** A criação de um espaço de fala e escuta para estudantes do curso técnico de enfermagem acerca dos conflitos interpessoais pode contribuir para minimização dos conflitos interpessoais entre os mesmos, culminando no aumento da satisfação com o processo formativo. Além disso, este espaço participativo poderá contribuir para a agregação entre os estudantes, resultando na otimização de suas experiências subjetivas com o curso. Por fim, acredita-se que atuar na promoção das experiências positivas no processo formativo poderá contribuir para a formação de um profissional melhor preparado para lidar com os conflitos interpessoais no ambiente de trabalho.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem

Descritores: Conflitos (psicologia); Enfermagem; Estudantes.

Descriptors: Conflict (Psychology); Nursing; Students.

Descriptores: Conflicto (Psicología); enfermería; Estudiantes.

Referências:

1. SILVA, et al. Dimensões e Indicadores da Qualidade de Vida e do Bem-Estar no Trabalho. 2013 <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722013000300011&script=sci_arttext> Acesso: 10 de janeiro de 2017.
2. CARVALHO, M. Relacionamento Interpessoal: como preservar o sujeito coletivo. Rio de Janeiro: LTC, 2009.
3. FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 8ª Ed. Curitiba: Positivo, 2010.
4. CABRAL, Á.; NICK, E. Dicionário técnico de psicologia. 14º Edição. São Paulo. Editora Cultrix, 2006.
5. Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2014.
6. TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente-Assistencial - PCA**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre: Moriá, 2014. 176 p.



24. CONSTRUINDO INSTRUMENTO PARA VIABILIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO À PUÉRPERA NA ATENÇÃO BÁSICA

CREATING NA INSTRUMENT TO APPLICATION OF THE NURSINGESS IN THE POSNATAL CARE IN BASIC HEALTH CARE

LA CREACIÓN DE INSTRUMENTO PARA HACER POSIBLE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE POSPARTO EM LA ATENCIÓN BÁSICA

LENHARTT, Camila Aparecida de Souza Duarte¹; MARTINS, Luiz Fernando do Nascimento²; SCHERER, Carlice Maria³

Introdução: Assim como o parto, o puerpério merece uma atenção especial, pois é um momento importante não apenas para mulher, mas para toda a família, por isso a adaptação nesse novo cenário que se apresenta com a chegada de uma criança necessita de um cuidado diferenciado da equipe de saúde. Na atenção básica de saúde, no município de Santa Rosa, no Estado do Rio Grande do Sul, a consulta de enfermagem no puerpério acontece em dois momentos, no décimo e no trigésimo dia após o parto. A partir delas o Enfermeiro pode avaliar as condições de saúde física e psíquica da puérpera, pois é nessa fase que a mulher passa por ajustamento das alterações biológicas, psicológicas e sociais ⁽¹⁾. No registro das atividades durante a consulta de enfermagem à puérpera, o enfermeiro constrói o seu próprio roteiro, uma vez que fica sobre sua responsabilidade criar critérios a serem observados no atendimento da consulta puerperal ⁽¹⁾. Também durante a consulta de enfermagem é necessário elaborar um plano de cuidados que contemple as necessidades específicas e individuais de cada puérpera. Frente a essa preocupação em se ter um planejamento das ações de enfermagem buscou-se a aplicação do processo de enfermagem para sistematizar a assistência à puérpera, considerando que a sistematização da assistência de enfermagem é uma metodologia científica que vem sendo implementada na prática, pois confere segurança ao paciente, qualidade da assistência e autonomia ao profissional ⁽²⁾. O processo de enfermagem se operacionaliza em etapas que se inter-relacionam, as quais compreendem a Primeira etapa: A investigação, que envolve a coleta das informações para determinar o estado de saúde do indivíduo, esta é feita através da história de enfermagem e do exame físico; Segunda etapa: Diagnóstico de enfermagem. A partir das informações coletadas na primeira etapa o enfermeiro identifica os problemas reais e potenciais de acordo com a ordem de prioridade; Terceira etapa: O Planejamento dos resultados esperados, que consiste em um plano de ações para se alcançar um resultado em relação ao problema identificado no diagnóstico de enfermagem; Quarta etapa: A implementação de enfermagem, esta é relacionada com as intervenções necessárias para o alcance dos resultados esperados; Quinta etapa: Avaliação da Assistência de Enfermagem, na qual o profissional enfermeiro avalia a eficácia das intervenções analisando se os resultados planejados foram alcançados ⁽²⁾. Assim, considerando a integralidade do cuidado na atenção primária, optou-se pela teoria das Necessidades Humanas Básicas ⁽⁵⁾ para fundamentar o processo de enfermagem à puérpera na atenção primária. **Objetivos:** O estudo objetivou a construção de um instrumento para auxiliar o Enfermeiro na sistematização do cuidado à puérpera, viabilizando a implementação do processo de enfermagem na atenção básica de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um relato de

¹ Acadêmica de enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM) R/S

² Enfermeiro, Mestre em Educação nas Ciências -Enfermagem (UNIJUÍ), Enfermeiro Assistencial da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa R/S. luiznmartins@gmail.com

³ Enfermeira, Mestre em Educação nas Ciências – enfermagem, docente da faculdade de Enfermagem da Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM) R/S.

experiência sobre a elaboração de um instrumento para a efetivação do processo de enfermagem no atendimento à puérpera na atenção básica, no município de Santa Rosa, no Rio Grande do Sul. O trabalho desenvolveu-se nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2016, durante a realização de um Curso de Extensão sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, ministrado na Sociedade Educacional Três de Maio. O trabalho realizou-se em duas fases: na primeira, elaborou-se o instrumento para a coleta das informações, ou seja, o histórico de Enfermagem e o exame físico da puérpera.; a segunda, foi a elaboração dos diagnósticos de enfermagem através da taxonomia *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA, versão 2015-2017)⁽³⁾, a escolha das intervenções de enfermagem através do sistema de classificação *Nursing Interventions classification* (NIC)⁽⁴⁾ e, por fim, a revisão final do instrumento. Devido à complexidade da execução prática do processo de enfermagem, optou-se por não colocar a terceira etapa, que compreende o planejamento do resultado esperado, visto que esse envolve especificidades do quadro clínico da puérpera. A quinta etapa que consiste na avaliação da assistência de enfermagem prestada à puérpera será realizada quando a mesma retornar para novo atendimento ou, se necessário, em visita domiciliar. **Resultados:** Para a implementação do processo de enfermagem no atendimento à puérpera na atenção básica, primeiramente elaborou-se o formulário de entrevista com os seguintes dados: identificação, histórico atual, exame físico com foco para o peso, pressão arterial, pulso, temperatura, coloração da mucosa, condição das mamas, involução uterina, palpação abdominal, exame especular, episiorrafia ou cicatriz cirúrgica, membros inferiores. Para elencar os principais diagnósticos utilizou-se a experiência dos profissionais que atuam na área de saúde da mulher bem como as discussões com o professores e colegas do Curso de Extensão de Sistematização da Assistência de Enfermagem, sendo elencados os seguintes diagnósticos de enfermagem relacionados a puérpera: falta de adesão relacionada à motivação insuficiente; disposição para controle da saúde relacionado a desejo de melhorar o controle de fatores de risco; amamentação ineficaz relacionada à anomalia da mama e ansiedade materna; amamentação interrompida relacionada à doença da mãe e da criança hospitalizada; disposição para amamentação melhorada, relacionada a mãe expressar o desejo de melhorar a capacidade de oferecer o leite materno às necessidades nutricionais da criança; leite materno insuficiente relacionado, rejeição da mama evidenciada, por recusa a sugar; eliminação prejudicada relacionada, a infecção no trato urinário associada com disúria; constipação relacionada a hábitos de evacuações irregulares; padrão do sono prejudicado relacionado pelo sono não restaurador, pelas responsabilidades dos cuidados, práticas de paternidade/maternidade; levantar-se prejudicado relacionado a procedimentos cirúrgicos; déficit no autocuidado com a higiene íntima relacionado a dor; conhecimento deficiente relacionado a informações errôneas apresentadas por outros; baixa autoestima situacional relacionada a alteração na imagem corporal; disposição para autopercepção melhorada relacionado, ao desejo de melhorar o desempenho de papéis; disposição para a paternidade ou maternidade melhorada relacionada ao pai/mãe expressarem o desejo de melhorar o apoio emocional aos filhos; paternidade ou maternidade prejudicada relacionada a habilidades impróprias para o cuidado; risco de vínculo prejudicado relacionado à separação entre pai/mãe e a prematuridade; desempenho de papel ineficaz relacionado à idade jovem; conflitos de decisão relacionados a sistema de apoio insuficiente; sofrimento relacionado ao aumento da dependência do outro evidenciado por, ansiedade, choro, fadiga, insônia e medo; risco de infecção relacionado a procedimento invasivo; recuperação cirúrgica retardada relacionada pela dor; risco de sangramento relacionado a complicação no pós-parto; risco de contaminação relacionado a práticas de higiene pessoal inadequada; conforto prejudicado relacionado a privacidade insuficiente; dor aguda relacionada a agente lesivo físico e isolamento social relacionado a alteração da aparência física. Cada diagnóstico encontrado foi devidamente agrupado com as possíveis intervenções. Nesta etapa foram identificadas cinquenta intervenções de enfermagem mais comuns no atendimento à puérpera. Fez-se a opção em colocar todas as intervenções de enfermagem na forma de múltipla escolha para facilitar ao enfermeiro o registro das intervenções, uma vez que a grande dificuldade encontrada foi a complexidade e o tempo exigido para o registro de todas as etapas no processo de

enfermagem, somando ainda as demais atividades do enfermeiro na unidade básica de saúde. Pensando nessa problemática já está se viabilizando a informatização desse instrumento para auxiliar os registros e desta forma assegurar uma consulta de enfermagem voltada para as necessidades da puérpera. Para tanto, a Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa dispõe em todas unidades básicas de saúde uma rede informatizada e um departamento de informática para suporte, o que facilitará a informatização do processo. **Conclusões:** O estudo possibilitou a construção de um instrumento que permitirá ao enfermeiro durante a consulta de enfermagem na atenção básica trabalhar com o processo de enfermagem e, desta forma, desenvolver uma assistência pautada no conhecimento científico com a utilização da NANDA e do NIC, o que dará mais segurança à puérpera e ao profissional enfermeiro. O processo de enfermagem desenvolvido neste estudo também permite que todos os enfermeiros das demais unidades de saúde do município de Santa Rosa possam utilizar esse instrumento. Por isso, fazer uso de uma linguagem padronizada facilita o processo de comunicação na enfermagem.

Eixo Temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem.

Descritores: Puerpério; Cuidado; Atenção Básica.

Descriptors: Postpartum Period; care; Primary Health;

Descriptores: Período pós-parto; Cuidado; Atención Primaria de Salud.

Referências

1. Mazzo MHSN, Brito RS. Instrumento para a consulta de enfermagem à puérpera na atenção básica. Rev: Bras, Enfermagem, 2016. Acesso em 20 março. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rebn/v69n2/0034-7167-rebn-69-02-0316.pdf>
2. Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
3. North American Nursing Diagnoses Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação 2015-2017. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.
4. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. NIC: Classificação das intervenções de enfermagem. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
5. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

25. CONVERSANDO SOBRE SEXUALIDADE EM UM GRUPOS DE ADOLESCENTES

TALKING ABOUT SEXUALITY WITH A GROUP OF ADOLESCENTS

HABLANDO LA SEXUALIDAD EN GRUPO DE ADOLESCENTES

¹DA SILVA, Thayná Champe; ²NIETSCHE, Elisabeta Albertina; ³COGO, Silvana Bastos; ⁴KONIG,

Dienifer Farias;

INTRODUÇÃO: A sexualidade é uma característica inerente do ser humano, está presente durante toda a vida do indivíduo, e em todas as suas relações e comportamentos, sendo manifestada de diversas formas, no modo de vestir, de agir, de sentir, ou seja, nas suas ações⁽¹⁾. Os adolescentes necessitam ser reconhecidos em sua singularidade, assumem um espaço e valores que refletirão na vida adulta. Além das modificações emocionais, as modificações físicas também surgem principalmente relacionadas a sexualidade. Nesse sentido, a escola é percebida como espaço privilegiado para ações educativas em saúde, uma vez que é um local onde os adolescentes permanecem a maior parte do tempo e as relações interpessoais acontecem⁽²⁾. Entendemos que é na adolescência, período de transformações que se desenvolve um processo de maturação biopsicossocial dos indivíduos⁽³⁾. Há uma maior socialização dos seres humanos com diferentes grupos, bem como uma busca pela liberdade e auto identidade, o que em alguns casos pode deixar o adolescente vulnerável às influências negativas do meio em que socializa. Nesse contexto, o enfermeiro tem papel fundamental, com base na comunicação, seja na orientação aos familiares ou na realização de educação em saúde, na tentativa de sensibilizar as famílias e responsáveis e assim, minimizar os riscos que esse adolescente pode estar exposto. A educação em saúde constitui um dos componentes essenciais no cuidado de enfermagem, pois esta é dotada de capacidade para desenvolver práticas educativas culturais individuais e coletivas capazes de garantir ao ser adolescente o exercício de sua sexualidade de forma plena, saudável e responsável. **OBJETIVO:** Trata-se de um relato de experiência acerca do projeto “Adolescer”, desenvolvido no Programa de Educação Tutorial- PET Enfermagem em uma escola municipal do município de Santa Maria. **METODOLOGIA:** O Adolescer é um projeto de extensão, criado em 2003, e é desenvolvido em escolas da rede pública de ensino fundamental da região norte do município de Santa Maria, RS, Brasil. Esse trabalho é baseado nas vivências dos acadêmicos de enfermagem, no Projeto Adolescer. Nos grupos são realizadas oficinas lúdico-pedagógicas, com duração de aproximadamente noventa minutos. Os encontros são semanais, numa proporção de cinco a oito encontros em uma escola durante o semestre. Estas oficinas são balizadas na metodologia participativa, a qual permite a atuação efetiva dos participantes no processo educativo. **RESULTADOS:** Ao longo dos anos de atividade, os relatórios do projeto Adolescer mostram a predominância de algumas temáticas por solicitação dos grupos de adolescentes, sendo a sexualidade umas das mais requisitadas por eles. De forma direta ou indireta, esse assunto sempre se torna ponto de reflexão e discussão durante os encontros. O “Adolescer” abrange adolescentes de 10 a 16 anos de idade matriculados em escolas municipais de Santa Maria, nos grupos de adolescentes são abordados assuntos recorrentes como métodos de contracepção, relação sexual, doenças sexualmente transmissíveis, namorar/ficar, gravidez na adolescência, abortamento, fisiologia do corpo masculino e feminino, higiene íntima e cuidados com o corpo na adolescência, hábitos saudáveis de vida, relação familiar e adolescência, amizade, a escola e seu papel no processo do adolescer, a mídia e a adolescência, e o uso de drogas. Visualiza-se nestas temáticas a amplitude de dúvidas e esclarecimentos solicitados pelos adolescentes acerca da sexualidade. Isso remete a reflexão da abrangência deste tema na vida dos adolescentes apresenta-se de diferentes

formas e amplitude. Aprendemos em cada encontro que é necessário trabalhar a sexualidade como um todo e não apenas voltada ao ato sexual, trabalhar com essa temática exige dos acadêmicos de enfermagem uma visão interdisciplinar, que abarque aspectos sócio-culturais além dos biológicos para promover saúde e a socialização de conhecimentos acerca da sexualidade. Quando os jovens não obtêm respostas para suas questões no lar, eles costumam buscá-las com terceiros, amigos da mesma faixa etária, parceiros ou mesmo na mídia, que são elementos que repassam informações incompletas ou imprecisas, carregada de valores culturais e morais, sem uma real confiabilidade. Além disso, essas informações, na maioria das vezes, não estão inseridas na realidade dos jovens, o que pode resultar em uma não compreensão das informações, ou em uma compreensão equivocada. Quando a família não consegue cumprir esse papel, ele é geralmente transferido à escola. Observa-se que a abordagem do tema nesse ambiente ainda é incipiente e voltada apenas para o ensino de questões pertinentes a biologia dos corpos, anatomia e reprodução humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Ao refletir e discutir com os adolescentes, nos grupos, sobre sexualidade, é necessário contemplar o contexto dos adolescentes e, aos poucos, conforme a vivência e experiência do mesmo, buscar compreender como essas questões surgem na adolescência. É indispensável relacionar os significados, as dúvidas e os conhecimentos deles, as vivências junto às diversas instituições sociais como a família, a escola e os amigos, visto que seu conhecimento acerca do tema está ligado a esta vivência. O adolescente é influenciado pelo grupo em que convive e reflete esta influência nas ações que desenvolve no futuro, devendo-se assim considerar todo o conjunto de indivíduos que podem protagonizar essa história, a qual deriva à construção da personalidade e da vida desse adolescente. Acredita-se que, por meio de programas onde o aluno – sujeito do processo – é incitado a pensar sobre o problema em questão, a explicitar a solução escolhida da forma que considerar adequada e a testar e depurar suas ideias existe a possibilidade de construção de conhecimentos relevantes à vida do adolescente. Também ao abordar a temática da sexualidade deve-se configurar no contexto de significados na vida dos jovens. Ou seja, a essencialidade de trabalhar a questão de sexualidade com os adolescentes, não deve ocorrer de forma isolada, mas proporcionando uma reflexão aderida ao contexto no qual ele convive e espelha suas ações no seu dia-a-dia. A formação do enfermeiro deve fornecer subsídios para que o mesmo atue nas escolas, por meio de oficinas com temas como saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e outros temas considerados pertinentes ao ambiente. Percebe-se também a importância de desenvolver ações educativas de promoção da saúde nas escolas. Fazendo com que os adolescentes sejam sujeitos críticos, reflexivos e sujeitos do autocuidado. **Eixo Temático:** Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Palavras-Chave: Adolescente; Sexualidade, Educação em Saúde

Keywords: Adolescent; Sexuality; Health Education.

Palabras Clave: Adolescente; Sexualidad; Educación en Salud.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca AD, Gomes VLO, Teixeira KC. Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos (as) de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2010 Apr/June;4(2):330-7
2. Silva DM da, Alves MR, Souza TO de et al. Sexualidade na adolescência: relato de experiência. Rev enferm UFPE on line. 2013 Mar;7(1):820-3.

Jan;62(1):112-6.

3. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em:. Acesso em: 08/04



26. CUIDADO DE SI COMO ESTRATÉGIA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL: REVISÃO DE LITERATURA

SELF-CARE AS A PROFESSIONAL IMPROVEMENT STRATEGY: REVIEW LITERATURE

CUIDADO DE SI COMO ESTRATEGIA DE APRIMORAMIENTO PROFESIONAL: REVISION DE LITERATURA

CRISTIANO CASTELBLANCO, Diana Carolina¹; LISE, Fernanda²; POZZA DOS SANTOS, Bianca³; SCHWARTZ, Eda⁴

Introdução

Considera-se a enfermagem como ciência e arte de promover a satisfação das necessidades de saúde das pessoas. O cuidado de enfermagem exige cuidar de outro, implicando interessar-se, conhecer, atender, assistir e preocupar-se com e por ele. Nessa perspectiva, o cuidado de enfermagem exige cuidar de si, para cuidar do outro. Refletir em torno do cuidado promove discussões que permeiam os aspectos teóricos e práticos, aplicados desde âmbitos acadêmicos até a prática profissional, tentando desvelar a lacuna entre o saber “ser”, saber saber” e o saber “fazer”. A formação acadêmica dos enfermeiros inclui o ensino de práticas de cuidado, assim, entende-se como uma prática de cuidado o ensinar a cuidar, pois se aprende a cuidar, cuidando. Esse processo de aprendizagem se engaja às situações cotidianas da prática assistencial ⁽¹⁾. No entanto, apresenta-se com divergências entre os estilos de cuidar e de ensinar a cuidar adotados pelas instituições, refletindo-se na qualidade da assistência às pessoas no dia a dia. Nesse sentido, “há riscos da expropriação da presença da enfermeira na esfera específica do cuidado de enfermagem” ⁽¹⁾ que requerem desenvolver soluções para atender o aprimoramento profissional com o propósito de gerar impactos que se evidenciem nas condições de saúde da sociedade. **Objetivo Geral:** Identificar na literatura as práticas de cuidado aplicadas aos estudantes de enfermagem durante sua formação acadêmica. **Objetivos Específicos**

Identificar práticas que aprimoram a formação acadêmica dos enfermeiros ao respeito do cuidado. Refletir a respeito das práticas de cuidados aplicadas aos estudantes de enfermagem durante sua formação acadêmica. **Metodologia:** Este resumo é recorte de uma revisão de literatura integrativa que teve o propósito de compreender o significado do cuidado e sua relação com a enfermagem, na qual foi realizada uma busca livre no Google Acadêmico com os termos “Cuidado” e “Enfermagem”, selecionando para revisão 25 artigos originais de estudos primários, revisões e reflexões. Desses, nove dos artigos focalizaram o tema na perspectiva da educação ou formação acadêmica do enfermeiro, dos quais, quatro foram artigos oriundos de pesquisas qualitativas e um de revisão, sendo esses cinco analisados neste trabalho por ser pertinentes para o tema: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem. Utilizou-se para a análise, o software Ethnograph para organizar os dados e a técnica de análise convencional segundo Hsieh (2005). Inicialmente, separou-se os resultados e as discussões apresentadas nos artigos originais para a análise. Posteriormente, realizou-se codificação e categorização dos resultados, gerando duas categorias: Conhecimento de si e Comunicação na prática de cuidar. **Resultados** Os quatro estudos qualitativos

¹ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, (RS), Brasil. E-mail: dccristianoc@gmail.com

² Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, (RS), Brasil. E-mail: fernandalise@gmail.com

³ Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, (RS), Brasil. E-mail: bi.santos@bol.com.br

⁴ Enfermeira, Pós-Doutora em Enfermagem. Docente da faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, (RS), Brasil. E-mail: eschwartz@gmail.com

foram desenvolvidos com estudantes de graduação e de pós-graduação em enfermagem de universidades públicas do Brasil, com propósitos de explorar os significados e as práticas de cuidado de enfermagem. Inicialmente, os estudos incentivaram os alunos para refletir sobre o sentido que tem para cada um o “cuidar”, abordando conceitos e percepções, e a partir daí, motivaram a tomada de consciência em relação ao cuidado de enfermagem. Os estudos identificaram a necessidade de aprofundar o conhecimento por meio do aprimoramento profissional ⁽²⁾. A análise dos estudos permitiu a construção de duas categorias, as quais apresentam os aspectos mais importantes que justificam o “Cuidado de si” como estratégia de aprimoramento significativa na formação acadêmica do enfermeiro. **Categoria I. Conhecimento de si.** Da mesma maneira que ter interesse pelo outro leva a conhecer suas necessidades ⁽³⁾, conhecer as próprias necessidades é consequência de ter interesse consigo mesmo, assim, os estudos permitiram identificar que o “conhecimento de si” é uma estratégia para “Cuidar de si” nos estudantes de enfermagem. Os alunos demonstraram que ter conhecimento de si implica reconhecer seus sentimentos, comportamentos, habilidades, reações e sensações próprias. Além disso, consideraram que baseado nesse conhecimento, poderiam se compreender e se aceitar além deles, também aos outros, favorecendo a identificação de necessidades de cuidado e, portanto, cuidando aos outros e a eles mesmos. O cuidado de si foi um processo que aconteceu mediante vivências grupais ⁽⁴⁾, caracterizadas por espaços e ambientes de trocas de experiências que subsidiaram o processo de aprendizagem. Trabalhar em torno da sensibilidade promove também o reconhecimento dos limites de cada pessoa, dessa forma, os estudantes identificaram a potencialidade do conhecimento mediado pelos sentidos, e da mesma maneira, fragilidades em relação às capacidades de comunicação, destacando que não saber escutar é uma problemática comum no cuidado de enfermagem. Um dos estudos ⁽⁵⁾ utilizou dinâmicas musicais como ferramenta para trabalhar a sensibilidade dos estudantes ao tempo que desenvolveu um ambiente promotor de cuidado.

Categoria II. Comunicação na prática de cuidar. Aprender a escutar aos outros configura-se como uma fragilidade reconhecida nos estudantes de enfermagem que participaram nas pesquisas da literatura revisada. Eles apontaram a importância de saber escutar para o processo de comunicação que acontece durante a realização de cuidado entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, destacando que “sem escuta não há cuidado” ^(3,4). Contudo, um dos estudos destacou a comunicação não verbal como uma das formas de comunicação mais utilizada, mas pouco reconhecida e explorada nas relações de cuidado ⁽²⁾. Mediante ela, o enfermeiro pode interpretar gestos e expressões que conseguem dizer mais do que as próprias palavras. O processo de comunicação influencia o cuidado de enfermagem assim como a qualidade da assistência, pois permite ao enfermeiro conhecer as necessidades das pessoas, facilitando a aproximação a elas, o estabelecimento de relações interpessoais, e por fim, da interação de cuidado ⁽²⁾. Essa interação se caracteriza pela troca de informações e orientações entre as pessoas e o enfermeiro, promovendo mudanças nos estilos de vida e suas condições de saúde ⁽³⁾, sendo resultado da realização de cuidado. Reconhecer fragilidades na aprendizagem dos processos de comunicação contribui para o conhecimento de si e para o cuidado de si e dos outros, possibilitando satisfação das necessidades expressadas e favorecendo a construção das relações terapêuticas ⁽⁴⁾. **Conclusões** Este estudo permitiu identificar na literatura algumas das práticas de cuidado que integram na sua perspectiva o “Cuidado de si”, sendo uma estratégia com potencial para o aprimoramento profissional desde a formação acadêmica do enfermeiro, além de destacar sua pertinência e importância para os profissionais. A revisão permitiu identificar a importância de implementar estratégias que facilitem o conhecimento de si na formação acadêmica dos estudantes de enfermagem. Tal prática pode permitir lhes reconhecerem-se como pessoas iguais as demais, que apresentam necessidades e precisam de cuidados, e ao mesmo tempo, contribui na qualidade do cuidado que cada um desenvolve na sua prática profissional. Adicionalmente, investir na aprendizagem da comunicação pode aprimorar o processo de conhecimento vivenciado pelos estudantes de enfermagem, permitindo-lhes reconhecer suas fragilidades e potencialidades. Constata-se que a melhor forma de aprender a cuidar é cuidando e que se aprende enfermagem cuidando com qualidade e com

compromisso ético. Também, se ensina enfermagem ensinando a cuidar de si, com respeito e com reconhecimento dos limites de cada pessoa.

Eixo Temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Descritores: Enfermagem; Educação em Enfermagem; Autocuidado; Comunicação.

Referências

1. de Carvalho V. Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca de significados e implicações da prática da enfermagem. Rev Latino-Americana de Enfermagem. 2004; 12(5):806-815.
2. Santos CCV, SHIRATORI K. A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2005;58(4):434-437.
3. Vale EG, Pagliuca LMF. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. Rev Bras Enferm. 2011;64(1):106-113.
4. Kestenberg CCF, et al. Cuidando do estudante e ensinando relações de cuidado de enfermagem. Texto & Contexto-Enferm. 2006; 15(spe):193-200.
5. Bergold LB, Alvim NAT. A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(3):537-542.



27. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

NURSING CARE TO THE PATIENT AFTER BRAIN VASCULAR ACCIDENTS: A REPORT OF EXPERIENCE

ATENCIÓN AL PACIENTE DE ENFERMERÍA DESPUÉS VASCULAR LESIÓN CEREBRAL: UN RELATO DE EXPERIENCIA

Coradini, Julia da S.¹
Pinno, Camila²

Introdução: a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é definida como uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua (segundo a Resolução ANVISA/DC nº 7 de 2010). Especificamente, a UTI adulto se caracteriza por admitir pacientes a partir dos 18 anos². O perfil de pacientes internados em UTI, geralmente se caracteriza por idade avançada acrescido de doenças crônicas que agudizam. As principais demandas da unidade de cuidados intensivos, segundo estudos, são de 71,3% para doenças infecciosas, incluindo sepse, sepse grave e choque séptico, tétano, meningite bacteriana e pneumonia; 23,4 são de pacientes com doenças respiratórias, como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência respiratória e tromboembolismo pulmonar, e 29,8 são demandas neurológicas, como trauma crânioencefálico e Acidente Vascular Cerebral (AVC)³. A partir desse último, destacam-se as internações por AVC. O AVC é caracterizado em dois tipos: o isquêmico, que ocorre diminuição da perfusão sanguínea devido a uma trombose ou embolia e o hemorrágico, onde ocorre lesão cerebral acarretada pelo rompimento de um vaso causando extravasamento de sangue, muitas vezes devido a um aneurisma. É um problema de início súbito, acarretado por doença vascular⁵. As manifestações clínicas dependem da localização onde ocorreu a lesão cerebral. O AVC está entre as maiores causas de mortes no Brasil, segundo pesquisas¹. Pacientes que sofreram AVC demandam condutas especiais, como medicações, posicionamento e cuidados de enfermagem. **Objetivo:** Destacar principais particularidades e cuidados a pacientes que sofreram AVC, atrelando as experiências vividas pela acadêmica durante vivência realizada em uma UTI adulto de um hospital universitário. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência de vivência, atividade esta, onde o HUSM (Hospital Universitário de Santa Maria), através da GEP (Gerência de Ensino e Pesquisa) disponibiliza aos estudantes, atividades de ensino e extensão no ambiente hospitalar. Esta vivência foi realizada pela acadêmica durante o período de janeiro e fevereiro de 2017, utilizando carga horária de 120 horas, sob supervisão da enfermeira do setor juntamente com uma professora responsável. A UTI do HUSM possui dez leitos, sendo destes, nove em funcionamento. Dentre estes leitos, três são destinados a isolamentos, e ficam retirados do salão. No salão se encontram seis leitos. Atualmente conta com uma equipe de enfermagem de dois enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem por turno de trabalho, juntamente com um médico e fisioterapeuta de plantão. Conta ainda com equipes de residências médica e multiprofissional que trabalham juntas. **Resultados e discussão:** A equipe da UTI se apresentou acolhedora, o que tornou a convivência muito agradável e produtiva. Durante a vivência realizada em UTI adulto, foi possível acompanhar o dia-a-dia do enfermeiro, suas competências, e os cuidados exercidos aos pacientes, incluindo os acometidos por AVC. A partir da experiência da acadêmica, observou-se que durante o período de vivência, havia um maior número de paciente acometidos por AVC, comparado a outros diagnósticos específicos. As manifestações mais comuns observadas são

¹ Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Email: julia.scoradini@gmail.com

² Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSM. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSM.

fraqueza, dormência, alterações visuais, disartria, disfagia ou afagia⁵. O AVC pode deixar sequelas aos pacientes, e após alta necessitará de reabilitação. Pacientes críticos pós-avc demandam específicos cuidados da equipe de enfermagem, que devem ser realizados para a prevenção das sequelas. O enfermeiro precisa desenvolver práticas com enfoque na educação e promoção da saúde, visando o autocuidado, envolvendo o paciente e a família, dominando conhecimentos específicos para planejar o cuidado da melhor forma^{4,1}. Durante a vivência, ocorreu a internação de pacientes onde foi preciso instalar a monitorização de Pressão Arterial Média (PAM) invasiva, e observar para que não houvesse aumento da PAM. Para evitar o risco de ressangramento cerebral, estipula-se que a PAM mantenha-se abaixo de 130mmHg. Também é necessário observar o posicionamento do paciente, para melhores resultados quanto à saturação de oxigênio, recomenda-se a posição sentado, colaborando com a expansão pulmonar. A posição da cabeceira elevada a 30 graus se deve a prevenção de broncoaspiração e lesões por pressão. A oxigenação é monitorada pela gasometria arterial ou por oximetria de pulso¹. Ainda se utilizam de coxins, almofadas e travesseiros para que se evitem dores musculares, e nas articulações. Nesse âmbito, observa-se a importância da fisioterapia para reabilitação desses pacientes, levando-os à poltrona e utilizando de mobilização no leito, visto que, se encontram com a mobilidade prejudicada. Essas atividades previnem trombose venosa e diminui o risco para lesões por pressão⁴. Durante a internação é importante atentar para alimentação. Alguns pacientes podem estar hemiplégicos e com dificuldade de deglutição, por isso é necessário manter hidratação venosa e apoio da equipe multiprofissional especialmente nutrição e fonoaudiologia, como foi possível observar na vivência da acadêmica. A monitorização cardíaca é necessária, pois alguns problemas associados ao AVC podem ser observados, como o aparecimento de infarto agudo do miocárdio (IAM), arritmias e insuficiência cardíaca. É importante utilizar-se de soluções venosas e drogas vasoativas para manter o paciente hemodinamicamente estável. O tratamento medicamentoso inclui agentes trombolíticos e anticoagulantes que servem para dissolver o coágulo e reduzir a coagulação sanguínea respectivamente. O uso de trombolíticos deve ser iniciado até três horas após o início dos sintomas, a chamada janela terapêutica, que se seguida, pode reestabelecer o fluxo sanguíneo arterial^{1,5}. Para que os cuidados sejam efetivos é importante que a equipe esteja atenta e trabalhe em conjunto para uma maior recuperação do paciente. **Considerações Finais:** O papel do enfermeiro diante do AVC inicia desde a detecção dos fatores de risco, como hipertensão, diabetes mellitus, tabagismo, obesidade, e outras doenças cardiovasculares, e uma ativa mobilização para prevenção e educação em saúde. É importante realizar acompanhamento desses pacientes reconhecendo sinais e sintomas precocemente, iniciando o tratamento o mais rápido possível a fim de reduzir sequelas e proporcionar uma melhor reabilitação. O enfermeiro pode ser útil apresentando modificações do estilo de vida que podem reduzir os fatores de risco para um AVC, pode realizar orientações quanto aos medicamentos e quanto aos sinais e sintomas. O profissional de enfermagem deve obter conhecimento para que realize o cuidado, buscar por atualizações agregando maior segurança no tratamento do acometido. Ainda destaca-se a importância da equipe multiprofissional, que age em conjunto em todos os níveis de cuidado, desde físico, psicológico e biológico.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Descritores: Cuidados de enfermagem; acidente vascular cerebral; unidades de terapia intensiva.

Descritores em inglês: Nursing care; stroke; intensive care units.

Descritores em espanhol: Cuidados de enfermeira; accidente vascular cerebral; unidades de cuidados intensivos.

Referências:

1. BIANCHINI, SM et al. Cuidado de enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico: revisão integrativa. Online Brazilian Journal Of Nursing. 2010;9(2)

2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7, 24 de fev. de 2010.
3. FAVARIN, SS., CAMPONOGARA, S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um Hospital universitário. Rev Enferm UFSM. 2012;2(2):320-329
4. GOMES, SR., SENNA, M. Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral. Cogitare Enferm. 2008;13(2):220-226
5. MORTON, PG., FONTAINE, DK. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. RJ. Ed. Guanabara Koogan, 2011



28. CUIDADOS PRESTADOS A PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

CARES PROVIDED TO PATIENTS WITH CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY IN HEMODIALYTIC TREATMENT: EXPERIENCE REPORT

CUIDADOS PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL TRATAMIENTO HEMODIALÍTICO: INFORME DE EXPERIENCIA

SANTOS, Luana Escobar Dos¹; BONFADA, Mônica Strapazzon²; FABRIS, Juliana³; SCHNEIDER, Fabielí Vargas Muniz⁴; OLIVEIRA, Isabel Cristine⁵; VIEIRA, Yohana Pereira⁶

Introdução: A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é conceituada como uma síndrome complexa pela redução progressiva da filtração glomerular renal, sendo este o principal mecanismo de excreção de solutos tóxicos não voláteis para o organismo. Evidencia-se anormalidade estrutural ou funcional dos rins o que persistem após três meses, os marcadores que sinalizam a lesão renal são observados pelos exames de laboratório de ureia e creatinina. Os rins são os órgãos responsáveis pela manutenção da homeostase do nosso corpo, quando essa função é comprometida os demais órgãos também são prejudicados, aumentando as taxas de morbimortalidade.¹ A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) apresenta os objetivos da terapia renal de substituição como sendo uma forma de correção metabólica da disfunção renal, regulação de equilíbrio ácido básico, de eletrólitos, hídrico, volêmico e nutricional, também oferece suporte na recuperação das disfunções orgânicas.² As disfunções renais são classificadas em estágio, onde a IRC é caracterizado como estágio 5 da doença, em processo mais avançado. A doença renal pode progredir lentamente, estudos revelam que as principais causas são a hipertensão arterial, diabetes mellitus e as glomerulonefrites, porém, já comprovado que estas doenças controladas impedem ou retardam o aparecimento desta lesão renal. Quando o estágio da doença renal crônica chega ao nível 5, o paciente é submetido a terapia renal substitutiva, esta é compreendida e três modalidades: diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal.¹ A hemodiálise é o método mais comum de ser utilizado em pacientes renais crônicos. Consiste na retirada do sangue através de um acesso vascular calibroso: de uso imediato encontra-se o cateter de duplo lúmen implantado temporariamente na veia jugular, subclávia ou femoral. Durante estes procedimentos, os pacientes estão expostos a situações de emergências clínicas como hipotensão, hipertensão, câimbras, cefaleia, vômitos, convulsões, arritmias, hemólise entre outras, também complicações técnicas próprias da máquina como dialisador inadequado, água contaminada entre outras.³ Algumas complicações podem ser evitadas através dos cuidados e orientações que a equipe disponibiliza ao paciente, pois eles precisam passar por modificações em seu estilo de vida como controle da dieta e restrição hídrica adequada, importante também ter um acompanhamento psicológico para enfrentar a doença da melhor maneira e adaptar-se as mudanças no estilo de vida pessoal, social e familiar. A doença renal e seu tratamento tem repercussão em todo o aspecto da vida do paciente e seus familiares que acompanham este processo, caracterizado pela mudança de vida, incertezas, limitações e medos.⁴ A equipe de enfermagem tem um importante papel na atuação de enfrentamento da doença e as adaptações que são necessárias para manter a diálise, construindo uma forma de cuidado

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria(UFSM)/ Campus Palmeira das Missões.

² Enfermeira, Mestranda do PPGENF/UFSM.

³ Enfermeira, pós-graduanda em Gestão de Organização Pública em Saúde/UFSM.

⁴ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria(UFSM)/ Campus Palmeira das Missões. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET)/Enfermagem.

⁵ Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGENF/UFSM).

⁶ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria(UFSM)/ Campus Palmeira das Missões.

humanizado, integral e garantindo uma assistência segura e com qualidade.⁵ **Objetivo:** Relatar experiências vivenciadas por acadêmicas de enfermagem frente a cuidados prestados a pacientes com Insuficiência Renal Crônica em tratamento hemodialíticos. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, referente a experiência assistencial a partir das atividades práticas curriculares da disciplina de Enfermagem em Terapia Intensiva, realizadas no período de outubro de 2016, completando a carga horária de 45 horas, por acadêmicas do 6º semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus de Palmeira das Missões. O Estágio deu-se em um hospital da região norte do Rio Grande do Sul, na Unidade de Terapia Intensiva, onde pacientes renais crônicos internados necessitavam do procedimento de hemodiálise. **Resultados:** Durante as aulas práticas, tivemos a oportunidade de manter contato com pacientes portadores de (IRC), situação que instiga a busca por mais conhecimento acerca desta patologia e suas principais complicações, bem como as dificuldades enfrentadas por este grupo de pacientes. É possível perceber o quanto é desgastante e invasivo o tratamento e a rotina de um paciente portador de IRC, tanto durante o tratamento quanto no âmbito domiciliar, na sua rotina diária, seus hábitos alimentares. Tudo isso acaba modificando bruscamente a vida do indivíduo, devido às limitações que a doença pode e/ou traz consigo. Ao receber o paciente na unidade para iniciar a hemodiálise, era possível perceber a angústia que estes pacientes enfrentavam, sua rotina completamente modificada, passando a enfrentar dificuldades no seu trabalho, medo e vergonha na sociedade devido ao uso de cateteres ou fistulas para o tratamento, mudanças na vida familiar e social, mudanças na alimentação, sendo esta a que mais traz complicações na hemodiálise. A equipe de enfermagem tem como maior aliado neste processo a orientação, visando explicitar e conscientizar os pacientes e familiares à importância de uma alimentação adequada e a restrição de líquidos. No entanto, diversos pacientes têm dificuldade em seguir estes cuidados, o que leva os mesmos a procurar a instituição hospitalar com seu quadro descompensado, necessitando, assim, iniciar uma sessão de hemodiálise imediata. As experiências vivenciadas pelas acadêmicas foram de extrema relevância para o aprendizado, pois desde o início das atividades, como também no contato com os pacientes portadores de IRC, foi possível perceber algumas fragilidades e necessidades dos mesmos, sendo as questões psicológicas e emocionais vistas como mais comuns neste processo. As principais dificuldades enfrentadas pelas acadêmicas durante o período de práticas dizem respeito aos cuidados de enfermagem em relação a parte emocional dos pacientes, pois estes expunham seus sentimentos e aflições, como a não aceitabilidade da patologia, o saber que o transplante poderia demorar, aproximando o fim de sua vida. Todo este contexto demanda um cuidado qualificado e humanizado da equipe de enfermagem, devido o momento de vulnerabilidade que estes pacientes enfrentam. Desde o início das atividades, foi possível obter contato maior com os pacientes, o que era impossibilitado antes em outros campos de atividades curriculares, devido à falta de pacientes com essas patologias mais complicadas e que demandam de alguns cuidados especiais tanto da enfermagem quanto da equipe em geral. Neste período foram realizados diversos cuidados de enfermagem específicos como: verificação de sinais vitais; cuidados e realização do balanço hídrico; orientação quanto as restrições hídricas e sua importância; orientações das possíveis complicações que possam ocorrer durante o procedimento de hemodiálise; cuidados com cateteres e prevenção de infecções; assistência direta com conversas e apoio emocional ao pacientes, dentre outros cuidados de rotina da enfermagem. Várias situações marcaram essas atividades. Observamos que os pacientes possuem persistência no tratamento, unindo a esperança da cura e a sua força de vontade de lutar pela vida. Claramente estes fatos contribuem para que, cada vez mais, nos empenhamos para ofertar os cuidados de qualidade que os pacientes merecem. **Conclusões:** Frente a essas circunstâncias, os profissionais de enfermagem, em especial os enfermeiros, precisam estar preparados para fornecer suporte profissional qualificado diante destas variáveis no processo de tratamento e acompanhamento da doença. Quanto aos acadêmicos de enfermagem, no papel de futuros enfermeiros, deve haver a conscientização da importância de uma atuação humanizada, pautada nos conhecimentos científicos, visando tornar a experiência do paciente durante o tratamento o menos desagradável possível.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Descritores: Cuidados de enfermagem; enfermagem; doença renal crônica.

Descriptors: Nursing care; nursing; chronic kidney disease.

Palabras clave: Los cuidados de enfermeira; enfermeira; enfermedad renal crónica.

REFERÊNCIAS

- 1- Ajzen H, Schor N. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar de nefrologia. 2.ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2005.
- 2- Sociedade Brasileira de Nefrologia. Diretrizes. Doença Renal Crônica. Disponível em: <http://sbn.org.br/utilidades/diretrizes-e-recomendacoes/> acesso em jan. de 2017.
- 3- Valle LS, Souza VF, Ribeiro AM. Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Estud. psicol.*, Campinas, v. 30, n. 1, p. 131-138, Mar. 2013
- 4- Frazão CMFQ, Delgado MF, Araújo MGA, Silva FBBL, Sá JD, Lira ALBC. Nursing care for chronic renal patients on hemodialysis. *Rev Rene*. 2014; 15(4):701-9
- 5- Alves LO, Guedes CCP, Costa BG. Nurses actions for chronic renal patients: reflection of comprehensive care focus. **Rev. pesqui. cuid fundam.** (Online); 8(1):3907-3921, jan-mar. 2016.



29. DANOS RELACIONADOS AO TRABALHO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE

DAMAGE RELATED TO NURSING WORK IN BASIC HEALTH CARE

DAÑOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

MOREIRA, Maria Graziela de Souza¹, MORAIS, Bruna Xavier², DORNELES, Ademir Antunes³, DALMOLIN, Grazielle de Lima⁴.

INTRODUÇÃO: Compreende-se que riscos são agentes ou eventos que podem causar danos à saúde, quando extrapolados os limites de tolerância, definidos pela natureza, concentração, intensidade e tempo de exposição, o que varia sua capacidade de causar uma doença ou não, pois dependem diretamente de o indivíduo estar suscetível ou não¹. Entende-se risco como “toda e qualquer possibilidade de que algum elemento ou circunstância existente num dado processo ou ambiente de trabalho possa causar danos à saúde, seja por meio de acidentes, doenças ou do sofrimento dos trabalhadores”². Os trabalhadores de saúde, em especial os enfermeiros, realizam suas atividades laborais em ambientes expostos a riscos ocupacionais, os quais podem lhes ocasionar adoecimento e/ou acidentes de trabalho³. Nesse estudo, a categoria profissional investigada a fim de evidenciar os danos relacionados ao trabalho, refere-se aos enfermeiros da atenção básica de saúde. Destaca-se que estes, são responsáveis por desempenhar um papel fundamental para a consolidação de um modelo de saúde, seguindo o princípio da integralidade, bem como, na ampliação e fortalecimento da compreensão do conceito de saúde, abordando não apenas os aspectos biológicos, como também os sociais e econômicos. Frente a isso, os mesmos concentram suas práticas tanto em atividades coletivas, de educação e promoção de saúde, como individuais, de assistência direta. Neste contexto, os enfermeiros enfrentam muitas dificuldades no seu processo de trabalho, expondo-os a diversos tipos de riscos, os quais podem ser responsáveis pelo desenvolvimento de um processo de doença, podendo leva-los até o afastamento de suas atividades laborais devido sua gravidade e consequências. **OBJETIVO:** Avaliar os danos relacionados ao trabalho de enfermeiros da atenção básica a saúde. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal, realizado com enfermeiros da atenção básica à saúde de um município da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. Este serviço está distribuído em 34 unidades de atendimento que estão vinculadas a prefeitura. Adotou-se como critérios de inclusão ser trabalhador da atenção básica do município e estar atuando no serviço, por um período mínimo de seis meses. Já o critério de exclusão limitou-se aos trabalhadores que estavam em período de férias ou qualquer afastamento do trabalho no período da coleta dos dados, que ocorreu de março a agosto de 2015. Os trabalhadores que atenderam aos critérios estabelecidos foram convidados a participar do estudo. Mediante a resposta positiva, foi disponibilizado ao trabalhador o instrumento de pesquisa juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, sendo orientados verbalmente como respondê-lo. Os participantes tiveram a opção de responder, ou não, ao questionário no local de trabalho. Para esse estudo foi utilizado o Inventário sobre Trabalho e os

¹ Graduanda de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: mariagraziela_vet@hotmail.com

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.

³ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Atua no Hospital de Guaranição de Santa Maria e docente na Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA).

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do departamento de Enfermagem da UFSM.

Riscos de Adoecimento (ITRA), instrumento criado e validado em 2003⁴, com posteriores adaptações em 2004 e 2006. O ITRA é formado por quatro escalas independentes que avaliam dimensões de inter-relação entre trabalho e riscos de adoecimento. A primeira escala é denominada Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho, a segunda escala é a Escala de Custo Humano no Trabalho, a terceira denomina-se Escala de Indicadores de Prazer e sofrimento no Trabalho e a quarta escala é a Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT), a qual foi utilizada nesse estudo. A EADRT caracteriza-se por conter uma escala likert de seis pontos e com 29 itens. Esses itens buscam evidenciar os danos físicos que contém os itens 1 a 12, danos sociais com os itens 13 a 19 e os danos psicológicos com os itens 20 a 29. Os dados foram digitados no programa Excel 2010, com dupla digitação independente para que possíveis erros e inconsistências fossem identificados e corrigidos. Após essa etapa, para análise dos dados foi empregado o programa PASW Statistic® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago, USA) versão 21.0 para Windows. Utilizou-se de estatística descritiva, com distribuição de frequência relativa e absoluta para variáveis categóricas e medidas de posição central e dispersão, como média e desvio padrão para as variáveis quantitativas. Para avaliação dos danos relacionados ao trabalho seguiu-se a seguinte classificação: valores entre 3,1 e 4,0 (avaliação negativa, grave), com indicativos que o contexto de trabalho deste trabalhador possibilita de forma grave o adoecimento do trabalhador, valores de 2,0 e 3,0 (avaliação moderada, crítica), dá indícios que o contexto de trabalho favorece de maneira moderada o processo de adoecimento do trabalhador, e abaixo de 1,9 (avaliação positiva, suportável), que compreende um contexto de trabalho favorável a saúde do trabalhador. Foram seguidos os aspectos éticos, segundo a Resolução 466/12, que determina as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas com seres humanos. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM) aprovou o presente, registrando sob CAAE: 40264314.4.0000.5346 em 12/01/2015. Os participantes do estudo receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS: Participaram do estudo 45 enfermeiros da atenção básica a saúde. Evidenciou-se o predomínio do sexo feminino (100%), casadas, em união estável ou vivem com companheiro (64,4%), com filhos (64,4%) e média de idade de 40,0 anos ($DP \pm 10,06$). A maioria das enfermeiras possuía pós-graduação completa (91,1%), tinham tempo de formação em média de 15,7 anos ($DP \pm 9,30$), e média de tempo de trabalho neste serviço de 7,5 anos ($DP \pm 7,82$). De acordo com a análise das médias obtidas da escala EADRT, os danos físicos obtiveram uma média de 2,62 ($DP \pm 1,35$), os danos sociais apresentaram média de 1,54 ($DP \pm 1,46$) e, os danos psicológicos média de 1,66 ($DP \pm 1,51$). Assim, evidenciou-se que os danos físicos foram moderados, entendidos como críticos, e danos sociais e psicológicos avaliados como positivos, entendidos como suportáveis. A avaliação dessas médias demonstra que os danos físicos são fatores mais agravantes. O que corrobora presentes achados com agentes comunitários da saúde, com avaliação crítica para danos físicos e avaliação positiva para danos psicológicos e sociais, uma vez que também atuam no contexto da atenção básica e na consolidação de um novo modelo de saúde⁵.

CONCLUSÃO: Com a avaliação dos danos relacionados ao trabalho de enfermeiras da Atenção Básica a Saúde, foi possível constatar que os danos físicos foram considerados críticos, indicando um moderado risco de adoecimento, e os danos psicológicos e sociais avaliados de forma positiva, suportáveis. A partir dos resultados encontrados, sugere-se a realização de novos estudos que visem promover a saúde e estratégias para a prevenção de riscos que possam levar ao adoecimento, bem como a diminuição de danos relacionados ao trabalho na Atenção Básica a Saúde, objetivando o desenvolvimento e manutenção de ambientes e condições laborais saudáveis para esses trabalhadores. Cabe ressaltar nesse estudo como limitação o tamanho limitado da amostra, o que não permite generalizações a outros contextos.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Saúde do trabalhador; Atenção primária à saúde; Riscos ocupacionais.

Descriptors: Nursing; Occupational health; Primary health care; Occupational risks.

Descriptores: Enfermería; salud laboral; Atención primaria de salud; Riesgos laborales.

Referências:

1. Souza SF, Carvalho FM, Araújo TM, Porto LA. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. Rev saúde pública. 2010;44(4):710-7.
2. Porto MFS. Análise de riscos nos locais de trabalho: conhecer para transformar. Cad Saúde Trab [internet]. 2000 [acesso em 3 fev. 2017]. Disponível em: <http://docplayer.com.br/79975-Analise-de-riscos-nos-locais-de-trabalho-conhecer-para-transformar.html>
3. Silva JE, Lima MG, Marziale MHP. O conceito de risco e os seus efeitos simbólicos nos acidentes com instrumentos perfuro cortantes. Rev Bras Enf. 2012; 65(5):809-14.
4. Mendes AM, Ferreira MC. Inventário de trabalho e riscos de adoecimentos – ITRA: Instrumento auxiliar de diagnóstico. In: Mendes AM, organizadora. Psicodinâmica do trabalho: Teoria, método, pesquisas. São Paulo (SP): Casa do psicólogo; 2007.
5. Krug SBF, Santos AC, Dutra BD, Bender KG, Sehnem L, Alves LMS, et al. Sofrimento e adoecimento no trabalho de agentes comunitários de saúde: um estudo de estratégias de saúde da família. Rev Uniabeu. 2015; 20(8):363-79.



30. DESAFIOS DO ENFERMEIRO DOCENTE DE CURSO TÉCNICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

CHALLENGES OF THE NURSING TEACHER OF TECHNICAL COURSE: A REPORT OF EXPERIENCE

DESAFÍOS DE LA ENFERMERÍA FACULTAD DE CURSO TÉCNICO: UM RELATO DE EXPERIENCIA

ALIEVI, Mariana Fröhlich¹

OLEINICZACK, Elisângela²

BRITES, Marina Calegari³

Introdução: A atividade pedagógica implica estar sempre em movimento, nas trocas entre professor e alunos. Desafios e dificuldades impulsionam o professor na busca de inovações em sala de aula. Existem os desafios enfrentados pelo professor, os de aprendizagem e questões institucionais. A revolução tecnológica atual é um dos grandes desafios, a informação e a relação de aprendizagem assumiram novas características. Surge a necessidade do professor se reinventar. Observa-se desafios diante das mudanças sociais, no perfil do aluno da atualidade, preocupação em proporcionar uma formação que prepare as pessoas para o mundo produtivo, concorrido, acelerado, com constantes modificações, desafiador e conflituoso, desorganizado e ao mesmo tempo interessante de hoje, com capacidade de opinião sobre tudo e capaz de modificar situações. Estes são os desafios do mundo atual, cheio de novidades com necessidades de mudanças constantes. Quando se trata do ser docente de cursos na área da saúde, em específico dos cursos técnicos em Enfermagem, esta prática se torna ainda mais desafiadora, uma vez que estes profissionais após formados serão os principais responsáveis pelas atividades relacionadas ao cuidado direto ao paciente e seus familiares, em todos os aspectos, e para que estejam aptos a desenvolver suas atribuições específicas e com qualidade, necessita passar por um curso de formação a nível técnico, com corpo docente capacitado para lhe ensinar a teoria e prática, desenvolvendo no aluno aptidões necessárias para que exerça seu ofício com plena competência. Para que isso aconteça, exige-se do Enfermeiro docente que ele tenha amplo conhecimento sobre a prática pedagógica e suas interfaces, enfrentando as dificuldades de ser o formador pois seus alunos serão os futuros cuidadores na área da saúde. **Objetivos:** Relatar desafios enfrentados por enfermeiros na área da docência. **Metodologia:** Relato de experiência acerca de vivências do Enfermeiro professor de curso técnico de Enfermagem. **Resultados:** É de suma importância que os cursos técnicos em enfermagem sejam ministrados por enfermeiros docentes com capacitação técnica e conhecimento didático pedagógico, ambos sendo buscados pós-formação, uma vez que os cursos de graduação em enfermagem não oferecem conhecimento suficiente para a prática da educação. Sendo assim, os desafios para este profissional professor se torna amplo, em virtude das imensas responsabilidades de ser o indivíduo formador de profissionais que devem trabalhar de forma humanizada, com amplo conhecimento técnico onde um erro pode acarretar na perda de uma vida, sendo que além de ensinar a doutrina de toda enfermagem e a técnica correta, deve fazer o aluno entender a responsabilidade da sua futura profissão. O sucesso de uma boa prática docente depende muito do objetivo de cada professor e formar cidadãos competentes e críticos é um processo longo e requer muito esforço e dedicação, não podendo haver comodismo achando que o seu conhecimento é suficiente para uma determinada população, sendo que a busca pela formação continuada deve ser constante ao professor educador (Araújo e Yoshida, 2009). O perfil dos alunos atuais faz o enfermeiro docente buscar conhecimento pedagógico específico, em cursos de Especialização, pós graduação e mestrados. Algumas das dificuldades encontradas no cotidiano é nos deparamos com diversas tecnologias frente ao professor e aluno e mantê-lo atento a aula, com tantas outras possibilidades de estudo. Silva, 2013 pontua que é necessário que o professor reflita sobre os desafios da docência, para entendê-los e melhor atuar,

dessa forma ele observa e analisa os conhecimentos de seus alunos, realiza um planejamento de ações fundamentais para que as estratégias de ensino aprendizagem possam ser realizadas de forma eficiente e que alcance os objetivos. As mudanças exigem dos professores novas posturas e competências. Uma das preocupações do professor é sua preparação para atuar neste contexto, nesse sentido o uso das tecnologias no trabalho docente exige concepções e metodologias de ensino diferentes das tradicionais, para atender as necessidades educacionais contemporâneas (Rosa, 2013). As novas tecnologias proporcionam avanços nos métodos tradicionais de ensino e alteram a forma como o professor transmite o conhecimento conforme dizem Martins e Guimarães, 2012, pois do contrário seria o mesmo que ficar competindo em sala de aula, no sentido de quem vence, o modelo tradicional ou as novas tecnologias. É necessário criar novas estratégias de aprendizagem ou modificar as já utilizadas, para tanto é preciso estar aberto as mudanças que estão ocorrendo na educação, independente da área de atuação. Araújo e Yoshida, 2009 corroboram afirmando que a educação está baseada na formação do cidadão com competência e habilidade na capacidade de decidir, produzir novos conhecimentos para a teoria e prática e que uma formação de qualidade é aquela que contribui para o desenvolvimento das potencialidades e formação do indivíduo, preparado para o mercado de trabalho. Por vezes, os perfis dos alunos atuais também se caracterizam em desafios ao professor enfermeiro, como por exemplo a diversificação de idade em um mesmo ambiente, que se dá pela busca de espaço no mercado de trabalho atual, em que o docente deve ter capacidade de manter o interesse individual assim como o coletivo, onde a diferença de idade por vezes é sinônimo de diferença de pensamentos. Outro amplo desafio é relacionado ao processo de avaliação, uma vez que a ideia atual é avaliar de forma a inserir o aluno no processo de ensino-aprendizagem, não de forma exclusiva e punitiva, mas sim respeitando a individualidade de cada um, instigando o aluno a ir além, valorizar suas conquistas e auxiliar o discente no enfrentamento de suas dificuldades (Pimentel, Ribeiro e Silva, 2012). Para isso, muitas vezes o professor deve abrir mão de algumas experiências de sua vida escolar substituindo por novas formas de avaliar que faça o aluno “aprender a aprender”. Ainda, programas governamentais que oferece cursos técnicos gratuitos atraem alunos pela proposta mas não pela futura profissão em si, cabendo muitas vezes ao professor “encantar” seus alunos pela profissão escolhida, uma vez que irão se formar e muitas vezes atuar na área até então não pretendida. Dentre as muitas dificuldades da prática pedagógica, que muitas vezes também é exercida pelo enfermeiro em seus ambientes de trabalho com suas equipes, talvez contemplar o interesse coletivo e se fazer entender como docente seja o mais delicado e está diretamente relacionado com a capacidade de liderança e de conseguir expressar seus conhecimentos a outras pessoas. **Conclusões:** A qualidade da formação dos alunos é um dos maiores desafios a serem enfrentados, que requer do professor a apropriação de novos conhecimentos e tecnologias, novas formas de ensinar e de avaliar, encantar o aluno pela profissão, de maneira que os alunos compreendam. É importante que o professor trabalhe para possibilitar e criar oportunidades para seus alunos desenvolverem seu senso crítico, por meio da reflexão. As instituições que formam profissionais técnicos tem papel fundamental em todos os aspectos, inclusive oferecer corpo docente capacitado e que saiba lidar com os desafios da prática diária em sala de aula. O processo de ensino-aprendizagem é complexo e exige estudo contínuo, onde o profissional enfermeiro docente necessita relacionar os conhecimentos de enfermagem aos conhecimentos da pedagogia, visando a melhor aprendizagem do discente.

Eixo Tecnológico: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Descritores: Ensino; Enfermagem; Docentes; Educação.

Referências: ARAÚJO, Paulyanne Leal de; YOSHIDA, Sônia Maria Pinheiro Ferro. Professor: Desafios da prática pedagógica na atualidade.

SILVA, Léa Ribeiro da. DOCÊNCIA NA CONTEMPORANEIDADE: DESAFIOS PARA PROFESSORES NO ENSINO SUPERIOR. Revista Primus Vitam - Nº 5 – 1º semestre de 2013.

ROSA, Rosemar. TRABALHO DOCENTE: DIFICULDADES APONTADAS PELOS PROFESSORES NO USO DAS TECNOLOGIAS. Revista Encontro de Pesquisa em Educação Uberaba, v. 1, n.1, p. 214-227, 2013.

MARTINS, Valéria Farinazzo; GUIMARÃES, Marcelo de Paiva. Desafios para o uso de Realidade Virtual e Aumentada de maneira efetiva no ensino. Workshop de Desafios da Computação Aplicada à Educação (desafie) 2012.

PIMENTEL, W. M. G.; RIBEIRO, J. M. R.; SILVA, R. K. V. M. A avaliação como um instrumento de aprendizagem na educação profissional – uma análise do centro territorial de educação profissional do sertão produtivo – Caetité/BA. VI Colóquio Internacional “Educação em Contemporaneidade”. São Cristóvão, Sergipe - BR, 2012.



**ESCALA DE SOFRIMENTO MORAL PARA ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM: CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS**

**SCALE OF MORAL SUFFERING FOR STUDENTS NURSING: PSYCHOMETRIC
CHARACTERISTICS**

**ESCALA DE SUFRIMIENTO MORAL PARA ESTUDIANTES DE ENFERMEIRA:
CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS**

NEUTZLING, Bruna Ruoso da Silva¹; BORDIGNON, Simoní Saraiva²; BARLEM, Edison Luiz Devos³;
TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri⁴; RAMOS, Aline Marcelino⁵; CARVALHO, Deciane Pintanela
de ⁶.

Introdução: O sofrimento moral (SM) na prática da enfermagem foi descrito inicialmente como desequilíbrio psicológico, surgindo quando o profissional sabe moralmente qual a decisão mais adequada a ser tomada, porém, por pressões externas ou de outrem, tem dificuldades de assumir tais decisões. Geralmente, as decisões de enfrentamento não podem ser adotadas em virtude de obstáculos institucionais, constrangimentos legais, políticas das instituições de saúde e/ou desequilíbrios nas relações de poder⁽¹⁾. As pesquisas quantitativas sobre SM tiveram seu início em 1995⁽²⁾, através do desenvolvimento de uma escala para medir SM em profissionais de enfermagem a partir de situações vivenciadas no ambiente de trabalho, denominada Moral

¹ Enfermeira, Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande - (FURG).
E- mail: bruna.sho@hotmail.com.

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- (FURG), RS. E- mail: simonibordignon@gmail.com.

³ Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente da Escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - (FURG), RS. E- mail: ebarlem@gmail.com.

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – (FURG), RS. E- mail: jamila_tomaschewski@hotmail.com.

⁵ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), RS. E- mail: alineramosenf@gmail.com.

⁶ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), RS. E- mail: deciane.carvalho@gmail.com.

Distress Scale (MDS), a qual teve sua primeira adaptação e validação no Brasil no ano de 2009⁽³⁾. Nessa perspectiva, as pesquisas em SM têm sido, em grande parte, realizadas com profissionais de enfermagem. No entanto, a vivência de SM também ocorre com estudantes de enfermagem⁽⁴⁾, sido pouco pesquisada, embora sua exposição a situações moralmente angustiantes seja reconhecidamente ampla, devido ao cumprimento de experiências educacionais no ambiente clínico. Assim, os estudantes do mesmo modo que profissionais enfermeiros, ao testemunharem circunstâncias de prestação de cuidados e comportamentos antiéticos, incompatíveis com seus valores, princípios e os padrões aprendidos durante sua formação percebem o SM⁽⁴⁾, validando a necessidade de investigar sua ocorrência em outras configurações, como a academia. Destaca-se ainda, além da escassez de pesquisas acerca do SM em estudantes de enfermagem, a inexistência de um instrumento específico de pesquisa desenvolvido para avaliar sua presença nessa população. Assim, a elaboração de uma escala para analisar o SM em estudantes de graduação em enfermagem que contemple o ambiente de formação, possibilitará identificar elementos presentes que contribuam para ocorrência do SM, justificando esse estudo. **Objetivo:** elaborar e validar um instrumento que permita analisar a frequência e intensidade de sofrimento moral em estudantes de graduação em enfermagem. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico que visa à elaboração e validação de uma escala, utilizando-se um guia de oito etapas para seu desenvolvimento. *Etapas* 1- Realizou-se uma revisão integrativa em bancos de dados internacionais, proporcionando o aprofundamento teórico e conhecimento amplo e atual sobre a temática pesquisada. As buscas foram feitas pelo acesso on-line, no mês de junho de 2015, nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e no portal PUBMED utilizando-se o descritor do *Medical Subject Headings* (MeSH): “*student*” e as palavras: “*moral distress*”, com o operador booleano AND. Os critérios de inclusão das publicações foram: artigos de pesquisa, completos, sem limites para temporalidade, apresentando resumo para primeira análise e enfocando como assunto principal o SM em estudantes na área da saúde. *Etapas* 2- Essa etapa foi desempenhada em dois momentos, na Revisão integrativa, realizada em bases de dados internacionais e no levantamento da produção científica do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES). *Etapas* 3- Determinar o formato para a medição, com o objetivo de medir a intensidade e frequência de SM, por meio de duas escalas Likert de sete Pontos. *Etapas* 4- Nesta etapa ocorreu a realização da validade de face e validade de conteúdo, onde o instrumento foi submetido a um comitê de especialistas, composto por três professores doutores em enfermagem de Universidades Públicas do Sul do Brasil. *Etapas* 5- Nessa etapa foi possível a inclusão de itens de validação. *Etapas* 6-

Administração dos itens em uma amostra de desenvolvimento. Para a seleção da amostra foi utilizado métodos estatísticos, sendo a coleta de dados realizada com estudantes de cursos de graduação em enfermagem, matriculados da primeira a última série. A coleta de dados do estudo foi realizada no período de novembro/dezembro de 2015, por meio de visitas as diferentes turmas dos cursos de graduação em enfermagem. Foram visitadas 26 turmas, onde a amostra final foi constituída por 499 estudantes da graduação em enfermagem no sul do Brasil. *Etapas 7- Avaliação dos Itens.* Após aplicação da escala foram utilizados dois testes estatísticos para garantir a validade dos dados, análise fatorial que visa a redução e sumarização dos dados e o *alfa de Cronbach* que testa a confiabilidade do instrumento. Os testes foram realizados através do Software estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 22.0. *Etapas 8- Otimizar o comprimento da escala.* Optou-se por não realizar nenhuma alteração no conjunto de itens⁽⁵⁾. Os aspectos éticos foram respeitados, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer n. Nº 097/2013 CEPAS/FURG).

Resultados: A partir da análise fatorial, foi possível formar seis constructos, com o total de 41 itens validados: Comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário; Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário; Práticas docentes autoritárias; Falta de competência do docente; Desrespeito à dimensão ética da formação profissional; Opção profissional. O constructo *comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário* contempla os itens referentes às situações do ambiente clínico como geradoras de SM. O constructo *falta de competência do docente* compreende as situações relacionadas a falhas didáticas e de conhecimento dos docentes e, ainda, à fragmentação teórico-prática. Já o constructo *práticas docentes autoritárias*, refere-se ao relacionamento interpessoal entre estudante e docente. Por sua vez, os itens referentes ao sistema de cuidados no âmbito institucional e organizacional formam o constructo *condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário*. Os itens referentes ao plágio, alteração de notas e comportamentos inadequados estão contemplados no constructo *desrespeito a dimensão ética da formação*. Por fim, o constructo *opção profissional* contempla os itens referentes à escolha do curso de graduação, permanência no curso e sentimentos de desvalorização profissional. A fidedignidade dos seis constructos do instrumento foi testada através do cálculo do alfa de Cronbach que apresentou valor 0,97, considerando-se que os coeficientes dos seis constructos situaram-se entre 0,60 e 0,97, valores considerados elevados para estudos exploratórios, evidenciando-se, assim, a fidedignidade da escala na amostra selecionada **Conclusão:** A Escala de Sofrimento Moral para estudantes de

enfermagem é instrumento válido e fidedigno para ser utilizado na avaliação do sofrimento moral durante a graduação em enfermagem, contemplando o ambiente acadêmico e o ambiente clínico. Acredita-se que a escala desenvolvida contribuirá para formação profissional em enfermagem, na medida em que problematiza situações do cotidiano da formação profissional, relacionadas ao SM, visando sua qualificação e aprimoramento podendo resultar na melhoria da qualidade da assistência.

DESCRITORES: Estudos de validação; Estudantes de Enfermagem; Moral; Ética.

Eixo Temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências:

1. Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWNONNS Clin Issues Prenat Womens Health Nurs*. 1993; 4(4): 542–51.
2. Corley MC. Moral distress of critical care nurses. *Am J Crit Care*. 1995; 4(4):280-5.
3. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin GL, Tomaschewski JG. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(3): 681-8.
4. Wojtowicz B, Hagen B, Daalen-Smith CV. No place to turn: Nursing students' experiences of moral distress in mental health settings. *Int J Ment Health Nurs*. 2014; 23(3):257-64
5. Devellis RF. Scale development: theory and applications. Newbury Park: Sage, 2003. 171p.

31. EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE PRIMEIROS SOCORROS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

HEALTH EDUCATION ON FIRST AID: EXPERIENCE REPORT

EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE PRIMEROS AUXILIOS: RELATO DE EXPERIENCIA

ILHA, Aline Gomes¹; NIETSCHE, Elisabeta Albertina²; FAVERO, Natalia Barrionuevo³
COGO, Silvana Bastos⁴; MELLER, Tiago Rafael da Silveira⁵; SANTOS, José Victor Eiróz dos⁶

Introdução: A educação em saúde busca desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertença e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva, buscando encorajá-las para adoção e manutenção de padrões de vida saudáveis, e capacitá-las para a tomada de decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar condições de saúde e ambientais¹. Neste contexto a visibilidade e aproximação de profissionais capacitados com a comunidade é capaz de transformar a realidade em saúde de diferentes populações. Socializar o conhecimento e promover o diálogo entre o saber científico com a comunidade em projetos sociais, como por exemplo, sobre primeiros socorros com crianças e adolescentes equivalem a dizer que a educação em saúde deve promover, por um lado, a responsabilidade pelo autocuidado. Considerando que os primeiros socorros refere-se ao primeiro atendimento que se presta à pessoa que está ferida ou adocece repentinamente. Geralmente são realizados por pessoas leigas até a chegada do serviço especializado². O atendimento de primeiros socorros pode ser realizado por qualquer cidadão que possua conhecimento das técnicas básicas, incluindo crianças e adolescentes². Neste interim, os projetos sociais atuam nos espaços comunitários buscando a transformação social por meio de prática educativa dialógica, ou seja, não partem da premissa de apenas estender os conhecimentos às pessoas envolvidas na ação e manipulá-las, buscam considerá-las sujeitos de transformação e de decisão na definição de suas práticas culturais, políticas, econômicas e de saúde³. Entendem-se, que a enfermagem seja uma aliada dos projetos com a comunidade, que amplie seu olhar para as demandas de primeiros socorros e esteja ao lado dessas crianças e adolescentes encorajando, incentivando e informando os cuidados para prevenção/atendimento de situações de socorro. Sob esse enfoque em Santa Maria há um projeto denominado Bombeiro Mirim - SM que tem por objetivo desenvolver a cidadania, a disciplina e o aprendizado das crianças e adolescentes. **Objetivo:** relatar a vivência das ações de educação em saúde realizadas no projeto Bombeiro Mirim – Santa Maria junto a crianças e adolescentes no município de Santa Maria do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência obtido a partir do desenvolvimento de ações de educação em saúde sobre primeiros socorros abordando a temática de contenção hemorrágica, por meio de atividades lúdicas, para 25 crianças e adolescentes frequentadoras do projeto social. As ações lúdicas são consideradas uma intervenção não convencional, que aparecem como uma prática alternativa para o desenvolvimento das relações entre profissional enfermeiro e o adolescente⁴. **Resultados:** Participaram como monitores dessas atividades dois bombeiros militares, uma enfermeira e dois voluntários acadêmicos do curso de enfermagem. O projeto é realizado nas manhãs de sábado, das 8 às 11h, na sede central do Corpo de Bombeiros de Santa Maria e ocorreram no período de agosto a novembro de 2016. As ações referente a temática de situações hemorrágicas foram organizadas em quatro encontros, que

contemplaram diversas ações, a saber: a preparação do local, instalação de equipamentos de áudio e vídeo, preparação e demonstração dos materiais para as técnicas de contenção hemorrágica, recepção das crianças e dos adolescentes, explicações do conteúdo embasado em bibliografias especializadas, dinâmicas de apresentação de forma lúdica, exposição de eventos sobre primeiros socorros, exposição de um vídeo demonstrativo e uma atividade de avaliação teórica com reflexão posterior. Nos encontros participaram 25 crianças e adolescentes, com faixa etária de sete a quatorze anos, residentes no município supracitado. No primeiro encontro as crianças e os adolescentes foram recebidas e por meio de conversas informais estabeleceu-se o vínculo, assim acontecendo o acolhimento dos mesmos. Em seguida, ocorreu uma dinâmica de apresentação do conteúdo e então foi realizada uma ação expositivo-dialogada sobre contenção/prevenção de primeiros socorros para hemorragias, baseadas nos conteúdos científicos disponíveis em manuais do ministério, livros e artigos. O conteúdo apresentava as três classificações hemorrágicas: hemorragia arterial, hemorragia venosa e hemorragia capilar, discorrendo da anatomia, fisiologia e cuidados para essas classificações. No segundo encontro, as crianças e adolescentes expuseram relatos de experiências prévias e logo após, foi explicado detalhadamente a classificação das hemorragias utilizando-se materiais de apoio (imagens). Posteriormente, foi demonstrada em forma de ensenação a maneira adequada de agir frente aos casos de hemorragia, havendo exposição dos materiais como: gases, chumasso, soro fisiológico e/ou água, enfatizando a maneira de prevenir agravos nestas situações. Logo após, ocorreu a exibição de um vídeo demonstrativo, que apontava diferentes situações hemorrágicas, como por exemplo os cortes; fraturas expostas; acidentes, enfatizando erros e acertos dos primeiros socorros realizados com as vítimas. No terceiro encontro, foi aplicada uma atividade avaliativa teórica, com questões objetivas e descritivas, com o intuito de identificar possíveis dificuldades na compreensão do conteúdo abordado. Em seguida, os monitores realizaram a correção da atividade avaliativa e simultaneamente identificaram as dificuldades apresentadas. No quarto encontro, foi realizada a devolutiva da atividade avaliativa, a correção junto as crianças e adolescentes e a revisão do conteúdo em que houve menor apreensão, utilizando-se novamente da exposição do conteúdo em slides e das técnicas adequadas e materiais necessários. Assim, por meio da observação das expressões apresentadas pelas crianças e adolescentes, da participação ativa e do resultado das avaliações, percebeu-se que as ações de educação em saúde trouxeram esclarecimentos sobre o tema, evidenciando a importância do cuidado diante das situações de primeiros socorros. Ainda, pode-se perceber que os monitores também obtiveram novos conhecimentos por meio das ações desempenhadas, já que aprenderam a realizar educação em saúde com atividades lúdicas para as crianças e adolescentes no projeto social. **Conclusão:** Diante do exposto, evidencia-se a complexidade dos cuidados em situações de primeiros socorros e a sua relevância social. Ainda, considerando-se a utilização de distintos recursos educacionais, aplicados a diferentes populações, salienta-se a importância do respeito às individualidades concernentes à cultura, crenças, hábitos, pensamentos, valores, normas e comportamentos para o êxito do processo educativo em saúde. Desta maneira, a enfermagem exerce papel fundamental na educação em saúde, no ensino de primeiros socorros para crianças e adolescentes, em virtude do indicativo de compreensão e esclarecimento que surgiu acerca do conteúdo apresentado após a realização das atividades sobre contenção hemorrágica no projeto social. Essa ação foi importante para o crescimento intelectual dos monitores, principalmente, dos acadêmicos de enfermagem, já que proporcionou o desafio da troca de experiências com crianças e adolescentes sobre a temática

de primeiros socorros por meio da educação em saúde, bem como a capacidade de adaptar as trocas de saberes a fim de contemplar o entendimento dos envolvidos.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Descritores: Primeiros Socorros; Enfermagem; Criança; Adolescente; Educação em saúde.

Descriptors: First Aid; Nursing; Child; Adolescent; Health education.

Palabras clave: Primeros Auxilios; Enfermería; Infantil; Adolescente; Educación para la salud.

Referências:

BRASIL. Educação em Saúde: Histórico, Conceitos e Propostas. Conferência Nacional de Saúde On-Line, 2012. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>. Acesso em 04 de abril de 2017.

PEREIRA, K.C. et al. A construção de conhecimentos sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros por parte do público leigo. R. Enferm. Cent. O. Min., 2015, jan/abr; 5(1):1478-1485.

RIBEIRO, K.S.Q.S. A experiência na extensão popular e a formação acadêmica em fisioterapia. Cad. CEDES, v.29, n.79, p.335-346, 2009.

LOPES, M.J. Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. Revista Escola de Enfermagem USP, São Paulo, p.220 –228, 2005. 39(2):220-8.

NARDINO, J. et al. Atividades educativas em primeiros socorros. Revista Contexto & Saúde Ijuí, ed. Unijuí, 2012, p. 88-92, v. 12, n. 23, jul./dez.

33. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL E FORMAÇÃO DE VÍNCULO

VARGAS, ELISA; CARBONELL CAROLINA; MELO, ANA LUÍZA; LEAL ANA HELENA

Foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) por volta dos anos 80 dando notoriedade aos cuidados básicos de saúde e destacando a importância das ações educativas no atendimento à mulher, trazendo assim, o diferencial em relação a outros programas. Um fato considerável da implantação deste programa é o estímulo à participação da (o) enfermeira(o) nas ações de saúde da mulher, especialmente na assistência pré-natal de baixo risco. Em conformidade com o Ministério da Saúde a consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro (a), e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa. Sabe-se que as políticas de saúde preconizam ações de saúde próprias para o bem estar da gestante, onde o papel do enfermeiro (a) é essencial, por meio de uma linguagem clara e de alcance desenvolvendo educação como dimensão do processo de cuidar. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo e de um relato de experiência dentro da ESF Centro Social Urbano. O estudo teve como objetivo principal desenvolver atividades de educação em saúde no pré-natal durante a consulta de enfermagem em uma unidade de ESF Centro Social Urbano no município de Bagé/RS em novembro de 2016 no período da disciplina de Administração em Enfermagem. O estudo teve o intuito de desenvolver uma assistência de qualidade que abrange ações preventivas que visam à autonomia da gestante assistida. Durante o pré-natal é imprescindível que além de uma assistência de qualidade haja comunicação entre enfermeiro (a) e a gestante por meio de uma linguagem precisa baseada na escuta, uma vez que cada pergunta deve ser valorizada, visando empoderar as mulheres durante o período gestacional incentivando a autonomia e confiança durante a gestação e puerpério, promovendo saúde, prevenindo doenças. Segundo Spagnuolo e Pereira (2007) a comunicação é um recurso para o êxito da liderança exercida pelo enfermeiro e importante ferramenta para melhoria da qualidade da assistência prestada. Trata-se de um estudo teórico-reflexivo, de caráter descritivo, desenvolvido na Unidade de ESF Centro Social Urbano durante a disciplina de Administração em Enfermagem II no município de Bagé/RS. Para que o estudo fosse realizado participou-se da consulta de enfermagem no pré-natal orientando as mulheres e seus familiares acerca do período gestacional, parto, puerpério e aleitamento materno. Ações educativas em saúde foram utilizadas como facilitadores da comunicação entre equipe e gestante, estimulando diariamente a participação de familiares da mulher durante seu atendimento, fortalecendo assim o vínculo da mesma e da família com a equipe e unidade de saúde. O espaço de discussão foi construído, as gestantes assistidas sentiram-se acolhidas durante o atendimento e puderam explicar suas frequentes dúvidas. Foram avaliadas as queixas e questões que abordaram diversos aspectos, tais como: o parto, o controle da pressão arterial, ao câncer de mama, aos cuidados após o nascimento e às cólicas e queixas referidas por elas. Com isso, portanto, a consulta de pré-natal tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida da mulher durante a gestação, por meio de ações preventivas e promocionais a saúde. Frente a isso, é indispensável que o profissional possua habilidades técnicas e delicadeza para entender a cliente, através da comunicação fundamentada na escuta e no diálogo. O eixo temático do presente trabalho é Formação e Educação em Saúde e em Enfermagem.

Descritores: comunicação, gestantes, enfermeiro, pré-natal.

Referências Bibliográficas:

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Caderno de Atenção Básica ao Pré-Natal de Baixo Risco, Brasília, 2012 [base de dados da internet].

Daher, M. J. et.al A Importância da Comunicação em uma Consulta de Pré-Natal na Estratégia de Saúde da Família, Rio de Janeiro, 2014 [base de dados na internet].

Spagnuolo, R.S; Pereira, M.L.T. Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura, Rio de Janeiro 2007 [base de dados na internet].



34. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ESTRATÉGIA DE TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS FRENTE AS INFECÇÕES HOSPITALARES

PERMANENT HEALTH EDUCATION: STRATEGY FOR TRANSFORMING ASSISTANCE PRACTICES IN RESPECT OF HOSPITAL INFECTIONS

EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD: ESTRATEGIA DE CAMBIO FRENTE ASISTENCIA PRÁCTICA AS INFECCIONES HOSPITALARIAS

JUNIOR, Angelo Ramos¹; CANABARRO, Janaina Lunardi²; SOUTO, Valquíria Toledo³; SOCCOL, Keity Laís Siepmann⁴; SIQUEIRA, Daiana Foggiato de⁵; ALMEIDA, Patrícia Mattos⁶.

Resumo

Introdução: a educação em saúde é vista na atualidade como uma estratégia de prevenção a agravos em saúde por meio das ações de educação voltadas a conscientização do profissional e do usuário. É utilizada como instrumento de transformação das práticas e condutas individuais, e no desenvolvimento da autonomia e da melhora de vida do usuário¹. Já a educação permanente em saúde possibilita a formação de trabalhadores de saúde com base em uma perspectiva integral de cuidado. É imprescindível passar por este processo de ensinar e aprender sem que ocorra a reflexão das práticas enquanto educa. Para o bom educador se faz necessário conciliar os conflitos gerados no cotidiano através de questionamentos sobre as suas condutas. Não existe ensinar sem aprender, quando ensina se descobre que existem incertezas². Neste sentido, a educação permanente em saúde perpassa a realidade das práticas assistenciais do enfermeiro que atua em âmbito hospitalar, sendo que em alguns momentos este profissional de saúde precisa ser capaz de identificar a potencialidade de suas ações no processo educativo, ao mostrar alternativas para que a equipe se responsabilize frente às suas práticas assistenciais. Ao atentar as ações de cuidados torna-se relevante refletir sobre os processos de trabalho quando se refere às transmissões e propagação de doenças em contextos hospitalares. As infecções hospitalares, atualmente denominadas Infecções Relacionadas a Assistência em Saúde, constituem um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, considerada uma das principais causa de morbidade e mortalidade de pessoas submetidas a procedimentos assistenciais³. Acredita-se que a educação permanente em saúde é uma estratégia de transformação das práticas assistenciais frente às infecções hospitalares, sendo assim importante relatar as experiências relacionadas a esta temática. **Objetivo:** Relatar sobre a importância das ações voltadas para a Educação Permanente em Saúde como estratégia de transformação das práticas assistenciais frente às infecções hospitalares. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado por um enfermeiro no período de janeiro à março de 2017, em um hospital privado do município de Santa Maria-RS. As atividades foram realizadas após as reuniões de equipe, a fim de oportunizar espaços de trocas com base no conhecimento inerente as diferenciadas formações que constituem a equipe. O período escolhido juntamente com os profissionais foi entre as trocas de turnos, visto que assim facilita a participação deles nestas ações educativas. A atenção neste campo de atuação teve como objetivo desenvolver atividades direcionadas a Educação Permanente em Saúde com ênfase na prevenção de Infecções Hospitalares decorrentes de procedimentos assistenciais realizados pelos profissionais de saúde da equipe. Utilizou-se como recurso metodológico o data show para visualização de gráficos comparativos e demonstração de dados atualizados referente ao assunto, sensibilizando-os da importância da proteção e prevenção em saúde. A abordagem inicial baseou-se em uma análise conceitual, após oportunizou-se momentos para a reflexão teórica prática, considerando os questionamentos e discussões, a fim de reconhecer as fragilidades que persistiram após a apresentação. Na sequência reuniram-se os participantes em grupo, de maneira que cada grupo tivesse em sua formação a participação de diferentes núcleos profissionais, com a proposta de valorizar a interdisciplinaridade. Sendo assim, ela pode ser percebida como uma atitude ousada e uma busca frente a construção do conhecimento produzida

pelas trocas de vivências entre sujeitos de diferenciadas profissões, sustentadas pela habilidade de comunicação e criatividade⁴. Para finalizar foi proposta a realização de alguns estudos de casos, de forma que cada profissional realizou o planejamento dos cuidados inerente à sua área de atuação, com vistas a reconhecer a importância da sua ação, bem como a da equipe que assiste o paciente. Após, cada um dos grupos explicaram os seus planos terapêuticos e as finalidades, favorecendo a integração da equipe e fortalecendo os espaços de troca de experiências. **Resultados:** Diante da necessidade de abordar assuntos relacionados à prevenção de infecções hospitalares e o papel da educação permanente em saúde como estratégias para transformação das práticas, priorizam-se as atividades coletivas destinadas a formação de profissionais de saúde que visem a redução dos índices de agravos em decorrência destas infecções. A ação foi dinâmica, baseada em debates e troca de experiências, com ênfase na interação entre a equipe, além do diálogo informativo, sendo considerada satisfatória pelos profissionais. A troca de experiências entre profissionais dos serviços e em formação comporta a apreensão de novos saberes e métodos de trabalho. Sendo conduzidas por meio de atividades realizadas e delineadas em equipe, indo ao encontro da interdisciplinaridade, da integralidade e da humanização nas ações em saúde⁵. A abordagem conceitual favorece o entendimento quanto a proposta da educação permanente em saúde e a sua importância frente aos dados de infecções hospitalares relacionadas à assistência em saúde no dado período em que ocorria os encontros. A discussão sobre as formas de transmissão, cuidados interdisciplinares e os agravos em consequência das falhas humanas perante a execução de procedimentos foram essenciais para desacomodar a equipe e propor uma reflexão sobre os processos de trabalho. Os profissionais avaliaram as ações como potencializadoras da transformação das práticas e coerente com a aplicabilidade no exercício profissional, sendo ratificada a existência de carências diante da formação de trabalhadores com uma perspectiva crítica e reflexiva que atenda as demandas biopsicossociais do paciente. E, ainda que em âmbito hospitalar a maior parte das infecções pode ser prevenida por meio da responsabilização dos diversos núcleos que atuam neste conjunto, é necessário que cada profissional se responsabilize pelas suas práticas assistenciais. **Conclusão:** As experiências observadas durante as atividades desenvolvidas comprovam que a educação permanente em saúde é essencial para a reflexão e transformação do comportamento dos profissionais. A aproximação com estas atividades favorece a formação de um novo perfil profissional, baseado na criticidade, reflexão e criatividade. Para isso, as ações de educação permanente em saúde precisam ser sistematizadas e planejadas, já que proporciona mudanças comportamentais para atingir um efeito intencional sobre as práticas assistenciais frente às infecções hospitalares. Neste sentido, as ações de educação permanente em saúde estão voltadas para promoção, prevenção e proteção da saúde, pois prepara os profissionais para atender as demandas dos diferentes contextos de atuação e impacta os cenários de saúde por meio da qualidade da assistência prestada ao usuário.

Descritores: Educação Continuada; Serviços de Saúde; Infecção Hospitalar.

Keywords: Continuing Education; Health services; Hospital Infection.

Palabras clave: educación permanente; Servicios de Salud; La infección hospitalaria.

Eixo Temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Lopes MSV, Saraiva, KRO, Ximenes LB. Análise do conceito de promoção da saúde. Texto Contexto Enfermagem. 2010; 19(3):461-468.
2. Freire P. Professora sim, Tia não: cartas a quem ousa ensinar. São Paulo: Olho D'Água; 1993.
3. Lacerda RA. Infecção do Sítio Cirúrgico. In: Lacerda RA. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003.

- 4.Fazenda IA. Interdisciplinaridade-Transdisciplinaridade: visões culturais e epistemológicas e as condições de produção. Revista Interdisciplinaridade. 2012; 2(1):34-42.
- 5.Cezar PK, Rodrigues PM, Arpini DM. A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional. Psicol. Cienc. Prof. 2015; 35(1):211-224.



34. ESTANDE DA ENFERMAGEM NA 3ª EDIÇÃO DO DESCUBRA UFSM: RELATO DE BOLSISTAS

NURSING NURSERY IN THE 3rd EDITION OF DISCOVER UFSM: BULLETINIST REPORT

ENFERMERÍA EN CABINA DISCOVER 3ª EDICIÓN UFSM: FELLOWS INFORME

PICCIN, Catiele¹; BERTOLDO, Caren da Silva²; SCHIMITH, Maria Denise³

RESUMO: INTRODUÇÃO: O evento anual intitulado “Descubra UFSM” é organizado pela Universidade Federal de Santa Maria. Engloba estudantes do ensino médio, técnico, graduação e pós-graduação e objetiva expor os cursos ofertados pela universidade aos visitantes que têm a tarefa de realizar a escolha profissional. **OBJETIVOS:** O objetivo do presente estudo foi relatar a experiência de bolsistas no estande do curso de Enfermagem durante o “Descubra UFSM”. **METODOLOGIA:** O estande da enfermagem contou com duas bolsistas, docentes e discentes de graduação e pós-graduação. Durante o evento, para apresentação do curso, utilizou-se bonecos ilustrativos e um jogo intitulado: “Gincana da Saúde”, que objetivou proporcionar uma reflexão acerca dos hábitos de vida que refletem diretamente na saúde e qualidade de vida dos participantes. As bolsistas realizam também uma enquete com os visitantes, em que o objetivo foi avaliar o estande e o perfil das pessoas que procuraram por ele. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** As informações obtidas foram quanto ao sexo, idade, escolaridade, curso desejado dos visitantes e avaliação do próprio estande. Ao total, foram 159 visitantes que responderam à enquete realizada no estande da enfermagem no evento. Considerando a variável sexo, 81,8% eram mulheres (130 pessoas) e 18,2% eram homens (29 pessoas). Quanto a idade dos visitantes que passaram no estande do curso de Enfermagem 80,5% tinham entre 18 e 20 anos. Os que tinham entre 15 e 17 anos somaram 11,9% (19 pessoas) e com mais de 20 anos, 7,5% (12 pessoas). A escolaridade foi distribuída distintamente entre estudantes de primeiro, segundo e terceiro ano do ensino médio. 64,8% (103 pessoas) eram estudantes do terceiro ano. Os estudantes de primeiro ano somaram 1,9% (3 pessoas) e os estudantes do segundo ano somaram 23,9% dos avaliados, correspondendo a 38 pessoas. Para o curso desejado, verificou-se um elevado desempenho para o curso de enfermagem, somando 34,6% do total dos visitantes (55 pessoas). A avaliação do estande por parte dos visitantes obteve classificações “Bom”, “Excelente”, “Péssimo” e “Regular”. 93,7% dos estudantes avaliaram como “Excelente”, 5% avaliaram como “Bom” e 0,6% avaliaram como “Péssimo” e “Regular” respectivamente. **CONCLUSÃO:** O retorno obtido por meio da enquete avaliadora do estande da enfermagem no evento foi extremamente positivo, superando as expectativas dos organizadores. Quanto a participação das bolsistas, a atuação no “Descubra UFSM” além de reafirmar a escolha profissional, possibilitou compartilhar um pouco dos saberes com os participantes, além de aprimorar as habilidades de oratória. Por fim, espera-se que tanto o curso de enfermagem quanto a universidade continue oferecendo este espaço e auxiliando os jovens a serem bem sucedidos ao realizar a sua escolha profissional.

Descritores: Enfermagem; Educação; Escolha da Profissão.

ABSTRACT: INTRODUCTION: The annual event entitled "Discover UFSM" is organized by the Federal University of Santa Maria. It encompasses students of high school, technical, undergraduate and postgraduate and aims to expose the courses offered by the university to visitors who have the task of making the professional choice. **OBJECTIVES:** The objective of the present study was to report the experience of the scholarship students in the Nursing course during the "Discover UFSM". **METHODOLOGY:** The nursing booth counted on two scholarship students, professors and undergraduate and graduate students. During the event, for the presentation of the course, we used illustrative dolls and a game titled: "Health Gymkhana", which aimed to provide a reflection on life habits that directly reflect on the health and quality of life of the participants. The scholarship students also made a poll with the visitors, in which the objective was to evaluate the stand as a whole. **RESULTS AND DISCUSSIONS:** The information obtained was about the sex, age, schooling, desired course of the visitors and evaluation of the booth itself. In total, 159 visitors responded to the poll made at the nursing booth at the event. Considering the gender variable, 81.8% were women (130 people) and 18.2% were men (29 people). As for the age of visitors who passed the Nursing Course booth, 80.5% were between 18 and 20 years old. Those between 15 and 17 years old totaled 11.9% (19 people) and over 20 years, 7.5% (12 people). Schooling was distributed differently among first, second, and third year high school students. 64.8% (103 people) were third year students. First-year students accounted for 1.9% (3 people) and second-year students accounted for 23.9% of the evaluated, corresponding to 38 people. For the desired course, there was a high performance for the nursing course, accounting for 34.6% of the total number of visitors (55 people). The evaluation of the booth by visitors was rated "Good", "Excellent", "Regular" and "Terrible". 93.7% of students rated "Excellent", 5% rated "Good" and 0.6% rated "Regular" and "Terrible" respectively. **CONCLUSION:** The return obtained through the survey of the nursing booth at the event was extremely positive, surpassing the expectations of the organizers. As for the participation of scholarships students, the performance in "Discover UFSM" made it possible to reaffirm the professional choice and to share a little

knowledge with the participants, in addition to improving the speaking skills. Finally, it is hoped that both the nursing course and the university will continue to offer this space and help young people to be successful in making their professional choice.

Descriptors: Nursing; Education; Career Choice.

RESUMEN: INTRODUCCIÓN: El evento anual titulado "Descubre UFSM" está organizado por la Universidad Federal de Santa María. Incluye estudiantes de secundaria, técnico, de grado y los estudiantes graduados y tiene como objetivo exponer los cursos ofrecidos por la universidad para los visitantes que tienen la tarea de llevar a cabo la elección profesional. **OBJETIVOS:** El objetivo de este estudio fue describir la experiencia de la beca en el curso de enfermería de pie durante el "Discover UFSM." **METODOLOGÍA:** El stand de la enfermería tenía dos eruditos, profesores y estudiantes universitarios y graduados. Durante el evento, para presentar el curso, se utilizaron muñecos ilustrativos y una obra de teatro titulada: "Gymkhana de la Salud", cuyo objetivo era proporcionar una reflexión sobre los hábitos de estilo de vida que reflejan directamente la salud y calidad de vida de los participantes. Los compañeros también llevan a cabo una encuesta entre los visitantes, donde el objetivo fue evaluar el soporte en su conjunto. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** La información obtenida fue para el sexo, la edad, la educación, los visitantes curso deseado y evaluación del propio stand. En total, había 159 visitantes que respondieron a la encuesta realizada en el stand de la enfermería en el evento. Teniendo en cuenta el género, el 81,8% eran mujeres (130 personas) y el 18,2% eran hombres (29 personas). A medida que la edad de los visitantes que pasaron el curso de enfermería 80,5% del stand tenían entre 18 y 20 años. Los que tenían entre 15 y 17 años ascendió a 11,9% (19 personas) y con más de 20 años, el 7,5% (12 personas). La escolarización se distribuyó entre los estudiantes distintamente primer, segundo y tercer año de la escuela secundaria. 64,8% (103 personas) eran estudiantes de tercer año. Los estudiantes del primer año ascendieron a 1,9% (3 personas) y los estudiantes de segundo año ascendieron a 23,9% de los evaluados, lo que corresponde a 38 personas. Para el curso deseado, hubo un alto rendimiento para el programa de enfermería, por un total de 34,6% de los visitantes (55 personas). La evaluación de la posición de los visitantes obtuvieron puntajes "bueno", "excelente", "terrible" y "regular". 93,7% de los estudiantes clasificado como "excelente", 5% y está calificado como "bueno" y el 0,6% y está calificado como "deficiente" y respectivamente "regular". **CONCLUSIÓN:** La rentabilidad obtenida por la encuesta de evaluación de la cabina de enfermería en el evento fue muy positivo, superando las expectativas de los organizadores. En cuanto a la participación de académicos, que actúa en "Descubre UFSM" y reafirma la elección profesional, habilitado para compartir un poco de conocimiento con los participantes, y mejorar las habilidades para hablar en público. Por último, se espera que tanto el curso de enfermería como la universidad sigue ofreciendo este espacio y ayudar a los jóvenes a tener éxito en el desempeño de su elección profesional.

Palabras clave: Enfermería; Educación; Selección de Profesión.

INTRODUÇÃO: O “Descubra UFSM” é um evento anual promovido pela Universidade Federal de Santa Maria, envolvendo estudantes do nível médio, técnico, graduação e pós-graduação dessa instituição, cujo objetivo é a exposição do curso desempenhado e respectivo centro para estudantes de ensino médio das escolas localizadas em todo o Rio Grande do Sul. Assim, cada centro que compõe a UFSM se organiza em um espaço no Centro de Eventos desta universidade. No ano de 2016 o “DESCUBRA UFSM” ocorreu nos dias 15, 16 e 17 de setembro, tendo um público estimado de 25 mil pessoas, com 250 escolas inscritas. A entrada era gratuita e aberta ao público em geral. Quanto as escolas, foi realizada a inscrição prévia no evento por meio da Comissão Permanente de Vestibular¹. Uma das novidades da terceira edição do evento foi a consolidação de uma marca, desenvolvida pela “Facos Agência”, formada por estudantes de Comunicação Social e coordenada pela professora Juliana Petermann. “O todo que é você”, tema escolhido, com a intenção de incentivar os estudantes a valorizarem sua essência e seus valores¹. Cabe destacar ainda que o evento teve espaços de confraternização e entretenimento, por exemplo, o “Espaço Chimarrão”, realizado em parceria com a Erva-Mate Elacy e o Departamento de Tradições Gaúchas (DTG) Noel Guarany da UFSM. Outro ambiente oferecido foi o “Vibe Descubra”, que esteve localizado em frente ao pavilhão dos cursos de graduação. O “Vibe Descubra” desempenhou um espaço de descanso e entretenimento para os visitantes, oferecendo jogos eletrônicos, música, mídias e apresentações artísticas de escolas. Também como atração inédita nessa edição, teve o “Descubra seu lugar no Universo”, passeio guiado no campus para mostrar a distância dos planetas do sistema solar em proporcionalidade real, desenvolvido pelo curso de Física. O público contou ainda, com uma ampla praça de alimentação. Para melhor organização, o evento contou com bolsistas-guia que, nos três dias desempenharam orientações,

relativas ao evento e suas atividades, para os visitantes que, muitas vezes oriundos de outras cidades, desconheciam o campus. Além disso, cada estande alocado no Centro de Eventos contou com bolsistas expositores ¹. O pavilhão principal do Centro de Eventos, foi o palco das exposições das atividades de ensino pesquisa e extensão da universidade. O espaço reservado para o Centro de Ciências da Saúde (CCS) contou com os cursos de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Farmácia, Medicina, Odontologia e Enfermagem. O estande da enfermagem contou com duas bolsistas fixas, estudantes da graduação, da pós-graduação, Técnicos Administrativos em Educação (TAEs) e professores que, durante o evento auxiliaram na divulgação do centro e principalmente do curso. Para exposição do curso de Enfermagem, o estande contou com bonecos que são utilizados pelos estudantes nas aulas práticas em laboratório, como: boneco com sonda nasointestinal, caixa de toque vaginal, boneco para exame de mamas, entre outros. A estratégia dos bonecos se mostrou eficaz, visto que sua exposição gerou curiosidade e o público se aproximou para conversar e saber do que se tratava. Esse fato foi visto como uma excelente estratégia e oportunidade para divulgar não só alguns procedimentos que são realizados pelo profissional enfermeiro mas, também, estar explanando sobre alguns aspectos peculiares do curso, por exemplo, sobre a atual grade curricular do curso. Foram expostas as disciplinas que compõem cada um dos dez semestres, as estruturas físicas que os estudantes do curso contam para desenvolver suas habilidades, técnicas necessárias para obterem a segurança e se inserirem nos campos práticos. O jogo intitulado: “Gincana da Saúde”, objetivou proporcionar uma reflexão acerca dos hábitos de vida que refletem diretamente na saúde e qualidade de vida dos participantes. A Gincana ocorreu na seguinte forma, foram dispostos no chão tatames confeccionados com EVA, enumerados de 100 à 10 (100, 90, 80, 70, 60, 50, 40, 30, 20, 10), esses números correspondem a expectativa de vida dos participantes. Cada participante iniciou a atividade com uma expectativa de vida de 100 anos e conforme as respostas das perguntas esse tempo pode diminuir ou permanecer igual. Ao final da brincadeira, cada um terá uma noção de como anda a sua saúde. Também, na oportunidade, foi explanado sobre os campos práticos de ensino do curso, por exemplo, o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), as Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre outros. Buscou-se também divulgar sobre o selo de qualidade, a Acreditação que o curso recebeu recentemente. Além disso, relatou-se sobre o estreito vínculo que os graduandos do curso têm com a coordenação, da qualificação dos professores, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), dos diversos grupos de pesquisa, aos quais o graduando pode estar se inserindo desde o início da graduação, tendo a oportunidade de desenvolver os primeiros trabalhos científicos e posteriormente, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). As vivências que o curso possibilita, assim como as bolsas de assistência e bolsa do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem também fizeram parte do discurso dos expositores. Com isso, buscou-se ressaltar as inúmeras oportunidades que o estudante do curso encontra para desenvolver-se como graduando da área da saúde e, se inserir no mercado de trabalho com qualificação. Também, utilizou-se de material audiovisual como notebook e Datashow para divulgação de vídeos produzidos por graduandos do curso. Materiais como folders descritivos sobre o curso e o CCS assim como, preservativos foram entregues para o público. Diante do exposto, ressalta-se que havia preocupação das graduandas bolsistas na obtenção de um retorno quanto ao trabalho realizado com o público visitante do estande da Enfermagem. Assim, foi elaborado um instrumento de avaliação simples e rápido, objetivando mensurar a satisfação do público. O instrumento continha questões como sexo, idade, escolaridade, curso desejado e uma segunda parte que avaliava exclusivamente o estande. Alguns itens como: recepção, esclarecimento de dúvidas e demonstrações foram avaliados como: “péssimo”, “ruim”, “regular”, “bom” e “muito bom”. Destaca-se que a participação como bolsistas expositoras do curso de enfermagem foi uma experiência única. Conversar com jovens que experimentam a fase de realizar a escolha profissional e contribuir para sanar um pouco das dúvidas, dar um pouco mais de segurança quanto a esse momento, gera satisfação pessoal. Além, de ser um momento único de interação e troca de conhecimentos com o público em geral e com os demais expositores do curso.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Partindo do pressuposto de resultados do presente trabalho e

dados obtidos a partir do instrumento de avaliação pode-se constatar informações referentes as características dos estudantes visitantes no estande do curso de Enfermagem no “DESCUBRA UFSM” ocorrido em 2016. As informações obtidas são relativas ao sexo, idade, escolaridade, curso desejado dos visitantes e avaliação do próprio estande. Considerando a variável sexo, houve uma considerável predominância de visitantes do sexo feminino quando comparados ao sexo masculino. No total, foram 159 pessoas que preencheram o instrumento avaliativo. Dessas, 81,8% eram mulheres (130 pessoas) e 18,2% eram homens (29 pessoas) o que representa um acumulado aproximado de três vezes maior da presença do sexo feminino em relação ao masculino. A respeito da idade dos visitantes que passaram no estande do curso de Enfermagem verifica-se a predominância de alunos com 18 a 20 anos de idade (80,5%). A presença de visitantes com idade entre 15 e 17 anos compreendeu 11,9% (19 pessoas) do total (159 pessoas) e com mais de 20 anos, 7,5% (12 pessoas). A predominância de alunos com idade entre 18 e 20 anos (Figura 1) provavelmente está associada a concentração de estudantes que cursam as séries finais do ensino médio. A maioria dos estudantes conclui o ensino médio com idade superior ou igual a 17 anos, caracterizando assim uma fase da vida direcionada as escolhas profissionais e sociais, fazendo com que se torne um público característico do evento.

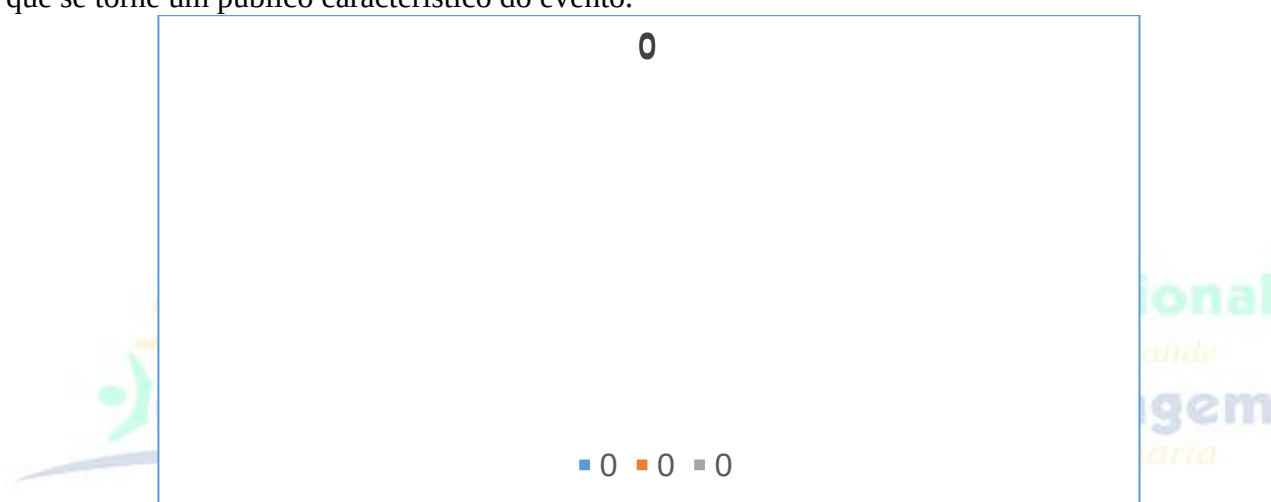
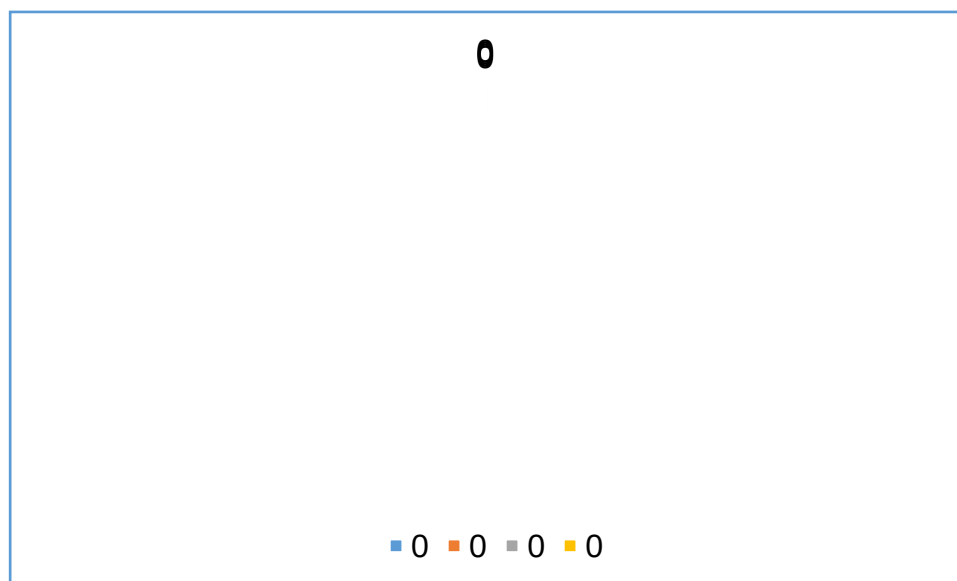


Figura 1. Número de pessoas visitantes do estande do curso de Enfermagem segundo a idade.

Dentre os 159 visitantes do estande, a escolaridade foi distribuída distintamente entre estudantes de primeiro, segundo e terceiro ano do ensino médio. A maior frequência foi verificada para os estudantes do terceiro ano que compreendeu 64,8% (103 pessoas) dos avaliados, enquanto em menor número, os estudantes de primeiro ano do ensino médio somaram 1,9% (3 pessoas). Os estudantes do segundo ano do ensino médio somaram 23,9% dos avaliados, correspondente a 38 pessoas. Cabe ressaltar que a maior concentração de estudantes visitantes que cursam o terceiro ano do ensino médio justifica a predominância de idade entre 18 e 20 anos. Nesse contexto, pressupõe-se que as séries finais do ensino médio consequentemente possuam educandos com idade superior aos educandos das séries iniciais, como é evidente na figura 2.



Para o curso desejado por cada visitante avaliado, foram preenchidos praticamente em totalidade os cursos oferecidos pela UFSM. Cabe ressaltar a presença de um número elevado de estudantes que não efetivaram a escolha do curso universitário por dois motivos: não sabiam ou não responderam. Esse resultado pode estar relacionado à dúvida entre dois ou mais cursos que foram apresentados no evento, ou então, o estudante não desejava desempenhar um curso acadêmico após o término do ensino médio. Conforme esperado, o curso de enfermagem desempenhou o maior número de escolhas segundo os avaliados, resultando 55 visitantes, ou seja, 34,6% do total dos visitantes (Figura 3). De fato, a maioria dos educandos que procuravam o estande justamente buscava esclarecer suas dúvidas e obter conhecimento sobre a enfermagem já que seria o possível curso escolhido futuramente. Cabe ressaltar ainda que 23 visitantes pretendiam cursar medicina e somados, estudantes que não responderam e não sabiam resultaram em 25,8% dos avaliados.

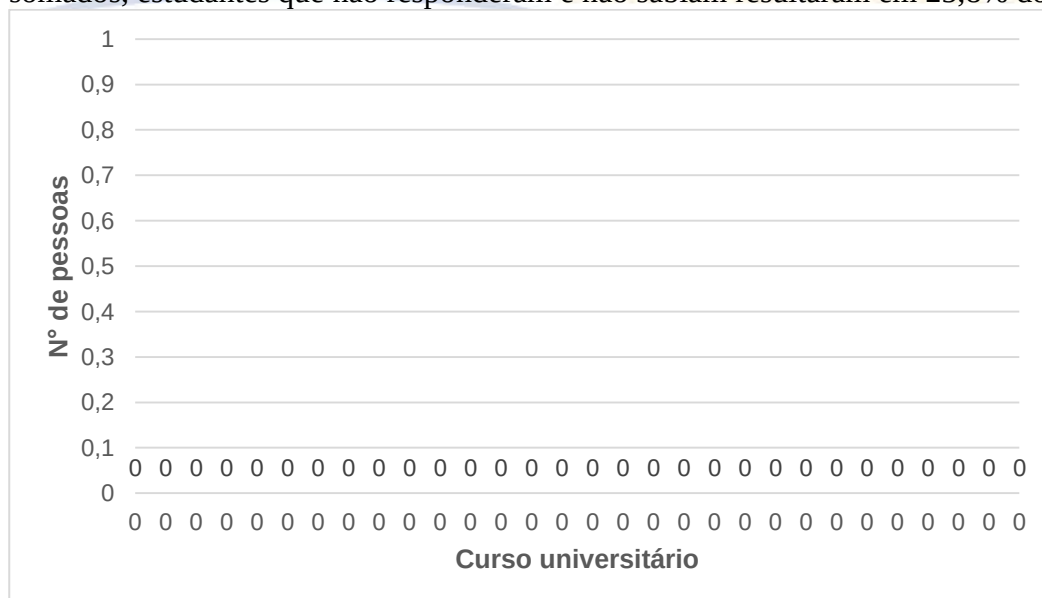


Figura 3. Número de pessoas visitantes do estande do curso de Enfermagem segundo o curso desejado.

A avaliação do estande por parte dos visitantes obteve classificações “Bom”, “Excelente”, “Péssimo” e “Regular”. 93,7% dos estudantes avaliaram como “Excelente”, 5% avaliaram como “Bom” e 0,6% avaliaram como “Péssimo” e “Regular” respectivamente.

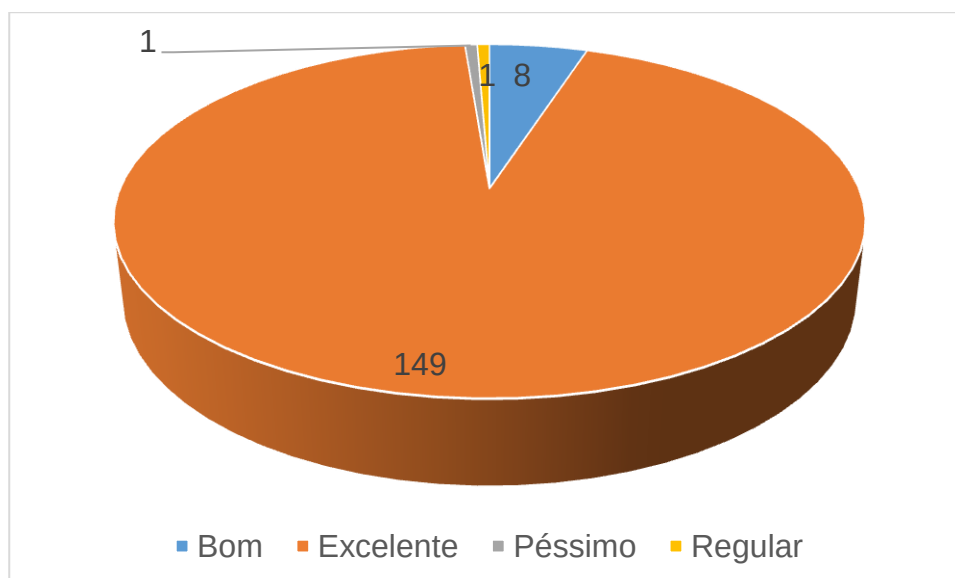


Figura 4. Avaliação do estande do curso de Enfermagem no “DESCUBRA UFSM” segundo os visitantes.

Ao analisar os dados relativos ao gênero pode-se perceber predominância do sexo feminino (81,80%), o que corrobora com o aumento crescente do número de mulheres nos hospitais universitários, uma vez que as profissões relacionadas a saúde, como a enfermagem contém aproximadamente 90% dos profissionais da área, do sexo feminino². Essa feminilização da enfermagem constitui-se como um processo histórico advindo desde os anos de 1920, quando inaugurou-se a seção feminina para turmas de enfermagem na Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras Alfredo Pinto, onde não há evidências de funcionamento da seção masculina³. Sabe-se que nos dias atuais a escolha profissional é um dever do jovem, o momento no qual ele deve planejar seu futuro e seguir suas ambições, período que vem atribuído a questionamentos de familiares e amigos acerca do curso superior que irá realizar⁴. Estudo aponta que a idade mais frequente para início dessa fase é aos 15 anos³, porém os dados obtidos através da pesquisa evidenciaram maior procura de informações por parte de jovens entre 18-20 anos (80,50%). De acordo com autores^(5,6) o aumento da faixa etária de jovens que concluem o ensino médio e procuram ingressar no ensino superior deve-se a desigualdade na qualidade do ensino nas escolas de nível fundamental e médio, associada ao uso de estratégias como avaliações teóricas e exigência de requerimentos mínimos para aprovação do estudante de uma série para outra. Por outro lado, a falta de exigência leva a fraca construção do pensamento crítico dos jovens, o que faz com que se acumulem nas universidades, acadêmicos com déficit de aprendizagem e dificuldade em desenvolverem capacidades socioadaptativas⁷. Ainda, sobre os dados referentes a opção de curso desejada, onde a Enfermagem destacada por 55 participantes, evidencia-se que esta profissão caracteriza-se por sua hierarquização, onde existem os enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares em enfermagem, o que distorce a percepção das pessoas acerca das competências específicas dos profissionais que cursaram ensino superior. Em razão disso, é importante que a transmissão de informações seja completa e clara, uma vez que a escolha profissional constitui-se em uma decisão difícil para o jovem, gerando nervosismo e ansiedade⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir dos resultados apresentados neste estudo evidencia-se que, atualmente a enfermagem é vista como uma profissão feminina, já que, na grande maioria, a profissão é buscada pelas mulheres, apesar de haver procura de informações por pessoas do sexo masculino. O que nos remete a um lento processo de transição do perfil dos acadêmicos e profissionais de enfermagem. Além disso, percebeu-se também a atividade possuiu avaliação excelente pela maioria dos visitantes, caracterizando-se como positiva, uma vez que propiciou maior conhecimento acerca do curso e da profissão no geral. Às bolsistas, a atuação no “Descubra UFSM” reafirmou a escolha

profissional, ao compartilhar um pouco de seus saberes com os participantes, além de aprimorar suas habilidades de oratória, ao expor o discurso ao público. Por fim, espera-se que tanto o curso de enfermagem quanto a universidade continue oferecendo este espaço e auxiliando os jovens a serem bem sucedidos ao realizarem sua escolha profissional.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COPERVES. Comissão Permanente de Vestibular. 2016. Disponível em: < http://www.coperves.ufsm.br/cadastro_descubraUFSM > Acesso em 17 jan 2016.
2. García CC, Ruíz M del CS, Roche MEM, García CIG. Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem nov.-dez. 2013;21(6):1314-20.
3. Braga T. Gênero e enfermagem: reafirmação de papéis sociais na sessão feminina da escola profissional de enfermeiros e enfermeiras (1920-1921). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. 2012. (Tese de doutorado)
4. Sobrosa GMR, Camerim C, Santos AS dos, Dias ACG. Considerações acerca da inserção profissional de jovens do ensino médio. Mudanças – Psicologia da Saúde, 20 (1-2), Jan-Dez 2012, 41-49p.
5. Andrade CY de. Acesso ao ensino superior no Brasil: equidade e desigualdade social. Revista Ensino Superior Unicamp. 2012
6. Neves CEBN. Ensino Superior no Brasil: expansão, diversificação e inclusão. Congresso de 2012 da LASA (Associação de Estudos Latino Americanos), em São Francisco, Califórnia Maio 23 a 26, 2012.
7. Fagundes CV. Transição Ensino Médio–Educação Superior: Qualidade No Processo Educativo. Revista Educação por Escrito – PUCRS, v.3, n.1, jul. 2012.
8. Jabbur MF de LO, Costa S de M, Dias OV. Percepções de acadêmicos sobre a enfermagem: escolha, formação e competências da profissão. Rev Norte Min Enferm. 2012;1(1):3-16.

35. ESTRATÉGIAS DE CONSCIENTIZAÇÃO DAS MULHERES NO OUTUBRO ROSA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

WOMEN'S AWARENESS STRATEGIES ON PINK OCTOBER: A REPORT OF EXPERIENCE

ESTRATEGIAS DE LA MUJER EN LA CONCIENCIA DE LA OCTUBRE SUBIÓ: UN RELATO DE EXPERIENCIA

PERTILLE, Fabiane ¹; FRIGO, Jucimar ²; ZOCHÉ, Antunes Azambuja, Denise ³;
SCHAF, Fumagalli Jerusa ⁴

Resumo

O movimento conhecido como Outubro Rosa nasceu nos Estados Unidos na década de 1990, para estimular a participação da população no controle do câncer de mama e promover a conscientização sobre a importância da detecção precoce da doença. Desde 2010 o Instituto Nacional do Câncer (INCA) tem participado deste movimento, promovendo espaços de discussão sobre câncer de mama. Este relato aborda uma experiência de ensino na disciplina de Estágio Curricular Supervisionado II (ECS II) em Enfermagem de uma Universidade do Estado de Santa Catarina, com acadêmicos que estão cursando o décimo período do curso de graduação. Objetivo: Descrever as estratégias de conscientização realizadas na Campanha do Outubro Rosa na Atenção Primária de Saúde (APS) em um município do oeste Catarinense. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência descritivo com abordagem qualitativa experienciado em atividades da disciplina de ECS II, com mulheres que acessaram o serviço no mês de outubro. Resultados/discussão: Dentre as estratégias de conscientização realizadas no Outubro Rosa destacam-se: decoração do espaço físico do Centro de Saúde da Família; o acolhimento por livre demanda às mulheres que acessaram o serviço objetivando a realização do exame clínico das mamas (ECM) e o agendamento do exame de mamografia. Por fim, realizado roda de conversa com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e visitas domiciliares as mulheres da comunidade. Considerações Finais: As estratégias de conscientização realizadas na campanha do Outubro Rosa mostraram-se capazes de promover a integração entre ensino, serviço e comunidade, unidos em torno de uma causa nobre, a promoção da saúde das mulheres.

Descritores: Atenção Primária a Saúde; Cuidados de Enfermagem; Neoplasias da Mama.

Abstract

The movement known as October Rose was born in the United States in the 1990s to encourage population participation in breast cancer control and raise awareness of the importance of early detection of the disease. Since 2010 the National Cancer Institute (INCA) has participated in this movement, promoting spaces for discussion about breast cancer. This report addresses a teaching experience in the subject of Supervised Curricular Internship (ECS II) in Nursing of a University of the State of Santa Catarina, with academics who are attending the tenth period of the undergraduate course. Objective: To describe the awareness strategies carried out in the Pink October Campaign in Primary Health Care (PHC) in a municipality in western Santa Catarina. Methodology: This is a descriptive experience report with a qualitative approach experienced in ECS II discipline activities, with women who accessed the service in October. Results / discussion:

¹ Enfermeira, Especialista, Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. E-mail: fabim2008@hotmail.com

² Enfermeira, Mestre, Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.

³ Enfermeira, Doutora, Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.

⁴ Enfermeira, Especialista, Docente do Centro de Educação Profissional Chapecó - CEDUP.

Among the awareness-raising strategies carried out in October, the highlights are: decoration of the physical space of the Family Health Center; The reception on demand for the women who accessed the service with a view to performing the clinical examination of the breasts (ECM) and the scheduling of the mammography examination. Finally, held a round of talks with Community Health Agents (ACS) and home visits the women of the community. Final Thoughts: The awareness raising strategies carried out in the October Rosa campaign were able to promote the integration of teaching, service and community, united around a noble cause, the promotion of women's health.

Descriptors: Primary Health Care; Nursing Care; Breast Neoplasms.

Resumen

El movimiento conocido como en octubre Rosa nació en los Estados Unidos en la década de 1990 para fomentar la participación de la población en el control del cáncer de mama y promover la conciencia de la importancia de la detección precoz de la enfermedad. Desde 2010, el Instituto Nacional del Cáncer (INCA) ha participado en este movimiento, promoviendo espacios de discusión sobre el cáncer de mama. Este informe trata de una experiencia educativa en la disciplina de la etapa Supervisado (ECS II Enfermería de la Universidad del Estado de Santa Catarina, con académicos que asisten al décimo periodo del curso de graduación. Objetivo: Describir las estrategias de sensibilización desarrollados en octubre Campaña de Rose en la Atención Primaria de Salud (APS) en un municipio de Santa Catarina oeste. Metodología: Se trata de un relato de experiencia descriptivo con enfoque cualitativo experimentado en ECS II disciplina de actividades, con las mujeres que han tenido acceso al servicio en octubre. Resultados / discusión: Entre las estrategias de sensibilización desarrollados en octubre de Rosa se compone de: decoración del espacio físico del Centro de Salud de la Familia; la recepción de la demanda de las mujeres que accedieron al servicio dirigido a la exploración física de las mamas (ECM) y el horario del examen mamográfico. Por último, se celebró la rueda de conversación con los agentes comunitarios de salud (ACS) y visitas a domicilio a las mujeres de la comunidad. Consideraciones finales: Las estrategias de sensibilización utilizados en la campaña de octubre Pink demostraron ser capaces de promover la integración de la educación, el servicio y la comunidad, unidos en torno a una causa noble, la promoción de la salud de la mujer.

Descritores: Atención primaria de salud; cuidados de enfermería; Neoplasias de la Mama.

Introdução

Em 1991, a cidade de Nova York, nos Estados Unidos, foi à precursora da iniciativa filantrópica e estimuladora de mulheres a agirem na prevenção do câncer de mama, o movimento foi denominado de Pink October. Todas as ações são até hoje direcionadas a conscientização da prevenção pelo diagnóstico precoce do câncer de mama. Para sensibilizar a população inicialmente as cidades se enfeitavam com os laços de tons rosa, principalmente nos locais públicos, depois surgiram outras ações como corridas, desfile de modas com as sobreviventes da doença.¹

No Brasil, a primeira iniciativa em relação ao Outubro Rosa, ocorreu em 02 de outubro de 2002 na cidade de São Paulo, com a iluminação em tons de rosa do monumento Mausoléu do Soldado Constitucionalista, mais conhecido como o Obelisco do Ibirapuera, em comemoração aos 70 Anos do Encerramento da Revolução.²

Em Chapecó, o mês de outubro é dedicado à campanha do Outubro Rosa, por meio de ações de educação em saúde, com o intuito de sensibilizar e conscientizar sobre a magnitude do problema do câncer de mama (CM), ressaltando a importância da prevenção pelo diagnóstico precoce da doença.

Neste mês de outubro, as 26 unidades de Centros de Saúde da Família do município participam das ações de promoção do Outubro Rosa. Neste ano, um Centro de Saúde, foi organizado para comemorar a campanha do Outubro Rosa, a partir das vivências dos acadêmicos de enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDSEC), como parte integrante das atividades da disciplina de Estágio Curricular Supervisionado II (ECS II).³

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo, respondendo por cerca de 25% dos casos novos a cada ano. Em 2016, para o Brasil, são esperados 57.960 casos novos de câncer de mama. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Nordeste. O CCU é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com 16.340 casos novos da doença no ano de 2016.⁴

As estratégias de detecção precoce de câncer de mama visam ao diagnóstico de casos de câncer em fase inicial de sua história natural, podendo ter como resultado melhor prognóstico e menor morbidade associada ao tratamento. As recomendações para detecção precoce do câncer de mama no Brasil, atualizadas em 2015, propõem o diagnóstico precoce e também o rastreamento de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, por meio da mamografia a cada dois anos.⁴

O exame clínico das mamas (ECM) também é usado como método tanto diagnóstico quanto de rastreamento. Como método diagnóstico, realizado por médico para diagnóstico diferencial de lesões palpáveis da mama, é um complemento essencial na investigação diagnóstica de doenças mamárias e o primeiro método de avaliação diagnóstica na atenção primária. Como rastreamento, é entendido como um exame de rotina feito por profissional de saúde treinado, realizado em mulheres saudáveis, sem sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama.⁴

A possibilidade de aumentar a detecção de casos do câncer de mama também tem sido uma preocupação dos acadêmicos de enfermagem, nesse contexto, dentre as estratégias de conscientização propostas para a campanha do Outubro Rosa, destaca-se o acolhimento por livre demanda de todas as mulheres que acessaram o centro de saúde no mês de outubro.

A consulta de enfermagem é um ato privativo e prestada pelo enfermeiro, que utiliza de métodos científicos para definir condições de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que cooperem na promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade.⁵

A consulta de enfermagem ginecológica tem como objetivo melhorar a qualidade de vida das mulheres e preparar as mesmas para o autocuidado. Visa prestar um atendimento voltado não somente para os aspectos biológicos das mulheres, mas principalmente relacioná-los com os aspectos sociais e psicológicos, corroborando, desta forma, para a integralidade da atenção.⁶⁻⁷

A consulta desponta como uma boa oportunidade para o estabelecimento de vínculo usuária-profissional, o que deve estimular as equipes a se responsabilizarem pela promoção da saúde das mulheres a partir do atendimento das suas necessidades.⁸ O encontro entre usuária-profissional, envolve um arsenal de tecnologias leves, ou seja, o acolhimento, a escuta sensível, clínica ampliada e o diálogo, essas tecnologias integram o ato de cuidar em si, relacionado às diferentes formas de interação com a usuária.⁸

A seguir serão apresentadas as estratégias de conscientização realizadas com as mulheres no Centro de Saúde da Família, o processo de organização, seu desenvolvimento e os resultados alcançados. O objetivo do relato de experiência é divulgar estratégias de conscientização para levar às comunidades informações sobre temas variados conforme a necessidade de cada grupo. Espera-se que esta experiência possa ser reproduzida em outros cenários, respeitando-se a cultura de cada local e as possibilidades de cada serviço de saúde.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência descritivo com abordagem qualitativa experienciado em atividades da disciplina de ECS II, em um Centro de Saúde da Família, tendo como população as mulheres que acessaram o serviço no mês de outubro 2016 e que tinham idade igual ou superior a 18 anos.

As estratégias de conscientização utilizadas na campanha do Outubro Rosa foram previamente aprovadas pela coordenadora do Centro e professora supervisora de estágio. Dentre as estratégias realizadas nesta campanha, destacam-se: decoração do espaço físico da unidade com o intuito de promover um ambiente mais acolhedor; colocação de um espelho no hall de entrada do Centro, despertando para a valorização de si; rodas de conversas com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), buscando reafirmar o compromisso as usuárias e a importância de conscientização da prevenção do câncer de mama e visitas domiciliares (VD) às mulheres da comunidade, juntamente com os ACS.

As rodas de conversas possibilitam encontros dialógicos, criando possibilidades de produção e ressignificação dos saberes e experiências entre os ACS. Os sujeitos que as compõem se implicam, dialeticamente, como atores históricos e sociais críticos e reflexivos diante da realidade, portanto, na roda, a fala é compreendida como expressão de modos de vida.⁹

A seleção das 20 famílias visitadas ocorreu mediante indicação dos ACS e coordenador do Centro de Saúde. A VD teve a intenção de desenvolver ações de prevenção do câncer de mama e promoção da saúde, por meio de atividades educativas no domicílio e na comunidade, sob supervisão dos acadêmicos de enfermagem.

A VD tem sido apontada como importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde presente na sociedade em dado momento histórico, possibilitando a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre profissional-usuária.¹⁰

Durante todo o mês de outubro, as mulheres foram acolhidas neste Centro de Saúde, mediante entrega de um pequeno mimo, confeccionado pelos acadêmicos de enfermagem. Nele, constava um laço rosa, feito de fita de seda, um chocolate e uma frase de conscientização da importância da prevenção do câncer de mama, por meio do diagnóstico precoce.

Resultados e discussão

O movimento do Outubro Rosa proporciona um olhar para a saúde feminina e se constitui como uma estratégia de promoção e atenção à saúde das mulheres. Neste relato de experiência, as estratégias de conscientização, iniciaram-se com a decoração do espaço físico da unidade básica de saúde em tons de rosa, rosa pink e branco, promovendo um espaço acolhedor e característico da campanha do Outubro Rosa.

Estrategicamente, no hall de entrada do Centro de Saúde, foi colocado um grande espelho, decorado com flores em tons de rosa, contendo a seguinte frase na parte superior dele: “Conheça a pessoa mais importante na promoção de sua saúde”.

As mulheres que participaram da dinâmica do espelho, ao ler a frase e interiorizar a escrita, sinalizavam com palavras, gestos e sorrisos, a importância de perceber – se como protagonista da sua saúde e merecedoras de seu cuidado. A dinâmica do espelho como estratégia de conscientização de prevenção de doença, permitiu encontrar-se aqui, frente a frente com esta pessoa que é o grande significado de sua vida.

Essa dinâmica tinha o objetivo de despertar em cada usuária uma reflexão sobre a valorização de si, ressaltando a importância de amar a si mesmo para se cuidar. Este momento de olhar-se no espelho despertou nas mulheres, o sentimento de empoderamento no que tange o cuidado com sua saúde e, principalmente, promoveu a troca de experiências entre acadêmicos de enfermagem e as usuárias.

Mesmo reconhecendo a importância e a necessidade de incorporar o lúdico no processo de cuidar em Enfermagem, observamos que a dinâmica do espelho é uma excelente estratégia de

conscientização e promoção de saúde as mulheres. Nossa experiência foi ao encontro dos autores Brito et al¹¹ ao afirmarem que, fazer práticas lúdicas implica rever a formação acadêmica com o propósito de inserir conteúdos que enfatizem a assistência à saúde voltadas para a humanização e a integralidade do cuidado. Aplicando a humanização e a integralidade no processo de cuidar, é possível vislumbrar a possibilidade de formar profissionais que desenvolvam o cuidado as usuárias, não só com procedimentos técnicos, mas que contemple um cuidado humano e solidário.

Em um segundo momento, a mulher foi convidada a participar da consulta ginecológica de enfermagem, em um consultório decorado com fotos e imagens de mulheres saudáveis e felizes. A consulta teve a intenção de atualizar os dados cadastrais das usuárias, colher informações gerais sobre sua condição atual de saúde, e realizar ações pontuais como o exame clínico das mamas e identificando mulheres com fatores de risco e sugerir o exame de mamografia, supervisionar e instruir o autoexame das mamas.

O papel do acadêmico de enfermagem na prevenção do câncer de mama começa a partir do acolhimento das mulheres no âmbito da consulta ginecológica, o conhecimento da anatomia do corpo das mulheres, domínio das técnicas, o rastreamento das mulheres de risco, no seguimento de mulheres com alterações citopatológicas e imagens.

Por conseguinte, a consulta de enfermagem ginecológica, é um espaço privilegiado, para que se possa estabelecer um diálogo profícuo entre profissionais e as usuárias dos serviços públicos de saúde, para que se identifiquem as necessidades ginecológicas, psicológicas e sociais das inúmeras mulheres que buscam por tal atendimento, aproximando-se do princípio de integralidade do cuidado.⁸

Em se tratando das rodas de conversas realizadas com os ACS, experienciamos uma atividade profícuo e promissora. Foram três encontros com os 25 ACS na sala de reuniões do Centro de Saúde, em dias e hora, previamente agendados. A sala foi decorada com imagens que lembravam a campanha do Outubro Rosa, os ACS foram acolhidos com uma confraternização e frases de apoio sobre a importância da prevenção do câncer de mama mediante diagnóstico precoce.

A roda de conversa é uma ferramenta metodológica para uma comunicação dinâmica e produtiva entre profissionais de saúde. É um método de ressonância coletiva que consiste na criação de espaços de diálogo, em que as pessoas se expressam, escutam os outros e a si mesmas. Esta estratégia estimula a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para a ação.¹²

As discussões nas rodas de conversas foram pautadas nas percepções dos ACS sobre o câncer de mama, formas de prevenção e diagnóstico da doença. Para o desenvolvimento desta metodologia, as cadeiras foram dispostas de forma que todos ficaram frente a frente, com maior

aproximação física e visual entre os participantes e pesquisadores, propiciando um cenário favorável ao estabelecimento de diálogo.

Finalizamos a campanha do Outubro Rosa, realizando visitas domiciliares com os ACS as mulheres da comunidade. A visita propiciou um contato afetivo e efetivo às mulheres da comunidade, neste encontro, foi possível dialogar sobre importância da prevenção do câncer de mama, fatores de risco, medidas de prevenção e diagnóstico precoce.

Nesse contexto, a visita dos acadêmicos de enfermagem e ACS foi considerada uma atividade importante dentro das ações do Outubro Rosa, visto que permitiu a construção de vínculo com a usuária da área de abrangência de sua unidade. De acordo com Lima et al¹³ a VD pode ser definida como uma estratégia de intervenção na Saúde da Família, utilizada pela equipe de saúde, para conhecer as condições de vida e de saúde das famílias sob sua responsabilidade.

A VD constitui o principal instrumento de trabalho dos ACS. O Ministério da Saúde recomenda que haja no mínimo uma visita mensal a cada domicílio da área de atuação do agente, havendo variações em função do estado de saúde de seus habitantes.¹⁰

Assim, as estratégias de conscientização propostas pelos acadêmicos de enfermagem em comemoração ao Outubro Rosa foram efetivas e possibilitaram experienciar inúmeros momentos de construção de conhecimento, uma interface de ensino, serviço e comunidade.

Considerações Finais

Na atenção primária de saúde as estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos configuraram-se como medidas resolutivas e de importância significativa. As ações de conscientização direcionadas à saúde das mulheres na campanha do Outubro Rosa, fundamentam-se em estratégias para prevenção, especificamente, do câncer de mama, visto que este tem um crescente índice de prevalência e mortalidade.

A consulta ginecológica de enfermagem é um espaço profícuo para a promoção de saúde das mulheres. A consulta contribui de forma significativa na promoção da saúde, mediante o uso de tecnologias leves como: o diálogo, a escuta sensível, a clínica ampliada, conhecimento técnico científico, cooperando para o diagnóstico precoce do câncer de mama e o tratamento em tempo oportuno.

É importante resaltar que as usuárias perceberam, apoiaram e participaram de todas as atividades propostas na campanha do Outubro Rosa, tornando as estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos ainda mais grandiosas e efetivas.

A experiência vivenciada enquanto acadêmicos de enfermagem permitiu aproximar ainda mais o ensino o serviço e a comunidade, coadunados pela mesma causa, promoção de saúde das mulheres.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Pink October. Benefiting Geweke's Caring for Women Foundation. 2017 [Acesso 12 fevereiro 2017]. Disponível: www.pink-october.org
2. Outubro Rosa. História do Outubro Rosa. 217 [Acesso 13 fevereiro 2017]. Disponível em: <http://outubrorosa.org.br/historia/>
3. Chapecó. Prefeitura Municipal de Chapecó. Secretaria da Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Chapecó – SC: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 159/1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Rio de Janeiro, 1993.
6. Teixeira EHM, Queiroz ABA, Mota MCS, Carvalho MCDMP, Costa EPS. Saúde da mulher na perspectiva a assistência prestada pela enfermagem ginecológica: um relato de experiência. Cad. Espaço Fem. 2013;26(1):179-89.
7. Catafesta G, Klein DP, Canever BP, Lazzari DD, Silva EF. Consulta de enfermagem ginecológica na estratégia saúde da família. Arquivos de Ciências da Saúde. 2015 [Acesso 18 fev 2017];22(1):85-90. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/32>
8. Oliveira DLLC, Ferla AA. Uso de tecnologias de integralidade no cuidado às mulheres no âmbito da rede de atenção básica: análise de cenários em relação à consulta ginecológica. 2013. 52 f. Projeto de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Projeto Rede Governo Colaborativo em Saúde, Porto Alegre, 2013.
9. Sampaio J, Santos GC, Agostini M, Salvador AS. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. 2014; 18 Supl 2:1299-1312. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1299.pdf>

10. Brasil. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília, 2002.
11. Brito, TRP; Resck, ZMR; Moreira, DS; Marques, SM. As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro, Esc. Anna Nery, v.13, n.4, out./dez, 2009.
12. Campos, GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
13. Lima NA, Silva L, Bousso RS. A Visita Domiciliária Realizada pelo Agente Comunitário de Saúde sob a Ótica de Adultos e Idosos. Saúde Soc. 2010;19(4):889-897.

36. ESTRATÉGIAS E DESAFIOS DA REDUÇÃO DE DANOS: REVISÃO NARRATIVA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

STRATEGIES AND CHALLENGES OF DAMAGE REDUCTION: NARRATIVE REVIEW OF SCIENTIFIC PRODUCTION

DESAFÍOS Y ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS: REVISIÓN NARRATIVA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

TISOTT, Zaira Letícia¹; TERRA, Marlene Gomes²; MELLO, Amanda de Lemos³; SIQUEIRA, Daiana Foggiato de⁴; JUNIOR, Angelo Ramos⁵; FERREIRA, Clarissa Nicoli⁶.

Resumo

A Redução de Danos no uso de álcool e outras drogas constroem-se por ser uma política de direitos humanos que propõe o protagonismo o usuário. Objetivou-se com esse estudo identificar na produção científica a temática da redução de danos; analisar as estratégias e desafios da redução de danos para profissionais e usuários. A pesquisa foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), American Psychological Association (PsycInfo) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). A busca ocorreu em junho e julho de 2016, levando-se em consideração o recorte temporal a partir de 2005 a 2015, que se justifica a escolha deste pela implantação da Portaria Nº 1.028 de julho/2005. Os dados foram analisados pela análise temática das quais emergiram duas categorias. Os resultados evidenciaram dificuldades para a organização e

implantação de Redução de Danos, relacionados a articulação em redes de atenção, a falta de interesse, implicação e qualificação das equipes de saúde e gestores.

¹ Enfermeira Mda. Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf). Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Email: zairatisott10@gmail.com.

² Enfermeira Dra. Docente do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

³ Enfermeira Dda. Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf). Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

⁴ Enfermeira Dda. Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf). Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

⁵ Enfermeiro. Programa de Pós Graduação em Gestão Pública em Saúde. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

⁶ Graduanda. Bolsista FAPERGS. Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

As estratégias de Redução de Danos são trazidas por diferentes atores, entretanto por vezes, observa-se a falta de aderência dos usuários. Conclui-se que a Redução de Danos encontra-se em fase de construção a qual enfrenta muitos desafios para sua implantação.

Descritores: Saúde Mental; Redução do Dano; Usuários de Drogas.

Abstract

Harm Reduction in the use of alcohol and other drugs is built because it is a human rights policy that proposes the protagonism of the user. The objective of this study was to identify in the scientific production the theme of harm reduction; Analyze the strategies and challenges of harm reduction for professionals and users. The research was carried out in the databases of Latin American and Caribbean in Health Sciences (LILACS), Database of Nursing (BDENF), American Psychological Association (PsycInfo) and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). The search took place in June and July 2016, taking into account the temporal cut from 2005 to 2015, which justifies the choice of the latter by the implementation of Ordinance No. 1,028 of July 2005. The data were analyzed by the thematic analysis from which two categories emerged. The results showed difficulties for the organization and implementation of Harm Reduction, related to articulation in care networks, lack of interest, implication and qualification of health teams and managers.

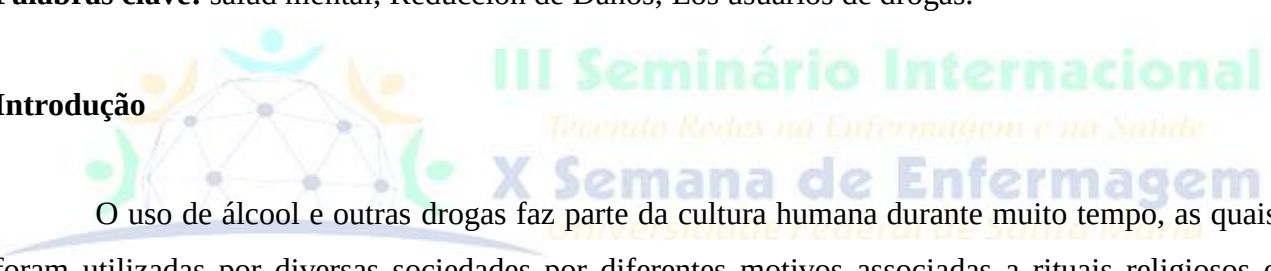
Keywords: Mental Health; Harm Reduction; Drug users.

Resumen

Reducción de daños en el uso de alcohol y otras drogas está construido para ser una política de derechos humanos que propone el rol del usuario. El objetivo de este estudio es identificar la producción científica del tema de la reducción de daños; analizar las estrategias y los desafíos de la reducción de daños para los profesionales y los usuarios. La encuesta se realizó en las bases de datos de América Latina y el Caribe Ciencias de la Salud (LILACS), Base de Datos de Enfermería (BDENF), American Psychological Association (PsycInfo) y análisis de la literatura médica y recuperación del sistema en línea (MEDLINE). La búsqueda se llevó a cabo en junio y julio de 2016, teniendo en cuenta el margen de tiempo desde 2005 a 2015, justifica la elección de la aplicación de la Ordenanza N° 1028 del julio / 2005. Los datos fueron analizados mediante el análisis temático de los cuales emergieron dos categorías. Los resultados mostraron dificultades en la organización y puesta en práctica de la reducción de los daños relacionados con la articulación en redes de atención, falta de interés, la participación y la cualificación de los equipos de salud y gerentes.

Palabras clave: salud mental; Reducción de Daños; Los usuarios de drogas.

Introdução



O uso de álcool e outras drogas faz parte da cultura humana durante muito tempo, as quais foram utilizadas por diversas sociedades por diferentes motivos associadas a rituais religiosos e festivos, alívio de sofrimento, fome, cansaço, busca de prazer e felicidade, por finalidades médicas entre outros ¹. Através de movimentos sociais se constrói, uma Política, centralizada na atenção integral ao uso de álcool e outras Drogas onde traz a inserção social do usuário na sociedade como cidadão de direitos e protagonista de seu cuidado, visto de uma maneira integral nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica⁴. Nesse contexto, pensa-se o uso de droga em um contexto de Saúde Pública, devido aos riscos que cercam os usuários, tanto individual como coletivos decorrentes da ilegalidade da droga e da vivência do tráfico, relacionadas à violência, acidentes, dos efeitos psíquicos e físicos das drogas, comportamento sexual desprotegido, perda de vínculos, estudos e trabalho⁵. Nesse sentido, cria-se a Portaria N° 1.028/2005 que determina as ações de Redução de Danos (RD) sociais e a saúde dos usuários de álcool e outras drogas, pautada na informação, educação, aconselhamento e distribuição de insumos proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites, a fim de reduzir riscos a saúde do usuário de drogas. A portaria enfatiza que em todas as ações de RD devem ser preservadas a liberdade de decisão do usuário em relação à prevenção, diagnóstico e tratamento⁶. Dessa maneira, para aprofundamento e

embasamento teórico sobre a temática foi realizado um estudo de revisão narrativa de literatura. Este teve como questão de pesquisa: quais as produções científicas acerca da RD na temática de álcool e outras drogas? E, objetivou identificar nas produções científicas a temática da redução de danos; analisar e descrever as estratégias e desafios da redução de danos para profissionais e usuários.

Metodologia

A pesquisa foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), American Psychological Association (PsycInfo) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). A busca ocorreu em junho e julho de 2016, levando-se em consideração o recorte temporal a partir de 2005 a 2015, que se justifica a escolha deste pela implantação da Portaria Nº 1.028 de julho/2005, que determina as ações de Redução de Danos nesse ano. Para tanto, utilizou-se como descritor nas bases de dados LILACS E BDENF ("redução do dano") OR "estratégias" AND ("transtornos relacionados ao uso de substâncias") OR "usuários de drogas". Na base de dados PsycInfo foi utilizado somente o MeSHTerm "harmreduction" e na base de dados MEDLINE descritores "redução do dano" AND "usuários de drogas". As estratégias de busca distintas nas referidas bases de dados, justificam-se pelo fato da possibilidade de abranger maior número de publicações para análise em cada base de dados. Os critérios de inclusão foram: artigos originais que respondessem a questão de pesquisa, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos que abordavam a temática de RD em diferentes contextos que não o uso de álcool e outras drogas. Os artigos repetidos nas diferentes bases de dados foram lidos somente uma vez.

Resultados e Discussão

Foram encontrados 27 estudos na LILACS, 4 na BDENF, 46 na PsycInfo e 92 publicações na MEDLINE. Conforme os critérios de inclusão e exclusão, foram identificados para a análise, 6 artigos na LILACS, 10 artigos na MEDLINE e nenhum estudo foi selecionado na BDENF e na PsycInfo. Assim, 16 artigos preencheram todos os critérios de inclusão proposto pela revisão. Para mapeamento e extração dos dados das produções científicas selecionadas, das produções científicas, foi elaborada uma ficha documental na qual constavam as variáveis: identificação e referência dos estudos, ano e país de realização das produções, objetivos, tipo de estudo, sujeitos e cenário do

estudo e principais resultados. Os artigos foram identificados pela letra A seguidos de números, assim identificados como A1, A2, A3 e assim sucessivamente. Para análise na íntegra dos artigos utilizou-se a análise temática⁷.

Quadro 1- Artigos segundo a sua identificação e referência.

Id	Referência
A1	Souza, Jacqueline de; Kantorski, Luciane Prado; Gonçalves, Sérgio Eduardo; Mielke, Fernanda Barreto; Guadalupe, Danieli Bispo. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):210-7.
A2	Fontanella, Bruno José Barcellos; Turato, Egberto Ribeiro. Redução espontânea de danos: barreira para a procura de tratamento por dependentes de substâncias psicoativas? Rev. Bras. Psiquiatr. vol.27 no.4 São Paulo Dec. 2005.
A3	Teixeira, Artur Alves de; Kantorski, Luciane Prado; Corrêa, Ana Cândida Lopes; Ferreira, Roberta Zaffalon; Ferreira, Gabriella Santo, Milena Oliveira do. Usuários de crack: desenvolvendo estratégias para enfrentar os riscos do uso. Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online);7(2):2393-2404, abr.-jun. 2015.
A4	Martins, Daniel; Valente, Helena; Pires, Cristiana. CHECKING: A última fronteira para a redução de riscos em contextos festivos. Saúde soc. 2015, vol.24, n.2, pp.646-660.
A5	Souza, Kátia Mendes de; Monteiro, Simone. A abordagem de redução de danos em espaços educativos não formais: um estudo qualitativo no estado do Rio de Janeiro, Brasil. Interface (Botucatu) vol.15 no.38 Botucatu July/Sept 2011.
A6	Landi Filho, Daniel; Araújo, Otávia Daniele Silva; Cavalcante, Rafael de Oliveira; Mendes, Suellen Santos; Miranda Junior, Ubirajara José Picanço de. Redução de danos e saúde da família: conhecimento de profissionais de saúde em três regionais do DF/Brasil. Com. Ciências Saúde. 2009;20(4):299-306
A7	Ryan McNeil, Thomas Kerr, Hugh Lampkin, Will Small "Precisamos de um lugar para fumar crack": Um estudo etnográfico de uma sala de fumo mais seguro não sancionado em Vancouver, Canadá.
A8	Kwan TH; Wong NS; Lee SS Variabilidade e dilemas na redução de danos para usuários de esteroides anabolizantes no Reino Unido: um estudo de entrevista multiárea.
A9	C. Strike ;A. Guta ;K. de Prinse ;S. Switzer ; S. Chan Carusone.Viver com o vício: As perspectivas de drogas usando e não usando os indivíduos sobre o compartilhamento de espaço em um ambiente hospitalar
A10	McNeil R; W pequena; Lampkin H; Shannon K; Kerr T "As pessoas sabiam que poderiam vir aqui para obter ajuda": um estudo etnográfico de práticas de injeção assistida em um peerrun 'unsanctioned' supervisionado sala de consumo de drogas em um ambiente canadense.
A11	Harris M; Rhodes T Desvio de metadona como uma estratégia de proteção: o potencial de redução de danos de "restrições generosas".
A12	Sun YY; Yu XM; Sun JP; Xue H; Wang L; Wang J; Wang L. Análise de situação de utilização dos serviços de redução de danos entre usuários de drogas e seus fatores de impacto.
A13	Jackson LA; Dykeman M; Gahagan J; Karabanow J; Parker J Desafios e oportunidades para integração de familiares de usuários de drogas injetáveis nos esforços de redução de danos no contexto Atlântico canadense.
A14	Greenspan NR; Aguinaldo JP; Maridos W; Murray J; Ho P; Sutdhibhasilp N; Cedano J; Lau C; T cinza; Maharaj R "Não é ciência de foguetes, o que eu faço": estratégias de redução de danos autodirigida entre drogas usando gay etnoracial diversificada e bissexuais.
A15	Greve C; Watson TM; Lavigne P; Hopkins S; Shore R; D Young; Leonard G; Millson P. Diretrizes para a melhor redução de danos: avaliação da implementação das recomendações de melhores práticas para programas de troca de agulhas e seringas (PTS).
A16	Kerr T; Hayashi K; Fairbairn N; Kaplan K; Suwannawong P; Zhang R; Madeira E. Ampliando o alcance da redução de danos na Tailândia: experiências com um centro de dropin drug userun.

Observou-se que a maioria dos estudos, incluídos nessa revisão foram do ano de 2015 (n=5), seguidos dos anos de 2014 e 2011 na mesma proporção (n=3), seguido de 2013 (n=2) e 2010, 2005 e 2007 (n=1). O País das publicações concentra-se no Brasil e no Canadá com o mesmo número de estudos cada (n=6), seguido da China, Londres, Estados Unidos da América (EUA) e Inglaterra ambos com o mesmo número de pesquisas cada (n=1). A abordagem qualitativa predomina nos estudos selecionados (n=14), seguida de um estudo transversal descritivo e observacional e outra pesquisa de método de análise de substâncias (n=1). Referente à população estudada, os artigos apresentam, os usuários de álcool e outras drogas em geral (n=11), seguidos de profissionais da área da saúde (n=2). Com o mesmo número de artigos aparecem pesquisas realizadas com educadores, gestores e trabalhadores do serviço e usuário (n=1). Os cenários divergem entre Serviço de RD (n=3) seguido de Centro de Reabilitação (n=2). Os demais cenários apresentam um estudo cada,

divididos entre: CAPS ad e Serviço de RD, escritório médico e em clínica psiquiátrica de internação, hospital, locais de atuação de redutores de danos, clubes de festas, festivais eletrônicos, Organizações não governamentais de ensino, Programa Saúde da Família (PSF), Programa de Manutenção de Metadona (MMT), e em espaços urbanos e rurais de uma cidade (n=1). Para análise dos dados os resultados foram divididos em duas categorias: desafios na implantação da Política de Redução de Danos e, construções de estratégias de redução de danos por profissionais e usuários de álcool e outras drogas.

Desafios na implantação da Política de Redução de Danos

Os resultados apontam por um lado, para uma rede de serviço desconexa, com a falta de articulação em rede, entre CAPS ad, Unidade Básica de Saúde (UBS), Serviço Municipal de Redução de Danos (SMRD) e espaços da comunidade (A1) bem como entre PSF e Programa de Redução de Danos (PRD) (A6). Por outro lado, observa-se a falta de engajamento de alguns profissionais (A1), de conhecimento e interesse dos profissionais que trabalham em PSF em relação às estratégias de RD do município. Embora várias mudanças tenham sido propostas pela Reforma Psiquiátrica, articular redes de Saúde Mental balizadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é um grande desafio. A formação de uma rede de saúde mental é uma temática definida como essencial para a consolidação da desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica. Entretanto, é necessário operacionalização nos serviços de saúde, planejamento, organização, coordenação das atividades e avaliação contínua⁸. Reduzir danos é uma proposta a todos os atores envolvidos, comunidade e profissionais da área da saúde e não se deve focar somente nos redutores de danos. O CAPS tem um papel importante por ser um serviço vinculado ao campo da saúde mental e por ter a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território, necessitando articular-se permanentemente com outras redes sociais⁴. Somam-se a isto, os CAPS necessitam dialogar e organizar uma proposta dinâmica de trabalho. Conforme a Constituição Federal, Art. 200, inciso III, é dever do SUS formar recursos humanos devidamente capacitados para atuar com base nas políticas públicas do nosso País⁹. Aqueles que discutem e constroem a temática de RD conseguem entender a política e trabalhar nos moldes da mesma, permitem-se desconstruir e rever valores, compreender que o uso de drogas faz parte da sociedade, assim constrói seus discursos pautados na educação e reabilitação, entendendo seu papel nesse processo.

Porém, os profissionais e gestores que não se implicam e não possui qualificação na temática, mostram falta de interesse, consequentemente falta de articulação com os atores envolvidos.

Construções de estratégias de redução de danos por profissionais e usuários de álcool e outras drogas.

Percebe-se nos estudos selecionados que as estratégias de RD, dividem-se entre educação em saúde relacionada à prevenção de DST (A1, A4), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e Hepatites, onde ocorre a entrega e troca de kits (seringa descartável, água destilada, algodão) para os usuários de drogas injetáveis (UDI's). Mas, além disso, o redutor de danos apresenta-se como um mediador entre usuário e serviços de saúde quando realiza encaminhamentos para consultas nos postos de saúde, para o serviço especializado em testagem anti-HIV e para o CAPS ad (A1). O trabalho do Redutor de Danos é delicado, pois necessita da criação de vínculo e de confiança para assim construir laços com os usuários, por meio da promoção de ações de educação em saúde e de cuidado. A educação em saúde necessita ser compreendida como uma proposta que busca desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de avaliar de forma crítica a sua realidade. Também, promove ações conjuntas para solucionar problemas e modificar situações de modo a organizar, bem como de realizar ações e avaliá-las de modo reflexivo¹⁰. Como importante estratégia de RD os usuários procuram manter um bom padrão de qualidade de vida, relacionados à escolha da droga menos prejudicial, pureza, a via, preço mais acessível, efeitos colaterais menos danosos, os intervalos de uso para recuperar os efeitos colaterais, o uso da hospitalização para se recuperar parcialmente, física e psicologicamente, o apoio da família e amigos para contribui na manutenção do padrão de consumo, o controle da quantidade (A2, A3, A13, A14), bem como o uso em lugares mais seguros (A2). Outros preferem fazer o uso da droga individualmente para evitar conflito entre os usuários, promover o autocuidado, alimentar-se, hidratar-se, descansar o corpo e a mente, reconhecem o uso de preservativo como uma proteção de doenças, o uso de maconha após o uso do crack para a diminuição da fissura, diminuir anorexia e descansar, não compartilhar material. Entretanto, apesar da construção de estratégias, observa-se em um estudo que a maioria dos usuários em uma das pesquisas, conhece os riscos decorrentes do consumo da droga, mas nem todos adotam estratégias de RD (A3). Outros, porém não compreendem as ações e os programas os quais estão inseridos, acarretando em ausências nos serviços (A12) ou ainda, espaços de RD que permeiam diferentes perspectivas entre prestadores de serviços e usuários dos serviços relacionados com as práticas, os riscos e intervenções eficazes (A8). O cuidar de si é fundamental quando falamos em uso de álcool e outras drogas relacionados

ao autocuidado, autocontrole, a busca por segurança e apoio. Estas estratégias são importantes para reduzir riscos à saúde⁵, entretanto o empoderamento dos usuários relacionados aos seus direitos frente às leis é fundamental, sabe-se que a nova lei de drogas faz uma distinção entre os usuários das pessoas que comercializam e vendem drogas¹¹. Fato que serve de sustentação para aqueles que são abordados indevidamente. Contudo não são todos os usuários que internalizam a RD e constroem perspectivas de vida pautadas na mesma, apesar de conhecê-las, é importante ressaltar que as ações de RD são pautadas na autonomia de escolha desse usuário⁶.

Considerações finais

Nessa revisão buscou-se analisar o que está sendo produzido em relação à RD na temática de álcool e outras drogas. Houve um processo de construção aliado a um desafio muito grande que é conseguir trabalhar em redes de saúde mental, através da proposta da Reforma Psiquiátrica com profissionais engajados e implicados com a temática de RD, bem como a necessidade urgente de qualificação dos profissionais. Em relação às estratégias de RD, os próprios usuários constroem e reconstroem suas práticas, por possuir a vivência com a droga, mas é necessário também conscientizar os usuários a fazer uso de estratégias de RD. Acredita-se que o redutor de danos tem muito a apreender, trocar e compartilhar conhecimento com os usuários, mas que possui um papel importante nesse processo.

Eixo Temático: processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

REFERÊNCIA

1. Escohotado A. Las drogas: de los orígenes a la prohibición. Madrid: Alianza Editorial, 1994. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/40114500/Escohotado-Las-drogas-de-los-origenes-a-laprohibicion>. Acesso em: jun de 2016.
2. Brasil. Lei n 6.368 de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm. Acesso em: jun 2016.

3. Marcolan JF, Castro RCB. Enfermagem em Saúde Mental: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar. 1 ed. Editora Elsevier. Rio de Janeiro. 2013.
4. Brasil. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html. Acesso em: jun 2016.
5. Ribeiro LA, Sanchez ZM, Nappo, SA. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. J Bras Psiquiatr. v.59, n.3, p:210-218, 2010
6. Brasil. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html. Acesso em: jun 2016.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
8. Souza J de, Kantorski, LP, Gonçalves SE.; Mielke FB, Guadalu DB. Centro de atenção psicossocial álcool e drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):210-7.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CNDST/ AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl. 2004.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const//con1988_05.10.1988/con1988.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2016.
11. Santos AS. Educação em saúde: reflexão e aplicabilidade em atenção primária á saúde. Braz J Nurs, 5(2), 2006.

37. EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES HISTERECTOMIZADAS: UM RELATO EXPERIÊNCIA

PAPANICOLAU EXAMINATION IN HYSTERECTOMIZED WOMEN: A REPORT EXPERIMENT

CITOLOGÍA VAGINAL EN MUJERES HYSTERECTOMIZADAS: UN RELATO DE EXPERIENCIA

PERTILLE, Fabiane¹;FRIGO, Jucimar ²;ZOCHE, Denise Antunes de Azambuja³ RODRIGUES,
Renata Mendonça⁴;

Resumo O exame preventivo de câncer de colo do útero é realizado com o intuito de detectar e tratar lesões pré-cancerosas em estágios iniciais. Mulheres que realizam cirurgia de **histerectomia, nem sempre, tem indicação de realizar o** exame preventivo de câncer rotineiramente. Objetivou-se relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem na coleta de exame preventivo de câncer de colo do útero em mulheres que realizaram cirurgia de histerectomia. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência descritivo com abordagem qualitativa experienciado em atividades da disciplina de Estágio Curricular Supervisionado II, na Universidade do Estado de Santa Catarina, com acadêmicos que estavam cursando o décimo período do curso de Graduação em Enfermagem, logo, o relato está totalmente referenciado na experiência de estágio. Resultados e discussão: As consultas de enfermagem ginecológicas realizadas no estágio com mulheres histerectomizadas, experienciou as limitações de entendimento sobre o procedimento cirúrgico no qual foram submetidas. A maioria das mulheres não soube relatar qual porção do útero foi removida cirurgicamente (retirada do corpo do útero, com permanência do colo do útero e/ou retirada do corpo e colo do útero), sendo que na segunda opção, não necessitaria realizar o exame preventivo de rotina. Considerações finais: As dificuldades experienciadas no estágio demonstram a importância das tecnologias de informação e comunicação entre os profissionais de saúde e usuárias. Desta forma, ofertar informações documentadas como “cartão de procedimento cirúrgico”, especificando a porção do útero removida, evita interpretações ambíguas e a exposição a procedimentos iatrogênicos desnecessários.

Descritores: Enfermagem; Histerectomia; Neoplasias do Colo do Útero.

Abstract

Preventive examination of cervical cancer is performed to detect and treat precancerous lesions in the early stages. Women who undergo hysterectomy surgery, not always, are indicated to perform the preventive examination of cancer routinely. The objective of this study was to report an experience of nursing students in the collection of cervical cancer screening in women who underwent hysterectomy. Methodology: This is a descriptive experience report with a qualitative approach experienced in the activities of the Supervised Curricular Internship II, at the State University of Santa Catarina, with undergraduate students attending the tenth period of Nursing, therefore, the report is fully referenced in the internship experience. Results and discussion: As gynecological nursing consultations performed non-stage with hysterectomized women,

¹ Enfermeira. Especialista. Docente na Universidade do Estado de Santa Catarina. E-mail: fabi_m2008@hotmail.com

² Enfermeira. Mestre. Docente na Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

³ Enfermeira. Doutora. Docente na Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

⁴ Bióloga. Mestre. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

experienced as limitations of understanding about the surgical procedure in which they were submitted. Most women were not able to report which portion of the uterus was surgically removed, with permanence of the cervix and/or removal of the body and cervix from the cervix. Final considerations: The difficulties experienced at the stage demonstrate the importance of information and communication technologies among health professionals and users. In this way, the request for information documented as "surgical procedure card", specified a portion of the uterus removed, avoids ambiguous interpretations and unnecessary treatment.

Descriptors: Nursing; Hysterectomy; Uterine Cervical Neoplasms.

Resumen

La prueba de detección de cáncer de cuello uterino se realiza con el fin de detectar y tratar lesiones precancerosas en las primeras etapas. Las mujeres sometidas a cirugía de histerectomía, no siempre, está indicado para realizar el cáncer de prueba de detección de rutina. O objetivo fue informar una experiencia académica de enfermería en la recopilación de pruebas preventivas de cáncer de cuello uterino en las mujeres que se sometieron a cirugía de histerectomía. Metodología: Se trata de un relato de experiencia descriptivo con enfoque cualitativo experimentado en las actividades de disciplina Currículo de prácticas supervisadas II, en la Universidad del Estado de Santa Catarina, con académicos que asisten al décimo período del curso de Pregrado en Enfermería, logotipo, Los cuenta está totalmente referenciado en la experiencia de prácticas. Resultados y discusión: ¿Cómo la consulta de enfermería ginecológicos no escenario con mujeres histerectomizadas experimentan como limitaciones de comprensión del procedimiento quirúrgico en el que fueron presentadas. La mayoría de las mujeres no sabían que informan la parte del útero se extirpa quirúrgicamente, con la permanencia del cuello del útero y/o retirada del cuerpo y el cuello uterino, la rutina preventiva. Consideraciones finales: Las dificultades experimentadas en el escenario demuestran la importancia de las tecnologías de la información y de la comunicación entre los profesionales sanitarios y los usuarios. Por lo tanto, la solicitud de la información documentada como "tarjeta procedimiento quirúrgico", especifica una parte de extracción del útero, evita interpretaciones ambiguas y tratamientos innecesarios.

Descritores: Enfermería; Histerectomía; Neoplasias del Cuello Uterino.

Introdução

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) propôs um conjunto de princípios e diretrizes destinados a orientar a assistência ofertada às mulheres, nas suas necessidades e demandas específicas, identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. Abrangia ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST e o câncer de colo de útero e de mama.¹

O câncer do colo uterino (CCU) é considerado um grave problema de saúde pública. No Brasil, estimou-se para o ano de 2016, a ocorrência de 16.4300 novos casos da doença. Na região Sul do país a incidência será de 15,17/100 mil mulheres, a quarta posição entre as Regiões. De acordo com estimativas mundiais, o CCU é o quarto tipo de câncer que mais acomete as mulheres, sua incidência é maior em países em desenvolvimento. Essa neoplasia, em geral inicia a partir dos 30 anos e tem seu pico etário entre 50 e 60 anos.²

O Ministério da Saúde recomenda a realização do exame citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos com a finalidade do rastreamento do câncer de colo do útero. Para um controle efetivo deste agravo, faz-se necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade dos serviços e ações da linha de cuidado, bem como o tratamento e o seguimento da usuária.³

O rastreamento realizado em mulheres sem colo do útero devido à histerectomia por condições benignas apresenta menos de um exame citopatológico alterado por mil exames realizados. Desta forma, mulheres submetidas à histerectomia total (retirada do corpo e colo do útero) não necessitam fazer o exame preventivo de câncer de rotina. No entanto, isto não exclui a necessidade de avaliação periódica da mama e exame pélvico regular. Já as mulheres que realizam histerectomia parcial (retirada do corpo do útero, com permanência do colo do útero) têm indicação de realizar o exame preventivo de câncer como qualquer outra mulher. No seguimento, após histerectomia, uma nova citologia deve ser obtida em seis meses e, após dois anos com exames semestrais normais, a usuária deve retornar ao rastreio trienal.⁴⁻⁵

A histerectomia é a segunda cirurgia mais realizada em mulheres, excedida em números apenas pelo parto cesariano. Segundo dados do DATASUS (Banco de dados do Sistema Único de Saúde), foram realizadas no Brasil cerca de 114.712 histerectomias pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2015, enquanto que na cidade de Chapecó, em 2015, ocorreram 71 histerectomias. No ano de 2016, até o mês de agosto, realizou-se 64.515 histerectomias no país.⁶

O câncer de colo do útero é uma neoplasia com alto índice de morbidade e mortalidade que tem influenciado, no contexto social e universal, em que estas mulheres estão inseridas. A definição do mesmo pode ser entendida como a replicação desordenada do epitélio de revestimento, comprometendo o tecido subjacente, sendo dividido em duas categorias distintas: o carcinoma epidermóide, que incide no epitélio escamoso, ou seja, na parte externa do colo do útero, e o adenocarcinoma que surge no epitélio glandular, na parte interna do colo do útero.⁷

A patogênese das anormalidades do colo do útero pode estar associado a cofatores, como os fatores de risco: idade precoce na primeira relação sexual; multiplicidade de parceiros; história de infecções sexualmente transmitidas (da mulher e de seu parceiro). Atualmente, considera-se que a persistência da infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) represente o principal fator de risco; multiparidade; tabagismo; alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, beta caroteno e folato, e o uso de anticoncepcionais.⁸

A consulta de enfermagem é um ato privativo e prestado pelo enfermeiro, que utiliza de métodos científicos para definir condições de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que cooperem na promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade.⁹

A consulta de enfermagem ginecológica tem como objetivo melhorar a qualidade de vida das mulheres e preparar as mesmas para o autocuidado. Visa prestar um atendimento voltado não somente para os aspectos biológicos das mulheres, mas principalmente relacioná-los com os aspectos sociais e psicológicos, corroborando com os princípios da integralidade da atenção.¹⁰⁻¹¹

A consulta desponta como uma boa oportunidade para o estabelecimento de vínculo usuária-profissional, o que deve estimular as equipes a se responsabilizarem pela promoção da saúde das mulheres a partir do atendimento das suas necessidades.¹² Neste encontro, cercado por tecnologias leves, nomeadamente, acolhimento, escuta sensível e diálogo, é possível suavizar os medos, ansiedades e preocupações relacionados ao procedimento cirúrgico de histerectomia.

Mediante ao exposto, este relato tenciona experienciar as dificuldades encontradas, enquanto acadêmicos de enfermagem na realização da coleta do exame preventivo do câncer do colo de útero em mulheres submetidas à cirurgia de histerectomia total ou parcial.

Metodologia

Estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado com base nas consultas de enfermagem ginecológicas realizadas no Estágio Curricular Supervisionado II, na décima fase do curso de enfermagem com duração de quatro meses, de agosto a dezembro de 2016.

O estágio em questão foi realizado na Rede Feminina de Combate ao Câncer, no município de Chapecó no oeste do estado de SC. A rede foi fundada em 1982 iniciando como Clube da Fraternidade e em 1995 conquistou sede própria onde se efetivou como Rede Feminina de Combate ao Câncer de Chapecó-SC – RFCC. A mesma se constitui de uma instituição filantrópica sem fins lucrativos, que tira seus lucros através de leitura de laminas Da prefeitura de Chapecó, parceria esta firmada em 1997, doações e dos eventos que promove.¹³

A RFCC é uma instituição que atende toda a população feminina chapecoense na prevenção e no combate do Câncer de Colo de Útero e de Mama, bem como das Doenças Sexualmente Transmissíveis, auxiliando na orientação e na busca de um tratamento adequado. Mensalmente a Rede realiza aproximadamente 800 consultas de enfermagem ginecológicas, que corresponde ao número de coletas de exames preventivos do colo do útero realizados pelos enfermeiros. No ano de 2015 a RFCC realizou 9.055 consultas e exames preventivos do colo do útero.¹³

A Rede dispõe de três consultórios para fins de atendimento as mulheres da comunidade, destinados às consultas de enfermagem ginecológicas. Estes espaços contém todos os insumos necessários para o atendimento individual da usuária, tais como: maca ginecológica, ar condicionado, biombo, mesa de escritório, cadeiras de apoio, tapetes, material para coleta de exame

preventivo do colo do útero, computador, foco de luz auxiliar, armário para armazenamento das lâminas.

Vale destacar que não foi necessário submeter o estudo ao comitê de ética e pesquisa por se tratar de relato de experiência de uma acadêmica de enfermagem. Porém, manteve-se o anonimato e a confidencialidade das informações dos participantes.

Resultados e discussão

A detecção precoce do câncer em mulheres assintomáticas acontece por meio da realização do exame preventivo do câncer do colo do útero, pois o mesmo permite o descobrimento das lesões precursoras da doença no estágio inicial. O exame requer uma estrutura de laboratório, com controle de qualidade interno, treinamento de alta qualidade, para garantir a sua eficiência.¹⁴

O exame do preventivo ainda gera muitos medos e anseios nas mulheres, além de ser algo desconhecido por muitas, principalmente em classes mais baixas e com menos escolaridade. Orienta-se que o mesmo seja realizado a cada ano, porém em dois casos consecutivos de resultado normal, o exame poderá ser repetido em três anos.¹⁵

O papel do enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero começa a partir do acolhimento das mulheres no âmbito da consulta ginecológica de enfermagem, o conhecimento da anatomia do corpo das mulheres, domínio da técnica correta para realização do exame preventivo Papanicolaou, no rastreamento das mulheres de risco, no seguimento de mulheres com alterações citopatológicas, e principalmente, na escuta sensível de mulheres hysterectomizadas.⁷

É importante ressaltar os aspectos emocionais que atingem as mulheres hysterectomizadas, pois para muitas, a retirada do útero significa a perda de sua feminilidade, a capacidade de gerar filhas, já que é o lugar onde os carregam, dificuldades na relação com o parceiro entre demais fatores, por isso a necessidade do apoio familiar. Portanto, outras mulheres, não vêem problema algum na retirada do útero, até acham confortável, já que o mesmo estava lhe causando incômodo.⁴

Compreender que cada mulher é singular e encara a situação de maneira distinta, faz-se necessário, e cabe aos profissionais de saúde entender o significado que as mulheres têm acerca da hysterectomia, compreendendo suas particularidades e, em função disso, organizem sua prática assistencial com orientações e cuidados individualizados, de forma que possam também desmistificar a hysterectomia.¹⁶

Os enfermeiros que rotineiramente realizam a coleta do exame preventivo em mulheres hysterectomizadas, relatam dificuldades para compreender e identificar qual procedimento cirúrgico as mulheres foram submetidas, hysterectomia total ou parcial, originando situações conflituosas entre profissionais e usuárias.¹⁷

Durante o procedimento de coleta do material citológico, até mesmo a introdução do espéculo no introito vaginal em mulheres hysterectomizadas é diferente, considerando que ocorre uma alteração hormonal pela retirada total ou parcial do útero e anexos, muitas vezes, modificando a mucosa vaginal.¹⁸⁻¹⁹

Em busca de algumas respostas, nota-se o estado da arte sobre “exame preventivo do câncer do colo do útero e mulheres hysterectomizadas” são escassos na literatura. Identificamos a existência de uma lacuna de produção científica a respeito da coleta de exame preventivo nestas mulheres, em especial, como fazer, onde coletar, quais os achados citológicos nessas situações cirúrgicas, qual a melhor técnica para fins de coleta neste segmento feminino.¹⁷

A qualidade dos resultados do exame citopatológico influencia na eficácia do rastreamento do câncer do colo do útero e, o que ressalta a necessidade de vigilância devido aos resultados falso-negativos. No caso de amostras insatisfatórias que seriam os resultados falso-negativos, por exemplo, da presença de sangue e outros artefatos, que prejudicam a análise microscópica das lâminas, o exame deverá ser repetido.⁷ Nestas situações, especialmente mulheres hysterectomizadas, por não terem clareza da situação cirúrgica a qual foram submetidas, acabam tendo que repetir a coleta do exame preventivo, expondo-se a procedimentos iatrogênicos e desnecessários.

A realização do exame citopatológico é de grande responsabilidade para o profissional de enfermagem, quando realizado de forma correta, e consente um rastreio maior da doença. Cabe a este profissional o desenvolvimento de ações para a prevenção, programas educativos, o encorajamento das mulheres a realizarem o exame preventivo do câncer do colo do útero, na identificação e esclarecimento para população sobre os fatores de risco. Desta forma o enfermeiro estará colaborando para com a sociedade. Entretanto, podemos ressaltar que ações de educação continuada para a atualização do profissional é importante, para que seja informado quanto as novidades a respeito da doença.¹⁹

Neste cenário de atenção integral à saúde das mulheres, a consulta de enfermagem ginecológica é um espaço privilegiado, para que se possa estabelecer um diálogo profícuo entre profissionais e as usuárias dos serviços públicos de saúde, para que se identifiquem as necessidades ginecológicas, psicológicas e sociais das inúmeras mulheres que buscam por tal atendimento, aproximando-se do conceito de integralidade da atenção preconizado pelo MS. Estes encontros, entre acadêmicos de enfermagem e usuárias, permitiu experienciar às dificuldades de coletar o exame preventivo do colo do útero em mulheres que realizaram o procedimento cirúrgico de hysterectomia, muitas vezes, desconhecem a modalidade cirúrgica a qual foram submetidas, interferindo diretamente na coleta do exame preventivo, bem como, questões relacionadas à promoção da saúde.

Considerações Finais

Contatou-se que o profissional enfermeiro contribui de forma significativa na promoção da saúde das mulheres no âmbito das consultas ginecológicas de enfermagem, mediante o diálogo, a escuta sensível, a clínica ampliada, conhecimento técnico científico, cooperando para o diagnóstico precoce de doenças e o tratamento em tempo oportuno.

Percebe-se que o profissional de enfermagem, muitas vezes, influencia positivamente as mulheres, na promoção da saúde, em especial, na coleta do exame preventivo do colo do útero, implicando em resultados positivos, diminuindo os casos de câncer em estágio avançado.

Entretanto, para sua efetividade, é necessário pensar em orientações mais claras e concisas as mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico de histerectomia, de modo que, essas informações sejam documentadas em papel, na forma de “cartão de procedimento cirúrgico”, especificando procedimento realizado, ou seja, qual porção do útero foi removida. A documentação do procedimento cirúrgico na forma de cartão de identificação previne interpretações ambíguas, evita à exposição desnecessária das mulheres a coleta de exame preventivo e proporciona que as mulheres histerectomizadas tenham maior conhecimento do procedimento cirúrgico realizado e as suas implicações.

Por fim, sugere-se que se construam protocolos e/ou Procedimento Operacional Padrão de como, onde, e em que situações deverão ser coletados o exame preventivo do câncer do colo do útero em mulheres histerectomizadas, norteando assim, a prática dos profissionais de enfermagem, em especial, os acadêmicos de enfermagem.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Aline SD, Xavier MB, Braga PP, Albano AGE. Assistência à saúde da mulher na atenção primária: prevenção do câncer do colo do útero. *Revista de atenção primária à saúde*. 2013;16(3):333-7.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
3. Silva MM, Lagana MTC, Simpson AC, Cabral AMF. Acesso a serviços de saúde para o controle do câncer do colo uterino na atenção básica. *J res: fundam. care. online* 2013;5(3):273-82.
4. Ministério da saúde (Br). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro, 2016.

5. Ministério da Saúde (Br). Departamento de informática do SUS. Sistemas de informações hospitalares SUS (SIH/SUS). 2016.
6. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de Câncer: câncer do colo-HPV e câncer. 2011[Acesso 16 fev 2017]. Disponível em:
http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/hpv-cancer-perguntas-mais-frequentes
7. Marsicano TG, Lima CB. Conhecimento, atitudes e práticas do enfermeiro acerca do exame preventivo do câncer cervical. Temas em saúde. 2016 [Acesso 20 fev 2017];16(2):105-142. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16206.pdf>
8. Ministério da Saúde (Br). Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
9. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 159/1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Rio de Janeiro, 1993.
10. Teixeira EHM, Queiroz ABA, Mota MCS, Carvalho MCDMP, Costa EPS. Saúde da mulher na perspectiva a assistência prestada pela enfermagem ginecológica: um relato de experiência. Cad. Espaço Fem. 2013;26(1):179-89.
11. Catafesta G, Klein DP, Canever BP, Lazzari DD, Silva EF. Consulta de enfermagem ginecológica na estratégia saúde da família. Arquivos de Ciências da Saúde. 2015 [Acesso 18 fev 2017];22(1):85-90. Disponível em:
<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/32>
12. Oliveira DLLC, Ferla AA. Uso de tecnologias de integralidade no cuidado às mulheres no âmbito da rede de atenção básica: análise de cenários em relação à consulta ginecológica. 2013. 52 f. Projeto de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Projeto Rede Governo Colaborativo em Saúde, Porto Alegre, 2013.
13. Rede Feminina de Combate ao Câncer de Chapecó. Entidade: histórico da rede feminina de combate ao câncer de Chapecó. Disponível em: <http://www.redefemininachapeco.org.br/entidade>
14. Santos FAPS, Brito RS, Santos DLA. Exame papanicolau: avaliação da qualidade do esfregaço cervical. Revista René. 2011; 12(3):645-8.
15. Jorge RJB, Sampaio LRL, Diógenes MAR, Mendonça FAC, Sampaio LL. Fatores associados à não realização periódica do exame papanicolaou. Rev Rene. 2011;12(3):606-12.
16. Urrutia MT, Araya A, Flores C, Jara D, Silva S, Lira MJ. Histerectomía: la experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas. Revista chilena de obstetricia y ginecologia. 2013;78(4):262-268.

17. Salimena AMDO, Mautone PC, Melo MCSCD, Bara VMF, Almeida MIGD. Mulheres hysterectomizadas e preventivo ginecológico: vivências de enfermeiras. *Revista Nursing*. 2011;13(153):109-114.
18. Merighi MAB, Oliveira DMD, Jesus MCPD, Hoga LAK, Pedroso AGDO. Experiences and expectations of women submitted to hysterectomy. *Texto-Contexto Enfermagem*. 2012;21(3):608-615.
19. Silva CMC, Vargens OMC. A mulher que vivencia as cirurgias ginecológicas: enfrentando as mudanças impostas pelas cirurgias. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 2016 [Acesso 03 mar 2017];24:e2780. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02780.pdf



38. FATORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS

FACTORS INTERFERING IN THE QUALITY OF ELDERLY LIFE

FACTORES QUE AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA DE MAYOR

CELICH, Kátia Lilian Sedrez; SOUZA, Silvia Silva de; ZENEVICZ, Leoni Terezinha; MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello

Introdução: Envelhecer com qualidade de vida é um desafio que se impõe à sociedade atual, acredita-se que conhecer os fatores que interferem possibilita aos profissionais de saúde propor ações que contribuam para uma velhice saudável. O envelhecimento se constitui em um processo natural, no entanto, não ocorre de forma homogênea. Cada idoso é um ser único que, ao longo da sua trajetória de vida, foi influenciado por eventos de natureza fisiológica, patológica, psicológica, social, cultural, ambiental, econômica e espiritual, os quais influenciam na qualidade de vida da velhice. **Objetivo:** Identificar os fatores que interferem para o envelhecimento com qualidade de vida na perspectiva dos idosos. **Metodologia:** Estudo qualitativo, desenvolvido com 12 coordenadoras de centros de convivência da terceira idade do município de Erechim - RS. As informações foram coletadas a partir de entrevista semi-estruturada contendo cinco questões norteadoras. 1. O que é para você envelhecimento? 2. O que é para você qualidade de vida? 3. Como se pode ter qualidade de vida na velhice? 4. Quais são os fatores que contribuem para que você tenha um envelhecimento com qualidade de vida? 5. Que fatores dificultam este processo? Utilizou-se análise de conteúdo¹. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, sob o número 07/03633, todos os demais procedimentos éticos foram respeitados. **Resultados:** Foram identificadas sete categorias como fatores que interferem para a qualidade de vida dos idosos: **Autonomia:** relacionada a capacidade do idoso estar apto para tomar suas próprias decisões como um sujeito consciente, livre e responsável. O agir moralmente autônomo, pressupõe, para sua realização, a existência de um sujeito consciente para refletir, discutir, avaliar e deliberar sobre a correção dos atos morais, tanto no âmbito mais íntimo, pessoal e individual, quanto na esfera das relações intersubjetivas e sociais. Supõe, ainda, um sujeito que exercita a sua vontade, enquanto capacidade para deliberar diante das opções surgidas². **Família:** exerce uma importância fundamental no fortalecimento das relações, ancora-se nas características sócio-afetivas e na dinâmica relacional, definidas ao longo da história pelos seus membros que co-habitam o mesmo espaço, onde promovem apoio uns aos outros, representando para o idoso sua segurança, seu bem mais valioso e precioso. **Relacionamentos sociais:** os discursos revelaram que os idosos, enquanto ser existencial, necessitam se relacionar e manter convivência com os outros, conquistar novos relacionamentos, o que promove saúde e bem estar. Nos espaços sociais se concretiza a oportunidade para os idosos saírem de casa e interagirem com outras pessoas, ao rirem, brincarem e dançarem, suas ansiedades e angústias são minimizadas. É inegável que o compartilhar de atividades com pessoas da mesma geração favorece a qualidade de vida e o bem-estar, porque facilita a emergência de significados comuns e a aproximação interpessoal. **Aposentadoria digna:** as falas desvelaram a precariedade que vive a grande maioria dos idosos, em um país que envelheceu rapidamente e não se preparou para enfrentar os desafios e a responsabilidade que o envelhecimento populacional acarreta, problemas financeiros reduzem o bem-estar em idosos, é necessária aquisição de renda mensal suficiente para suprir as necessidades do cotidiano; **Saúde física e mental:** acesso à saúde é reconhecido, como fator determinante para se envelhecer com qualidade de vida. Ainda, a manutenção da capacidade funcional para a realização das atividades de vida diária foi outro construto relevante. Permanecer livre de vícios prejudiciais como o uso de álcool, tabaco e outras drogas, usar alimentos nutritivos, dormir o necessário para sentir-se bem e praticar algum tipo de atividade física, foram alguns elementos elencados pelas

idosas como necessários para uma vida saudável, onde corpo e espírito possam permanecer em harmonia. **Espiritualidade:** a fé é um instrumento que fortalece estas idosas e as capacitam no sentido de apoio, conforto e esperança, sendo entendida como uma necessidade básica que as impulsiona em suas trajetória de vidas. A espiritualidade é uma dimensão exclusiva dos seres humanos, é um sentimento de conexão com um Ser superior, que promove a sensação de plenitude interior. À medida que o tempo passa, geralmente, o indivíduo se torna mais introspectivo, reavaliando sua existência, e é nesta busca de significados para sua vida que a dimensão espiritual assume um valor singular, proporcionando um desejo de ser melhor e o comprometimento com a existência do outro. Essa sensação de viver plenamente conduz a um estado de alegria, felicidade, amor e compaixão que pode ser entendida como qualidade de vida na existência dos idosos³. **Políticas governamentais:** não atendem à demanda real, tendo em vista a ilegitimidade de suas concepções. A política nacional de saúde do idoso⁴ tem como principal objetivo à promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde. Fato importante e preocupante constatado pelos sujeitos do estudo no que diz respeito ao gasto com remédios e saúde. **Conclusão:** Para as idosas entrevistadas, envelhecer com qualidade de vida significa ter autonomia para gerenciar sua vida e serem respeitadas em suas escolhas; desfrutar do convívio familiar, sentindo-se aparadas e amadas; manter e cultivar os bons relacionamentos e ainda, participarem em atividades que promovam o convívio social, sendo estes aspectos que influenciam em sua saúde emocional, o que permite sentirem-se parte de um grupo, onde podem trocar apoio e consideração; a precariedade que vive a grande maioria dos idosos, em um país que envelheceu rapidamente e não se preparou para enfrentar os desafios e a responsabilidade que o envelhecimento populacional acarretam podem ser observados nas categorias aposentadoria digna e necessidade de políticas governamentais que contemplem as necessidades destes indivíduos, assim o processo de envelhecimento transcende aos problemas individuais passando para a esfera social e econômica. Para que se possa cuidar do idoso é preciso adentrar no mundo por eles vivido, estar atento as suas reais necessidades e desenvolver habilidades e sensibilidade observando os espaços onde o idoso se faz presente, promovendo ações oportunas para a manutenção de sua qualidade de vida. Envelhecer é direito do cidadão, envelhecer dignamente, um dever da sociedade⁵. Como profissionais da saúde, e acima de tudo como seres humanos, que cuidam de pessoas, é preciso comprometimento com a vida em suas distintas fases. Ter um olhar atento as necessidades dos idosos requer interesse, disposição e desejo de assumir este compromisso como um verdadeiro modo de vida.

DESCRITORES: Qualidade de vida; Saúde do idoso; Centros de convivência e lazer

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referencias:

1 Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.

2 Celich KLS. Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos da terceira idade. [Tese]. Porto Alegre: Programa de Pós Graduação em Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul ; 2008. 104p.

3 Celich KLS, Zenevics LT, Beltrame V, Souza SMS. A dimensão espiritual no envelhecimento com qualidade de vida. In: Bettinelli LA, Portella MR, Pasqualotti A.

Envelhecimento humano: múltiplas abordagens. Passo Fundo: Universitaria; 2008. p.176-88.

4 Brasil. Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada pela Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 237-E, p. 20-24, 13 dez. Seção 1.

5 Paz SF. Movimentos sociais: participação dos idosos. In: Py L, Pacheco JL, Sá JLM de, Goldman, SN. Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. 2ed. Holambra: Setembro; 2006. p.197-215.



39. IDOSAS COM TRANSTORNOS MENTAIS: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

ELDERLY PERSONS WITH MENTAL DISORDERS: NURSE'S ACTIVITIES IN A LONG-STAY INSTITUTION

ANCIANOS CON TRASTORNOS MENTALES: LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN UNA INSTITUCIÓN DE LARGA ESTANCIA

COSTA, Adonai Mejia¹
 BEUTER, Margrid²
 BACKES, Carolina³
 BENETTI, Eliane Raquel Rieth⁴
 BRUINSMA, Jamile Laís⁵
 VENTURINI, Larissa⁶
 CUNHA, Luciana de Almeida da⁷

Introdução: as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) caracterizam-se como organizações governamentais ou não, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar. A ILPI é um espaço especializado, destinado a oferecer assistência de geriatria e gerontologia, conforme o grau de dependência de seus residentes, proporcionando um ambiente agradável, e buscando preservar a intimidade e identidade dos que ali residem¹. Por serem locais com assistência especializada, as ILPI deixaram de ser instituições apenas de assistência social, passando a ser também de assistência à saúde². Essas instituições atendem idosos independentes e/ou dependentes que, muitas vezes, apresentam transtornos mentais. Define-se transtorno mental como uma síndrome caracterizada por uma perturbação clinicamente significativa na cognição, regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo, causando modificações psicológicas, biológicas ou de desenvolvimento. Portanto, é compreendido por um conjunto de sintomas ou padrões comportamentais e psicológicos que têm importância clínica e se associam ao sofrimento ou incapacitação³. A Organização Mundial de Saúde⁴ define o transtorno mental como uma disfunção significativa no pensamento, controle emocional e comportamento de uma pessoa que pode comprometer sua habilidade de relacionar-se e gerenciar suas atividades do dia a dia. Os idosos com transtornos mentais, tendem a apresentar dificuldades nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) relacionadas ao autocuidado como: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se, manter controle sobre suas eliminações; além de alterações na cognição, tal como déficit de memória, desorientação, perturbação da linguagem, necessitando dos cuidados da equipe de enfermagem. Assim, diante desse contexto,

¹ Relator. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (PPGeronto) da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Enfermeiro no Amparo Providência Lar das Vovozinhas. E-mail: adonai58@terra.com.br.

² Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

³ Coautora. Acadêmica de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

⁴ Coautora. Enfermeira. Doutoranda PPGENF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

⁵ Coautora. Enfermeira. Doutoranda PPGENF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

⁶ Coautora. Enfermeira. Doutoranda PPGENF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

⁷ Coautora. Enfermeira. Mestre em Envelhecimento Humano. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

torna-se relevante dar visibilidade à atuação do profissional enfermeiro, a fim de conhecer e refletir acerca de sua atuação e limitações. **Objetivo:** relatar a atuação do enfermeiro no cuidado a idosas com transtornos mentais residentes em uma ILPI. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência, desenvolvido a partir da atuação de um enfermeiro no cuidado de idosas com transtornos mentais residentes na Instituição Amparo Providência Lar das Vovozinhas. A ILPI atende, atualmente, 193 residentes do sexo feminino, entre estas 50 encontram-se em uma Ala psiquiátrica. Essas idosas apresentam diagnósticos como: Alzheimer, transtorno de personalidade, esquizofrenia, Parkinson, entre outros. Na Ala psiquiátrica os quartos comportam de duas a três residentes, com banheiros próximos, além de espaços coletivos, como refeitório, pátio e sala de estar. Fisicamente, essa Ala é separada e independente das demais da instituição, mantendo-se fechada por meio de uma porta, com acesso limitado aos profissionais. A atuação da equipe de enfermagem, nesta ala, ocorre com a atuação de três técnicos de enfermagem pela manhã, dois a tarde e um a noite, além da supervisão de um enfermeiro nos três turnos do dia. **Resultados:** O envelhecimento acontece de diferentes maneiras para os indivíduos, dependendo de diversos fatores, como o contexto social, cultural, dentre outros, podendo ser normal ou patológico. No envelhecimento patológico, há uma disfuncionalidade e descontinuidade do desenvolvimento, vindo acompanhado de alguma patologia presente na vida adulta ou desde a infância. Pela dificuldade no manejo com pessoas que envelheceram com transtornos mentais, sejam estas síndromes neurológicas ou transtornos psiquiátricos, os familiares optam pela institucionalização, por ser uma alternativa de cuidado⁵. A rotina do enfermeiro em uma ala psiquiátrica é complexa e desafiadora. O enfermeiro vai à ala em todos os turnos, e também sempre quando solicitado pela equipe, verificando e observando possíveis alterações na rotina da ala. Nesta Ala, as residentes possuem Grau de Dependência II e III, sendo o grau II determinado para idosos dependentes e independentes que necessitem de ajuda e cuidados especializados, com acompanhamento e controle adequado de profissionais de saúde, enquanto que o grau III compreende idosos dependentes que necessitem de assistência total para todas as atividades. Por se tratar de uma ala psiquiátrica, os conflitos acontecem, embora em pequeno número, quase sempre devido a exigências referentes à comida, disputa de roupas com outras residentes e/ou itens pessoais, cabendo ao profissional a intervenção de maneira adequada. Utiliza-se sempre o diálogo, devendo o profissional ser um bom ouvinte, buscando entender e compreender as individualidades e particularidades das residentes. Dependendo do caso, o profissional retira a residente da ala, utilizando a caminhada por outras áreas da instituição, como um recurso para acalmá-la. Outras estratégias também são utilizadas dependendo da situação de cada idosa. Quando acontece de uma residente apresentar algum risco físico para si e/ou demais residentes e funcionários, o profissional procura primeiramente dialogar. Se por acaso não resolver, o enfermeiro deverá intervir através de medicamentos, prescritos à residente. Caso esta não possua, ou a medicação não tenha causado o efeito desejável, o profissional entrará em contato com o médico psiquiatra da Instituição, a fim de demandar alguma intervenção a ser adotada ou encaminhá-la a um serviço especializado de referência. Convém destacar, que os conflitos não são uma normalidade do cotidiano da ala. O enfermeiro deve procurar sempre incentivar a autonomia das residentes com transtornos mentais, pois mesmo que a institucionalizada esteja limitada por incapacidade mental e/ou física, é preciso tratá-la com respeito, criando condições para que ela não se torne ainda mais incapacitada e frágil. Desta forma, torna-se fundamental cuidar e respeitar cada residente, seja qual for sua história. **Conclusão:** a atuação como enfermeiro em uma ILPI, especificamente na Ala Psiquiátrica, possibilita compreender as particularidades e individualidades das residentes, o que viabiliza sistematizar o cuidado. O trabalho desenvolvido pela Instituição objetiva oferecer melhores condições de vida, preservando a integridade e dignidade das residentes. Emerge a preocupação de incluí-las em atividades rotineiras da Instituição, bem como, no convívio com as demais residentes de outras Alas. Evidencia-se, que a atuação do Enfermeiro em ILPI é complexa e desafiadora, pois exige conhecimento relacionado ao gerenciamento do cuidado de enfermagem, assim como, domínio teórico e técnico da assistência prestada às idosas com transtornos mentais. O ambiente institucional deve atender às necessidades

das residentes, uma vez que torna mais fácil o processo do envelhecimento. O local também precisa estimular a independência das idosas na execução das atividades diárias, minimizando desta forma, os aspectos negativos oriundos de residentes com transtornos mentais, proporcionando assim, uma melhor qualidade de vida. Destaca-se que o cotidiano na ILPI é enriquecedor por contribuir no estudo do envelhecimento humano, suas facetas e peculiaridades.

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Descritores: Idoso; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Transtornos mentais; Enfermeiro.

Descriptors: Aged; Homes for the Aged; Mental disorders; Nurse.

Descriptores: Anciano; Hogares para Ancianos; Trastornos mentales; Enfermero.

REFERÊNCIAS

1. Born T, Boechat NS. **A qualidade dos cuidados ao idoso Institucionalizado**. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 768-77.
2. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**. São Paulo, v.27, n.1, jun. 2010.
3. APA. American Psychiatric Association. **DSM 5**, 2013 [Internet]. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: fifth edition**. [citado em 03 abr 2017]. Disponível em: www.psychologynet.org/schiz.html.
4. OMS. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. [Internet] 2015 [citado em 03 abr 2017]. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>.
5. Neri AL. **Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em Psicologia e em sociologia**. In: NERI, A. L. (Org.). Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas-SP: Papirus, 2001.

40. IMPLICAÇÕES DA MORTE ENCEFÁLICA E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

IMPLICATIONS OF ENCEPHALIC DEATH AND NURSING CARE IN AN INTENSIVE THERAPY UNIT

IMPLICACIONES DE LA MUERTE CEREBRAL Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ILHA, Lidiane¹; DUCCAS, Vanessa²; NASARIO, Elisa³; MARION, Rosângela⁴.

Resumo

Morte encefálica (ME) é a parada total e irreversível das funções encefálicas de causa conhecida. Objetivo desta revisão foi conhecer a produção científica sobre a atuação do enfermeiro frente ao diagnóstico de ME e suas implicações. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura a base de dados foi LILACS, foram encontrados 22 artigos. A avaliação do potencial doador consiste em afastar qualquer doença que o possível doador. O protocolo de ME é realizado por dois testes clínicos com intervalo de tempo variável conforme a idade do paciente. A entrevista familiar é momento mais delicado do processo. O cuidado do paciente de unidade de terapia intensiva é complexo, quando se associa a esse cuidado o diagnóstico de ME o torna mais difícil o manejo da família. Para conduzir esses momentos estressantes destaca-se a atuação do profissional enfermeiro por estar presente nas 24 horas ao lado dos pacientes dos familiares.

Descritores: Morte Encefálica; Doação De Órgãos; Enfermagem; Cuidados Intensivos.

Abstract

Brain death (BD) is the total and irreversible cessation of encephalic functions of known cause. The objective of this review was to know the scientific production about the nurses' performance in relation to the diagnosis of BD and its implications. It is a narrative review of literature the database was LILACS, 22 articles were found. The assessment of the potential donor is to ward off any disease that the potential donor. The BD protocol is performed by two clinical trials with variable time intervals according to the age of the patient. The family interview is the most delicate moment in the process. The care of the intensive care unit patient is complex, when it is associated with this care the diagnosis of BD makes it more difficult to manage the family. In order to conduct these stressful moments it is important to highlight the professional nurse's role in being present in the 24 hours next to the patients of the relatives.

Keywords: Brain Death; Organ donation; Nursing; Intensive care.

¹Enfermeira, Bacharel, Residente no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (lidi.ilha.enf@gmail.com)

²Enfermeira, Bacharel, 3SGT HGESM.

³ Enfermeira, Bacharel, Residente no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria

⁴Enfermeira, Doutora, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

Resumen

La muerte cerebral (MC) es la detención total e irreversible de las funciones cerebrales causa conocida. Objetivo de esta revisión fue identificar la literatura científica sobre el papel de la enfermera en el diagnóstico de MC y sus implicaciones. Se trata de una revisión narrativa de la base de datos de la literatura LILACS, se encontraron 22 artículos. La evaluación del potencial donante es para descartar cualquier enfermedad que el donante potencial. El protocolo de MC se lleva a cabo por dos ensayos clínicos con intervalo de tiempo variable en función de la edad del paciente. La entrevista familiar es el momento más delicado del proceso. La atención de los pacientes de cuidados intensivos es compleja, cuando se combina este diagnóstico cuidado de mí hace que sea más difícil de gestión familiar. Para llevar a cabo estos tiempos de estrés no son las acciones profesionales de enfermería que estén presentes en las 24 horas junto a las familias de los pacientes.

Palabras clave: muerte cerebral; La donación de órganos; enfermería; Cuidados Intensivos.

INTRODUÇÃO

A definição de morte encefálica é a parada total e irreversível das funções encefálicas de causa conhecida e constatada de modo indiscutível, caracterizada por coma aperceptivo, com ausência de resposta motora supraespinal e apneia, mas que mantém, artificialmente por um pequeno e determinado tempo à função cardiorrespiratória¹. Somente 1 a 4% das pessoas que morrem no hospital e entre 10 e 15% daquelas que morrem em Unidades de Terapia Intensiva apresentam o quadro de morte encefálica, sendo considerados potenciais doadores de órgão².

No ano de 1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou as normas para o diagnóstico de morte encefálica no Brasil¹. Os critérios clínicos devem ser registrados no termo de declaração de morte encefálica por dois médicos, obrigatoriamente um deles deve ser neurologista, em intervalo que varia conforme a faixa etária de cada paciente. É necessária a realização de exame complementar que demonstre ausência de atividade elétrica cerebral ou de perfusão sanguínea cerebral. Essas normatizações permitiram a doação de órgãos e a exigência de cuidados intensivos para manter o paciente como potencial doador. **Após se ter o diagnóstico através do protocolo de morte encefálica ele é definitivo¹.**

O cuidado do paciente em morte encefálica, na grande maioria das vezes, ainda está atrelado ao modelo centrado no médico, que o vê como um cadáver, sem a perspectiva de vida, que consequentemente não necessita de cuidados específicos e intensivos. No entanto, com o aprimoramento das tecnologias na área de transplantes de órgãos e tecidos, percebeu-se que o paciente nesta condição começou a ser mais bem cuidado frente à possibilidade de doação de órgãos e tecidos, que permitiu que outras pessoas pudessem recomeçar suas vidas com mais qualidade, visto que um doador de órgãos pode estar ajudando até dez pessoas quando sua família autoriza a doação de seus órgãos³. Para os profissionais envolvidos no processo de diagnóstico de morte encefálica vincular exclusivamente a constatação na para fins de doação é banalizar o respeito à dignidade do paciente falecido e seus familiares². O CFM trás o protocolo da morte

encefálica com fins de diagnóstico, o processo da doação de órgãos é apenas uma das direções que esse diagnóstico permite tomar, a outra direção é a suspensão terapêutica, respaldado pela Resolução de nº 1826/07 do CFM¹.

As causas da morte encefálica são acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, trauma crânio encefálico hipóxia e tumores cerebrais. Essas morbidades acometem especificamente o tronco encefálico, o qual está localizado o centro de manutenção a vida, uma vez lesionado tal região é irreversível sua reabilitação tornando as condições do indivíduo incompatível com a vida².

O interesse e justificativa por essa temática se relaciona a trajetória das autoras por unidade de terapia intensiva, onde foram oportunizados momentos em que surgiram inquietações e a possibilidade de realizar leituras e discussões sobre a temática associado à vivência do binômio morte encefálica/doação de órgãos e desvelar a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica junto as suas implicações, que são elas, o diagnóstico da morte encefálica, manutenção do potencial doador, comunicado a família através da entrevista familiar, e atuação do enfermeiro em todo processo.

Sob essa perspectiva, o objetivo desta revisão foi conhecer a produção científica sobre a atuação e percepção do enfermeiro frente ao diagnóstico de morte encefálica e suas implicações.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura que visa descrever os estudos publicados em bases de dados nacionais, sobre a temática de morte encefálica. Revisão narrativa é considerada a revisão exploratória, onde não há a definição de critérios explícitos e a seleção dos artigos é feita de forma arbitrária, não seguindo uma sistemática, na qual o autor pode incluir documentos de acordo como seu viés, sendo assim, não há preocupação em esgotar as fontes de informação⁴.

O levantamento dos estudos ocorreu nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) entre fevereiro e março de 2017. Foram utilizados os descritores “morte encefálica”, “doação de órgãos”, “enfermagem”, “cuidados intensivos” alternando os mesmos com indicadores booleanos *AND* ou *OR* durante as buscas. Realizou-se o recorte temporal de 1997 a 2016, com o marco temporal da publicação da Resolução CFM nº 1480, a qual dispõe sobre a caracterização de morte encefálica os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde.¹

Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos provenientes de pesquisa na temática de morte encefálica; idioma português, artigos com resumo completo, disponível *online* na íntegra gratuitamente. Foram excluídas, monografias, teses e dissertações e artigos que não estivessem disponíveis na íntegra e estudos que não abordassem a temática proposta.

A análise foi feita pelos pressupostos da análise temática o que consiste em desvelar o sentido que compõem uma comunicação cuja frequência das unidades define o caráter do estudo. O estudo seguiu três etapas de análise temática: a Pré- Análise, que consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa através da leitura flutuante. A constituição do Corpus através da leitura exaustiva seguida da organização do material para análise que respondam adequadamente aos objetivos do trabalho. A segunda etapa compreende a exploração do material, classificando em categorias visando alcançar o núcleo de compreensão. Terceira etapa é o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação inter-relacionando as dimensões teóricas das leituras dos materiais⁵.

A análise de conteúdo foi realizada por meio da construção de categorias temáticas referentes ao objetivo. A categorização dos dados é realizada para melhor classificação dos elementos constituídos em um conjunto, seguidamente por critérios previamente definidos⁵.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 22 artigos na base de dados do LILACS. Destes, 15 artigos não responderam à pergunta de pesquisa e não correspondiam aos critérios de inclusão da pesquisa. Foram incluídos 07 estudos os quais integraram a presente revisão narrativa.

Os resultados são apresentados de acordo com abordagem qualitativa e as discussões com os principais aspectos encontrados nos artigos acima selecionados.

Morte Encefálica- Diagnóstica através do protocolo de Morte Encefálica

Após se constatar a causa do coma, através de exames de imagens, por exemplo uma tomografia de crânio, pode se estabelecer os critérios para se pensar em morte encefálica, abre-se o protocolo de morte encefálica, onde se realizam dois testes clínicos com intervalo de tempo variável conforme a idade do paciente, sendo que o mínimo é de seis horas, nesse intervalo é exigido um exame complementar de imagem que comprove de maneira evidente que não há atividade elétrica cerebral, metabólica ou de perfusão sanguínea cerebral. Os testes clínicos são realizados por dois médicos um de qualquer formação e o segundo obrigatoriamente por um médico neurologista ou neurocirurgião⁶.

A ordem em que os profissionais médicos irão realizar os testes não influencia no resultado, mas as equipes optam pelo primeiro teste que seja realizado pelo profissional neurologista, pois este em grande parte se torna um entrave na questão do tempo do protocolo. Os testes vão avaliar os reflexos do troco encefálico, local onde estão situados os centros de comando e manutenção a vida⁶.

Abertura do protocolo de morte encefálica pode ser comunicado a família, não necessita da autorização dos familiares para que ele possa ser realizado, pois trata apenas de exames para definir um diagnóstico⁶. Após realizar o primeiro teste e este der positivo para morte encefálica, pode-se também já comunicar a essa família que o primeiro teste deu positivo, mas que ainda será realizado por critérios de protocolo uma repetição e complementação de diagnóstico após um intervalo variável com a idade do paciente². A importância de trazer a família sempre informada pode ajudar nas etapas seguintes do processo, fazendo que a família esteja participando de todo o manejo que está acontecendo com seu familiar. Após a realização do primeiro teste com resultado positivo para morte encefálica sua notificação é compulsória às Centrais de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos (CNDOS). Para isso, o coordenador da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) ou o médico deve telefonar para a Central do seu Estado informando o nome, idade, causa da morte e hospital onde o paciente se encontra internado².

Essa notificação é compulsória, independente do desejo da família de doação ou da condição clínica do potencial doador de converte-se em doador efetivo. O óbito deve ser constatado no momento do diagnóstico de morte encefálica, com registro da data e horário do mesmo. Pacientes, vítimas de morte violenta são obrigatoriamente autopsiados, se este for doador primeiro se realiza a retirada dos órgãos².

Validação do Potencial doador- Identificação

A avaliação do potencial doador consiste em afastar qualquer doença que o possível doador possa ter comprometendo ainda mais a saúde do receptor de seus órgãos, as patologias investigadas são neoplasias e infecções que possa ser transmitida. Essa avaliação é realizada através de uma sequência de exames laboratoriais assim como uma detalhada análise da história clínica, exame físico completo e exame de imagem².

A viabilidade de cada órgão para doação é analisada, recebendo a classificação de ideal ou limítrofe para remoção e transplante. Existem as contraindicações absolutas para a doação, de acordo com o regulamento técnico dos transplantes do Brasil, sendo elas sepse de foco desconhecido, sorologia (+) para HIV, sorologia (+) para HTLV I e II, neoplasia, com algumas exceções: carcinoma basocelular da pele, carcinoma *in situ* do colo uterino, alguns tumores primitivos do sistema nervoso central, tuberculose em atividade, infecções virais e fúngicas graves, exceto hepatite B e C. No Brasil a legislação permite que doadores portadores do vírus da hepatite B e C podem ser implantados em receptores portadores ou imunizados para o mesmo tipo de hepatite, e com o consentimento expresso dos receptores².

Nos Estados Unidos da América (EUA), já estão realizando transplantes entre doador e receptor portadores do vírus HIV, com a condição do doador estar com a carga viral inferior ao do receptor².

Entrevista familiar- consentimento familiar

A entrevista familiar é momento mais delicado do processo. Os profissionais envolvidos com a logística da doação-transplante giram a lista de espera no estado do potencial doador concomitante a isso se realiza a entrevista familiar, na qual se oferece aos familiares a oportunidade do paciente em morte encefálica estar ajudando outras pessoas com o gesto da doação dos seus órgãos².

Neste momento do processo entra uma pessoa capacitada, para poder conversar com a família, capaz de suprir qualquer dúvida sobre o diagnóstico e exames, colocando-se a disposição da família. Este profissional após ter certeza que a família entendeu que seu familiar está morto, ele faz a oferta a essa família da possibilidade da doação².

Hoje no Brasil, conforme a legislação a autorização para retirada dos órgãos é de forma consentida é aquela em que é obrigatória a autorização dos familiares para a retirada de órgãos para transplante. Anterior a esse período em 1997 juntamente a Lei nº 9.434 existiu a doação presumida, a pessoa que não era doadora de seus órgãos, necessitava registrar a expressão “Não Doador de Órgãos e Tecidos” no documento de identificação ou na Carteira Nacional de Habilitação².

Assim, todo brasileiro que não registrasse sua vontade, em vida, era presumidamente um potencial, doador. Mas esse modelo não deu certo, devido ao não esclarecimento do tema, as pessoas eram abordadas de uma forma direta, sem qualquer explicação. Nesse modelo de autorização presumida foi copiada da Espanha, onde lá se presume que todos são doadores².

A doação de órgãos e tecidos é um gesto voluntário, de extrema solidariedade, onde as famílias colocam o outro em primeiro lugar em um momento de dor e perda para elas, não pode existir nenhuma forma de pagamento, recompensa ou barganha para que a mesma ocorra².

Quem pode autorizar a doação conforme a Lei nº 9.434 e Lei nº 10.211/2001 Art 4º dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte⁷.

O consentimento para retirada dos órgãos no Brasil hoje funciona de forma consentida pelos familiares do doador, mesmo que o doador tenha se manifestado em vida, a sua vontade ser doador o familiar necessita autorizar por escrito a remoção dos órgãos do seu familiar².

Para o profissional entrevistador, este necessitará além dos conhecimentos sobre o processo de doação de transplante, habilidades interpessoais que possibilitem a abordagem com a família, fazendo com que esta família sintam-se acolhida e compreendida no momento da perda de seu familiar, viabilizando a compreensão do processo de doação e o aceite familiar⁶.

Para retirada de vários órgãos são necessários profissionais de distintas áreas integradas para que tudo ocorra de forma adequada, fazem parte da equipe diretamente os profissionais da Unidade de Terapia Intensiva, bloco cirúrgico, laboratório, nutrição e serviços de imagem que pode durar em torno de doze a setenta e duas horas, o processo é longo e sequencial iniciando pelo profissional capacitado².

O papel da Central de Transplante dentro de todo o processo é por lei definida como organizador da logística, preenchimento do formulário de notificação, solicita os exames e documentos. Quando no hospital que está sendo realizado o processo de diagnóstico de morte encefálica não possui recursos para realização do exame complementar e a disponibilidade do profissional neurologista a central de Transplante contrata o profissional junto com o equipamento para o exame complementar e o encaminha para o hospital onde está ocorrendo o processo de diagnóstico de morte encefálica².

Hoje no Rio Grande do Sul existem duas equipes de remoção de transplantes que estão à disposição vinte e quatro horas das Organizações de Procura de Órgãos (OPOs) as quais são reguladas pelas centrais de transplantes².

Enfermagem frente ao processo de doação de órgãos

Após o diagnóstico de morte encefálica e na detecção desse potencial doador já se deve pensar que a família possa manifestar a favor a doação, sendo assim objetiva-se otimizar a perfusão tecidual, assegurando a viabilidade dos órgãos. A morte encefálica provoca um evento em cascata de alterações fisiopatológicas chegando à parada cardíaca em questão de poucas horas².

O potencial doador de órgãos recebe todos os cuidados de um paciente de uma unidade de terapia intensiva, a sua manutenção vai afetar diretamente a vida dos receptores e a viabilidade dos seus órgãos. Os seguintes parâmetros devem ser verificados em um potencial doador: frequência cardíaca por monitorização eletrocardiográfica contínua, temperatura corporal central, pressão arterial por cateter arterial, pressão venosa central, saturação de oxigênio arterial através do exame de gasometria e débito urinário².

Os potenciais doadores candidatos à doação cardíaca devem realizar ecocardiografia para se verificar se existe algum tipo de anomalia estrutural, mas esse não é um exame que vai excluir ou não a remoção do órgão, a qualidade do enxerto é fundamental para o sucesso do transplante

cardíaco, deve estar isento de doenças infecciosas e tumorais sendo capaz de manter as condições hemodinâmicas após o transplante².

Uma vez estabilizado, o paciente potencial doador este deve ser mantido monitorado até efetivação ou não da doação. O manejo do possível doador antes do consentimento familiar tem como princípio terapêutico o tratamento da doença de base².

Após se constatar a morte encefálica através dos critérios da resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.480/97, os pacientes que não se tornarem doadores de órgãos, pelos motivos do não consentimento familiar ou possuir as contraindicações absolutas para doação, os médicos, dentro dos aspectos legais, podem suspender a terapêutica de suporte e manutenção artificial da vida, ventilação mecânica, drogas vasoativas⁶.

O cuidado do paciente em morte encefálica é complexo, o mesmo demanda de uma equipe multiprofissional, que vão atuar dentro da unidade de terapia intensiva, mas destaca-se a atuação do profissional enfermeiro por estar presente nas vinte e quatro horas ao lado dos pacientes e dos familiares⁸.

O enfermeiro torna-se referência para a família, pois é este profissional que na sua essência oferece o acolhimento e o suporte emocional. Conduz as informações suficientes para que possam compreender o que esta acontecendo com seu familiar⁶, entretanto chama-se atenção para a necessidade da capacitação desse profissional para que ele possa sanar dúvidas sobre o diagnóstico de morte encefálica e suas implicações, conduzindo os familiares para um desfecho positivo para doação⁶.

A dimensão do cuidado do enfermeiro vai além do apoio aos familiares, são de competência técnica a manutenção, monitorização e a viabilidade dos órgãos para o transplante, evitando principalmente a parada cardíaca do potencial doador assim como todas as instabilidades previsíveis para esse paciente em morte encefálica, que são as hemodinâmicas, metabólicas e as hormonais⁶, as fisiopatologias mais frequentes no potencial doador são as arritmias cardíacas, hipotensão, edema pulmonar e acidose metabólica².

O profissional enfermeiro possui habilidades para perceber o potencial doador, para mantê-lo e com a devida capacitação o enfermeiro poderá coordenar comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A retirada consentida de órgãos e tecidos, para fins terapêuticos, em vida ou não, se configuram como o processo de doação e transplante. No que se refere à retirada de órgãos e tecidos após a morte, o processo deverá ser precedido do diagnóstico de morte encefálica. A partir do

diagnóstico de morte encefálica, se começa a investigação sobre a potencialidade do paciente como possível doador. Durante esse processo, é necessária a continuidade da manutenção adequada do potencial doador, preferencialmente em unidade de cuidados intensivos. Nesse sentido, a enfermagem se insere diretamente na assistência frente à complexidade do paciente em morte encefálica e potencial doador, atuando em todo o desenvolvimento do processo da doação de órgãos.

Diante do tema que envolve o processo doença e cura do ser humano, a atividade educativa é uma oportunidade de troca de experiências das pessoas entre si e com os profissionais de saúde, possibilitando-lhes o acesso a informações e a trocas de vivências pessoais, tão comumente carregadas de conflitos e dificuldades que interferem na escolha de doar ou não os órgãos.

Frente a essa realidade, o profissional de saúde deve atuar com excelência e modificar a realidade existente implica, também, desenvolver programas planejados e avaliados dentro de um processo educativo contínuo, respaldado por referenciais teóricos e modelos cientificamente reconhecidos.

O cuidado do paciente de unidade de terapia intensiva é complexo, quando se associa a esse cuidado o diagnóstico de morte encefálica torna muito mais difícil o manejo da família e até mesmo da equipe que atuam na demanda, para conduzir esses momentos estressantes destaca-se a atuação do profissional enfermeiro por estar presente nas vinte e quatro horas ao lado dos pacientes dos familiares e frente a sua equipe.

EIXO TEMÁTICO: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1480, de 8 de agosto de 1997. Dispõe sobre a caracterização de morte encefálica. Brasília, CFM 1997
2. Dell Agnolo CM, Belentani LM, Zurita RCM, Coimbra JAH, Marcon SS. A experiência da família frente à abordagem para doação de órgãos na morte encefálica. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):375-82.
3. Pazin, F A. Morte: Considerações para a prática médica. Medicina SP, 2005.
4. Cordeiro, A M et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. Rev Col. Bras Cir v.34, n.6, p. 428-431, 2007.
5. Minayo, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde- 13ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
6. Costa R.C, Costa L.P, Aguiar N. A Enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. REV Bioética 2016; 24 (2): 368-73

7. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 9.434, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamento e dá outras providências. 2009
8. Cavalcante Lp, Ramos IC, Araújo MA, Alves MD, Braga VA. Cuidados de Enfermagem ao paciente em Morte Encefálica e Potencial Doador de Órgãos. Acta Paul Enferm. 2014; 27(6) 567-72



41. IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES: REFLEXÕES DE UMA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

IMPORTANCE OF PERMANENT EDUCATION IN THE CONTROL OF HOSPITAL INFECTIONS: REFLECTIONS OF A NURSING ACADEMIC

EDUCACIÓN PERMANENTE DE IMPORTANCIA EN EL HOSPITAL DE CONTROL DE INFECCIÓN: REFLEXIONES DE UN ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA

WICKERT, Daiana Cristina¹; SCHIMITH, Maria Denise²; PINNO, Camila³; SILVA, Laís Mara Caetano da⁴; OLIVEIRA, Gabriela⁵; ROSSO, Laís Fuzer⁶

Resumo

Introdução: a educação permanente é importante nos cenários de atenção à saúde, para qualificar os profissionais a prestar um cuidado integral. **Objetivo:** refletir sobre a importância da educação permanente para prevenção de infecções por contato e utilização das medidas de precaução. **Metodologia:** trata-se de uma reflexão acerca da temática experienciada em vivência realizada em unidade de internação hospitalar. **Resultados e discussão:** a educação permanente é a principal medida para redução de infecções por contato e estímulo à utilização das medidas de precaução. Percebe-se a necessidade de orientação dos acompanhantes. Pessoas vindas com infecção prévia de diferentes unidades de internação e, o descuido dos profissionais da saúde podem favorecer o aumento da incidência, reforçando a educação permanente em saúde, que deveria focar as medidas de precaução padrão. **Considerações finais:** há necessidade de conscientização de todos os profissionais, não havendo culpabilização, mas sim, a educação permanente de toda a equipe de saúde.

Descritores: Capacitação; Controle de Infecções; Educação.

Abstract

Introduction: permanent education is important in health care settings, to qualify professionals to provide comprehensive care. **Objective:** to reflect on the importance of lifelong education for the prevention of contact infections and the use of precautionary measures. **Methodology:** this is a reflection about the thematic experience experienced in an inpatient unit. **Results and discussion:** permanent education is the main measure to reduce contact infections and stimulate the use of precautionary measures. It is noticed the need for guidance of the companions. People with previous infection from different hospitalization units, and the carelessness of health professionals may favor increased incidence, reinforcing permanent health education that should focus on standard precautionary measures. **Final considerations:** there is a need for awareness of all professionals, not having blame, but the permanent education of all health staff.

Descriptors: Training; Infection Control; Education

Resumen

Introducción: la educación continua es importante en los entornos de atención de salud, capacitar a profesionales para ofrecer una atención integral. **Objetivo:** reflexionar sobre la importancia de la formación continua para la prevención de la infección por el contacto y el uso de medidas de precaución. **Metodología:**

se trata de una reflexión sobre la experiencia temática con experiencia en llevó a cabo en la sala del hospital. **Resultados y discusión:** el aprendizaje permanente es la principal medida para reducir las infecciones por contacto y estimular el uso de medidas de precaución. Vemos la necesidad de orientación de compañeros. Las personas que vienen con la infección previa de diferentes unidades de hospitalización y la negligencia de los profesionales sanitarios pueden favorecer el aumento de la incidencia, reforzando la educación sanitaria permanente, que debería centrarse en las medidas de precaución estándar. **Consideraciones finales:** Existe la necesidad de conocimiento de todos los profesionales, sin culpa, sino más bien la formación continua de todo el personal de salud.

Descriptor: Formación; Control de la infección; Educación.

Introdução

A educação permanente é uma prática importante em todos os cenários de atenção à saúde, com o intuito de qualificar os profissionais, a fim de prestar um cuidado integral. Na perspectiva da educação na área da enfermagem, percebe-se que a qualidade do cuidado prestado está implicado com a capacidade de pensamento crítico e reflexivo. Fornecer subsídios para que esse conhecimento ocorra, é uma das fundamentações da educação permanente, visto que é necessária a busca constante por novos saberes. Ou seja, a educação faz parte do processo de trabalho em enfermagem, propiciando um cuidado seguro, pautado em evidências científicas e humanizado¹.

Entende-se que a necessidade de estudar e aprimorar conhecimentos é algo constante e primordial para os profissionais da saúde. Em todos os âmbitos, mostra-se a importância da realização de educação na saúde.

Um estudo² de 2014, aponta a necessidade que se faça algo além da graduação, visto que as tecnologias e exigências profissionais estão cada vez maiores. É necessário garantir a integralidade do cuidado, dos trabalhadores e dos usuários dos serviços.

Nesse cenário, ressalta-se a grande problemática das infecções hospitalares, que é uma das infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS). O desconhecimento de medidas preventivas e de higiene foi responsável por inúmeras mortes, porém, com os avanços tecnológicos e descobertas de medidas preventivas, houve significativa melhora. No entanto, as IRAS, ainda são um grave problema de saúde pública³.

Segundo Brasil⁴ (1998, [s.p]), pela portaria nº 2616 de 1998, infecção hospitalar “é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares”.

Estudo³ traz que os fatores de risco para infecções hospitalares podem ser exógenos e endógenos. Alguns dos fatores endógenos são a presença de condições crônicas, uso de antimicrobianos e imunossupressores, tempo de internação no hospital. Dentre os fatores exógenos, estão o uso de materiais e equipamentos infectados e a higienização das mãos inadequada ou ausente, que são formas de contato com aquele que está sob cuidado. Uma das vias de transmissão das IRAS é o contato, que é um fator exógeno, e está relacionado diretamente à prestação do cuidado pelos profissionais de saúde ou também pelos acompanhantes.

No Brasil os dados sobre as IRAS ainda são poucos, porém, sabe-se que os mesmos estão relacionados a inúmeras causas de mortalidade e morbidade, prolongando o tempo de internação e a recuperação da pessoa. Estudos apontam que, no Brasil, a probabilidade de uma pessoa internada

ter uma infecção é de cerca de 15%, evidenciando a importância da realização de educação na saúde com os profissionais, a fim de prevenir tais complicações³.

O presente trabalho tem como objetivo refletir sobre a importância da educação permanente para prevenção de infecções por contato e utilização das medidas de precaução.

Metodologia

O presente trabalho discorre sobre uma reflexão acerca da temática a partir de uma experiência oriunda de uma vivência realizada em uma unidade de internação hospitalar, totalizando 120 horas, oportunizada pelo Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFCEN), do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). O PROFCEN propicia experiências e aprendizados, permitindo assim, aprimorar conhecimentos e formar profissionais enfermeiros mais capacitados.

Primeiramente, foi feito contato entre a acadêmica, a coordenação do curso e a equipe da unidade de internação hospitalar, havendo a supervisão de uma enfermeira. A escolha do local foi feita devido a diversidade de pessoas atendidas, realidade que proporcionaria inúmeras oportunidades de aprendizado.

Resultados e discussão

A unidade de internação hospitalar na qual foi realizada a vivência, possuía uma equipe de enfermagem composta por 17 profissionais Enfermeiros, 47 profissionais técnicos ou auxiliares de enfermagem, e atualmente um profissional residente em Enfermagem.

Durante o período da vivência, identificou-se inúmeras pessoas internadas colonizadas por alguma bactéria, que estavam em isolamento de contato. De acordo com o relatos dos profissionais da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da penúltima semana de janeiro de 2017, cerca de 60% da unidade encontrava-se com alguma bactéria, ou seja, cerca de 31 leitos estavam em precaução de contato.

Algumas informações relatadas pela equipe de Enfermagem, é de que a grande maioria das pessoas internadas que se encontram em isolamento, vieram de outras unidades de internação já infectados por alguma bactéria. Entende-se com isso que a unidade de internação hospitalar em questão, está recebendo também pessoas com condições crônicas, que deveriam ir para outro andar, mas que muitas vezes por falta de leitos, acabam sendo remanejadas.

Destaca-se que, por vezes, as atividades de educação em saúde não conseguem ser realizadas, pois as pessoas em condições crônicas e em estado crítico que estão no andar, demandam maior atenção e dificultam a realização de tais atividades que são característica essencial nos cuidados prestados pela unidade de internação em questão.

Observou-se durante a vivência e foi relatado pela equipe, que os profissionais da CCIH são acessíveis, esclarecendo dúvidas sempre que solicitado, e promovendo capacitações seguidamente. A CCIH tem formação multidisciplinar, e desempenha dentro das instituições hospitalares a função de educação quanto às infecções, realizado treinamentos, divulgando informações e promovendo debates⁵.

Referente às medidas de precaução, como uso de aventais, luvas e lavagem das mãos, observou-se que a maioria da equipe de enfermagem realiza tais práticas corretamente. Porém, inúmeras vezes, presenciou-se situações onde, profissionais realizando visitas a pessoas em isolamento de contato, tocando com pranchetas e cadernos nos leitos, na pessoa que está sob cuidados e, em seguida, não realizando a higiene das mãos, seguindo suas visitas com as mesmas atitudes aos demais leitos, favorecendo uma transmissão cruzada. Com isso, percebeu-se a necessidade de reforçar as capacitações com todos os profissionais, e não apenas com a equipe de enfermagem.

Uma das medidas de precaução, é a higienização correta das mãos. Publicações acerca desta temática datam de 1975, pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), que primavam pela lavagem antes de procedimentos invasivos ou nos cuidados à pacientes de alto risco⁶. Já naquela época entendia-se a importância da lavagem das mãos. Várias pesquisas epidemiológicas mostram que as mãos dos profissionais de saúde são a principal forma de transmissão de bactérias, sendo assim, realizar a lavagem adequada das mãos, para cada situação, auxilia na prevenção das IRAS⁶.

A higienização das mãos deve acontecer, antes e após o contato com o paciente, mesmo com a utilização de luvas, e sempre que estiverem sujas, devendo esta prática ser realizada por todas as pessoas que tiverem contato com o paciente. Estudos trazem que a higienização das mãos é a prática mais efetiva na redução das IRAS, pois impede a transmissão cruzada de microrganismos⁷.

Uma situação ocorrida durante o período da vivência, foi em relação aos cuidados necessários na orientação do acompanhante, pois a acompanhante de um paciente em isolamento de contato, possuía uma chaleira elétrica e emprestava a mesma para outras acompanhantes das enfermarias. Quando abordada sobre tal prática, a mesma relatou não saber que tal atitude poderia propagar a bactéria.

Ressalta-se que outra recomendação é referente a orientação dos acompanhantes, que deverão ser instruídos constantemente, quando a locomoção restrita, uso de avental e luvas, lavagem das mãos e cuidados com os objetos da pessoa internada. Ou seja, uma educação em saúde adequada nos cuidados às pessoas em isolamento de contato, pode prevenir mais IRAS, o que necessita de conhecimento dos profissionais e de bons exemplos⁸.

Referente ao uso do avental, observou-se que a equipe de enfermagem possui tal hábito, sendo que o recomendado é usá-lo antes da realização de qualquer contato direto com o paciente em isolamento, sendo que o avental pode ser utilizado mais de uma vez, desde que não esteja úmido ou com secreções⁶. O que se observa-se, que pela falta de aventais limpos na unidade de internação hospitalar em questão, devido à grande demanda pelo elevado número de pacientes em isolamento, havia a necessidade de utilizar o mesmo avental, apesar de muitas vezes se encontrar molhado.

Percebeu-se que o uso de luvas nem sempre era realizado, ou muitas vezes, quando alguns profissionais usavam, deixavam de realizar a higienização das mãos. As luvas devem ser trocadas após cada contato com o paciente, e ainda, cabe ressaltar que o uso de luvas não substitui a higienização das mãos, sendo necessário antes e após o uso das luvas⁶.

Considerações finais

Conclui-se que há necessidade de conscientização de todos os profissionais em relação às ações de controle de infecção hospitalar, não havendo culpabilização dos mesmos, mas sim, a prática de educação permanente.

Muitas vezes existe a ideia de que a os únicos responsáveis pela fiscalização e orientações acerca das medidas de prevenção para infecções são os membros da CCIH, entretanto quem está na assistência direta, percebe situações que podem ser corrigidas apenas com uma abordagem simples e adequada.

Ainda, considera-se que estudos como esse, que promovam reflexão frente a observações práticas da assistência em saúde, seja em aulas práticas, atividades complementares ou como usuários do serviço, são importantes para promover e incentivar o pensamento crítico-reflexivo, visando a formação de profissionais cada vez mais empoderados, críticos e questionadores em seus atendimentos e cuidados.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Puggina CC, Amestoy SC, Fernandes HN, Carvalho LA, Baó AP, Alves FO. Educação permanente em saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros. Rev Espaço para a saúde. 2015; 16(4):87-97.
2. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Rev Ciência e Saúde Coletiva. 2014; 19(3):847-852.
3. Carvalho VM, Moura MEB, Batista OMA, Cruz MP, Sousa MAS, Andrade DFR. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre fatores de risco relacionados à infecção de sítio cirúrgico. Rev Interd. 2015; 8(3):1-11.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país. Portaria n.2616, 13 maio 1998. Sistema de Legislação da Saúde. 1998: não paginado.
5. Conceição SC, Pereira GL, Montenegro HRA. Implementação de um banco de dados para a CCIH de um hospital: relato de experiência. Rev. pesqui. cuid. fundam. 2014; 6(1):408-413.
6. Brasil, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente: higienização das mãos. Brasília (DF): 2007, 1-98.
7. Souza LM, Ramos MF, Becker ESS, Meirelles LCS, Monteiro SAO. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. Rev Gaúcha Enferm. 2015; 36(4):21-8.
8. Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário Prof. Dr. Polydoro Ernani de São Thiago, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Guia básico de precauções, isolamento e medidas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. Florianópolis: 2012/13. [acesso em 09 abril 2017]. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/setores/ccih/wp-content/uploads/sites/16/2014/11/manual_isolamento_2012-13.pdf.

42. INCIDÊNCIA DE FLEBITE RELACIONADA AO USO DE CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO

INCIDENCE OF FLEBITE RELATED TO THE USE OF PERIPHERAL INTRAVENOUS CATETER

FLEBITIS RELACIONADOS CON EL USO DE PERIFÉRICOS CATÉTER INTRAVENOSO

URBANETTO, Janete de Souza ¹; VITT, Jéssica de Borba Sparremberger².

Introdução: As recomendações para o cuidado com cateteres intravenosos periféricos (CIP), conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), incluem a higiene das mãos, a seleção do cateter e sítio de inserção, o preparo da pele, estabilização e cobertura do CIP, *flushing* e manutenção do cateter, cuidados com sítio de inserção e remoção do cateter. A avaliação do sítio de inserção e necessidade de permanência do CIP deve ser diária e o mesmo não deve ser removido em período inferior a 96h. ^{1,2} A decisão de estender a frequência da troca para prazos superiores ou quando clinicamente indicado dependerá da adesão da instituição aos cuidados recomendados para boas práticas. ¹ Dentre as complicações da terapia intravenosa estão a infiltração, extravasamento, hematoma e a flebite. A flebite é definida como a inflamação de uma veia, podendo ser acompanhada de dor, eritema, edema, endurecimento, cordão fibroso palpável menor ou maior que 2,5cm e drenagem purulenta. Pode ser classificada em quatro graus: grau 0, sem sintomas; grau 1, presença de eritema, com ou sem dor local; grau 2, presença de dor, com eritema e ou edema; grau 3, presença de dor, com eritema e ou edema, com endurecimento e cordão fibroso palpável; grau 3, presença de dor, com eritema e ou edema, com endurecimento e formação de cordão fibroso palpável; grau 4, presença de dor, com eritema e ou edema, com endurecimento e cordão fibroso palpável maior que 2,5 cm de comprimento e drenagem purulenta. Quanto a etiologia, a flebite pode ser classificada em três tipos: química, mecânica e bacteriana. Existe ainda um outro tipo citado, mas ainda pouco conhecido, a flebite pós infusão. ³ Em estudo anterior, a incidência de flebite pós infusão foi de 1,38% em comparação a 1,25% de flebite encontrada durante o uso do CIP. ⁴

Objetivos: Identificar a incidência de flebites durante o uso do cateter intravenoso periférico.

Método: trata-se de um estudo de coorte, aninhado a um projeto de pesquisa com delineamento de ensaio clínico, intitulado “Avaliação da relação da ocorrência de flebite com a retirada rotineira ou por indicação clínica do cateter intravenoso periférico”, em fase de coleta de dados, numa unidade de internação de um hospital universitário de Porto Alegre/RS. Os pacientes que atendem os critérios de inclusão (ter 18 anos ou mais e ter a primeira ou segunda punção venosa periférica realizada na unidade de internação onde está sendo realizada a pesquisa) são convidados a participar. A coleta ocorreu durante o uso do CIP e 96 horas após a retirada do mesmo são realizadas duas avaliações diárias por pesquisadores distintos, por meio de inspeção e palpação do sítio de inserção buscando identificar a presença de sinais e sintomas de flebite. O registro de cada avaliação é realizado no instrumento de coleta de dados de cada participante, que contempla dados demográficos e informações do cateter intravenoso periférico. Os dados foram armazenados em planilhas do programa Excel, através de dupla digitação e após foi realizada análise e correção de incongruências. A análise dos dados foi realizada por meio do software PASW *Statistic*. A variável flebite foi avaliada como dicotômica (sim e não) e em grau de intensidade (1 a 4), por meio da estatística descritiva (média, mediana e desvio padrão) para as variáveis quantitativas e as frequências e porcentagens para as variáveis categóricas. Projeto de Pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, com protocolo CAAE: 51969115.2.0000.5336 e todos os participantes que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Sempre que identificada flebite grau 1,2,3 ou 4 a enfermeira da unidade foi comunicada.

Resultados: a amostra parcial totalizou 159 participantes, sendo 86 (54,10%) do sexo masculino e 73 (45,90%) do sexo feminino, a média de idade foi de $64,30 \pm 20,53$ anos (mínimo de 18 anos e máximo de 98 anos). Dos profissionais que realizaram as punções, 95 (59,7%) acessos foram realizados pelos técnicos de enfermagem, 63 (39,6%) pelos enfermeiros e 1 (6,00%) pelo médico. Quanto ao tipo de cateter utilizado na punção, 159 (100%) foram dispositivos com mandril, e desses, 103 (64,80%) calibre nº 22 *gauge* (G), 47 (29,6%) calibre nº 24 *gauge* e 09 (5,70%) calibre nº 20 *gauge*. Em relação a região, 45 (28,30%) punções foram no antebraço anterior, 41 (25,8%) no antebraço posterior, 34 (21,40%) no dorso da mão, 25 (15,70%) na fossa cubital, 11 (6,90%) no braço anterior e 3 (1,90%) no braço posterior. Quanto ao motivo de retirada do CIP, 48 (30,19%) foram retirados por conclusão da terapia endovenosa ou alta hospitalar, 41 (25,79%) por flebite, 22 (13,84 %) por rotina da instituição de 72h, 11 (6,92%) por infiltração, 24 (15,09%) por obstrução/oclusão e 13 (8,18%) por outro motivo/ desconhecido. Dos 41 (25,79%) cateteres retirados por flebite, em 19 (46,34%) identificou-se flebite grau 3, 12 (29,27%) grau 2 e 10 (24,39%) grau 1. A média do tempo de permanência do CIP foi de $63,40 \pm 48,80$ horas, sendo o menor tempo 3,20 horas e o maior tempo 305 horas. Durante o uso CIP, 44 (27,7%) participantes desenvolveram flebite (grau 1, 2 ou 3), quando identificada flebite grau 1 a conduta da equipe assistencial é observar o local pois esta pode evoluir ou não e, nos pacientes desta amostra não foi identificada a presença de flebite grau 4 durante o uso do CIP. **Conclusões:** o motivo de retirada do cateter por flebite e a ocorrência durante o uso do cateter é relevante e sugere a investigação das causas. Diversos fatores contribuem para o desenvolvimento de flebite durante o uso do CIP, entretanto, o olhar atento dos profissionais de enfermagem é fundamental para identificação de sinais e sintomas das complicações da terapia intravenosa periférica. A realização da coleta de dados desta pesquisa, na unidade de internação em questão, buscou também auxiliar a equipe de enfermagem na identificação dos incidentes relacionados às complicações da terapia endovenosa e consequentemente, aprimorar a prática do cuidado contribuindo para segurança do paciente. Ao final do estudo pretende-se identificar os fatores associados a este agravo que ocorre em decorrência da terapia intravenosa.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Descritores: Flebite; Cateteres; Segurança do Paciente; Enfermagem.

Referências:

1. BRASIL. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2 ed. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA; 2017. [Access 10/04/2017] Available in: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6b16dab3-6d0c-4399-9d84-141d2e81c809>
2. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. American journal of infection control. 2011;39 (4):S1-S34. [Access 10/04/2017] Available in: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019665531100085X>
3. Society IN. Infusion nursing standards of practice. Journal of infusion nursing: the official publication of the Infusion Nurses Society 2011. S65. [Access 10/04/2017] Available in: <https://engage.ahima.org/HigherLogic/System/DownloadDocumentFile.ashx?DocumentFileKey=2238ee0a-c2df-4d1a-affa-f69f2ce41856>

4. Urbanetto JS, Peixoto CG, May TA. Incidence of phlebitis associated with the use of peripheral IV catheter and following catheter removal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2746. [Access 10/04/2017] Available in: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02746.pdf . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0604.2746>.



43. INFECÇÃO EM CATETERES VENOSOS CENTRAIS: REVISÃO NARRATIVA DE ENSAIOS CLÍNICOS DA ENFERMAGEM

INFECTION IN CENTRAL VENOUS CATHETERS: NARRATIVE REVIEW OF CLINICAL NURSING TESTS

INFECCIÓN EN CATÉTERES VENOSOS CENTRALES: REVISIÓN DESCRIPTIVA DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS DE LA ENFERMERÍA

SILVA, Karla Cristiane Oliveira¹; POHLMAN, Pamela²; PESERICO, Anahlú³; DIAS, Janete⁴; COPELLO, Luciane⁵

Resumo

A assistência à saúde é essencial para a manutenção da vida, entretanto pode provocar agravos à saúde, como infecções decorrentes do uso de cateter venoso central. Objetivou-se identificar os ensaios clínicos do Portal de Enfermagem Baseada em Evidências, sobre infecções relacionadas a cateteres venosos centrais. Esta revisão narrativa buscou produções na Biblioteca Virtual em Saúde, seção *Enfermería Internacional*, por meio dos termos “infecção” e “cateter venoso central”. Os resultados evidenciaram que cateteres venosos centrais têm indicações e contraindicações, vantagens e desvantagens associadas ao uso. Coagulopatias são uma importante contraindicação e o trauma da veia pode distorcer sua anatomia, dificultando a implantação do cateter. Taxas de infecção de corrente sanguínea e mortalidade relacionadas a cateteres venosos centrais são elevadas, por isso, o enfermeiro deve atentar para os respectivos sinais e sintomas. Intervenções de enfermagem buscam monitorar sinais vitais; providenciar hemoculturas, administrar antibioticoterapia e pesquisar outras fontes de infecção.

Descritores: Cateter Venoso Central; Infecção; Prevenção de Infecção; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Baseada Em Evidências.

Abstract

Health care is essential for the maintenance of life, however it can cause health problems, such as infections due to the use of a central venous catheter. This study aimed identifies the clinical trials of the Evidence Based Nursing Portal on infections related to central venous catheters. This narrative review sought productions in the Virtual Health Library, International Nursing section, with terms "infection" and "central venous catheter". The results showed that central venous catheters have indications and contraindications, advantages and disadvantages associated with the use. Coagulopathies are an important contraindication and trauma to the vein can distort the anatomy, making it difficult to implant the catheter. Rates of bloodstream infection and mortality related to central venous catheters are high, so the nurse must pay attention to the respective signs and symptoms. Nursing interventions seek to monitor vital signs; provide blood cultures, administer antibiotic therapy and investigate other sources of infection.

Descriptors: Central Venous Catheter; Infection; Infection Prevention; Nursing Care; Evidence-Based Nursing.

Resumen

El cuidado de la salud es esencial para el mantenimiento de la vida, pero puede causar problemas de salud como infecciones resultantes del catéter venoso central. El objetivo era identificar los ensayos clínicos de enfermería basada en la evidencia sobre las infecciones relacionadas con catéteres venosos centrales. Esta revisión narrativa buscó producciones en la Biblioteca Virtual en Salud, sección Internacional Enfermería buscado, por los términos "infección" y "catéter venoso central". Los resultados mostraron que los catéteres venosos centrales tienen indicaciones y contraindicaciones, ventajas y desventajas asociadas. Trastornos hemorrágicos son una contraindicación y el trauma de la vena puede distorsionar su anatomía. Las tasas de infección del torrente sanguíneo y mortalidad son altos, por lo que

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Espda em Terapia Intensiva e Enfermagem Perioperatória. Enfermeira assistencial no Centro Cirúrgico/Recuperação Pós-Anestésica do Hospital Universitário de Santa Maria. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional, Universidade Federal de Santa Maria. k.karla@live.com.

² Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva, Emergência e Trauma e Gestão de Pessoas. Enfermeira assistencial na Unidade de Cirurgia e Recuperação Pós-anestésica do Hospital Universitário de Santa Maria.

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Enfermeira assistencial na Unidade de Cirurgia e Recuperação Pós-anestésica do Hospital Universitário de Santa Maria.

⁴ Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Franciscano. Técnica de Enfermagem no Bloco Cirúrgico do Hospital Universitário de Santa Maria.

⁵ Acadêmica de Enfermagem, do Centro Universitário Franciscano. Técnica de Enfermagem na Recuperação Pós-Anestésica do Hospital Universitário de Santa Maria.

la enfermera debe prestar atención a sus síntomas y signos. Intervenciones de enfermería tratan de controlar los signos vitales; proporcionar cultivos de sangre, administrar antibióticos y la búsqueda de otras fuentes de infección.

Descriptores: Catéter venoso central; Infección; Prevención de la infección; Los cuidados de enfermería; Enfermería Basada en la Evidencia.

Introdução

A assistência à saúde é essencial para a manutenção da vida, entretanto, há procedimentos e tratamentos que podem provocar agravos à saúde, como as infecções, consideradas complicações importantes e repetitivas nos pacientes em ambiente hospitalar. As infecções da corrente sanguínea têm, como principal causa, o uso do Cateter Venoso Central (CVC), especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs)¹. Onde imperam os procedimentos complexos e invasivos, a ocorrência e prevalência das infecções podem ser significativas, uma vez que o CVC é de uso constante e pode permanecer por longa data. Por este e outros motivos, o paciente encontra-se vulnerável ao risco de colonização do sítio de inserção do cateter, pois a manipulação deste acontece diversas vezes ao dia para a administração de medicamentos, soluções, Nutrição Parenteral Total (NPT) ou hemoterapia.

Nas últimas décadas, os acessos venosos centrais estão, cada vez mais, sendo indicados para salvar e prolongar a vida dos pacientes em tratamento de inúmeras enfermidades². Todavia, podem desencadear inúmeras complicações, como embolia gasosa, perfuração de vasos calibrosos ou de órgãos contíguos ao sítio de punção, pneumotórax, sepse ou trombogênese, dentre outras³. Desse modo, é vital que sejam estudados os para-efeitos da cateterização venosa central e as formas de prevenir complicações, sobretudo em relação às infecções no contexto hospitalar.

Contudo, é escassa a produção científica da Enfermagem acerca deste tema, apesar de se tratar de uma tecnologia importante, de demanda considerável na prática clínica hospitalar⁴. Considera-se este fato preocupante, uma vez que o conhecimento teórico-prático e a conscientização da equipe de enfermagem para o cuidado com o paciente em uso de CVC são essenciais para minimizar a ocorrência de infecções e complicações relacionadas, as quais podem ser fatais. Por conseguinte, buscam-se elementos coadjuvantes e norteadores para as tomadas de decisão na prática clínica da enfermagem e da medicina, em se tratando do tema em questão.

Nesse sentido, no intuito de auxiliar no aprimoramento da prática clínica relacionada ao paciente que utiliza o CVC, propôs-se esta revisão, por meio da reunião e organização de trabalhos divulgados na literatura científica, cujo objetivo visa identificar os resultados dos ensaios clínicos divulgados no Portal de Enfermagem Baseada em Evidências, na Biblioteca Virtual em Saúde, sobre infecções relacionadas a CVCs. Espera-se, assim, oferecer subsídios para a prática clínica da enfermagem ao se discutir os resultados dos estudos como possibilidade de auxiliar nas tomadas de decisão durante os processos de trabalho dos enfermeiros no seu cotidiano, no que se refere à prevenção de infecções relacionadas ao uso do cateter venoso central.

Método

A Prática Baseada em Evidências (PBE) surgiu da necessidade de minimizar a lacuna existente entre os avanços científicos e a prática clínica. Para empregá-la, primeiramente tem-se a delimitação do problema, seguido da busca e avaliação crítica das evidências disponíveis na literatura, com a implantação das evidências na prática clínica e, por fim, a avaliação dos resultados obtidos⁵. Sob esta ótica, foram desenvolvidos diversos métodos de revisão da literatura, cuja finalidade é buscar, avaliar criticamente e sintetizar as evidências disponíveis acerca do tema investigado com vistas a embasar, teoricamente, a prática clínica. Para tanto, existe a revisão narrativa, que, ao contrário das outras, tem caráter investigativo amplo, com o objetivo de desenvolver estudos teóricos ou conceituais acerca de um determinado tema⁶.

A primeira etapa deste estudo consistiu na identificação do tema e na elaboração da questão de pesquisa. Em seguida, foi realizada a busca das produções científicas na literatura, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde, seção *Enfermería Internacional*, empregando-se os termos “infecção”, “cateter venoso central”, com o uso do operador booleano “and”.

No intuito de melhor organizar a busca, os critérios de inclusão foram: ser artigo completo; oriundo de ensaio clínico; divulgado na íntegra; disponível *online*; de acesso gratuito; nos idiomas Português, Inglês ou Espanhol; divulgado entre os Ensaios Clínicos e as Diretrizes e Protocolos do Portal de Enfermagem Baseada em Evidências; constar nas Coleções “Bases de dados especializadas”; apresentar como “Assunto principal” os filtros “Cateterismo Venoso Central” and “Infecções Relacionadas a Cateter”. Foram excluídos: teses, dissertações, monografias, resumos; trabalhos que não atendem à temática proposta; revisões bibliográficas e reflexões teóricas; trabalhos cujo acesso é pago; artigos indisponíveis *online*. Não foi utilizado recorte temporal, uma vez que não foi encontrado nenhum marco específico sobre o assunto que pudesse ser claro o suficiente para tal delimitação. Esta revisão teve início em novembro de 2015, e a busca dos artigos se deu de fevereiro a julho de 2016. As etapas seguintes terminaram em outubro do mesmo ano.

A avaliação dos estudos incluiu a análise crítica dos artigos selecionados e foi utilizada a análise descritiva, que tem por objetivo descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade⁷. Assim, os dados foram analisados de forma descritiva, com enfoque qualitativo, devido à possibilidade de melhor organizá-los, além de apresentar e sintetizar os dados coletados. A natureza qualitativa permitiu uma análise mais individualizada dos conhecimentos para a consequente associação descritiva⁸. A análise dos dados se refere à discussão dos resultados evidenciados nos artigos incluídos nesta revisão narrativa, os quais foram discutidos e comparados com outros estudos preexistentes na literatura acerca das infecções relacionadas ao CVC.

Resultados e discussão

As indicações para o uso de CVCs são múltiplas, variando desde a necessidade de infusão comum de drogas, em vasos mais calibrosos, como a hemodiálise, para o tratamento agudo da insuficiência renal, até a terapia mais prolongada com administração de nutrição parenteral total (NPT) e de quimioterápicos, além de terapias endovenosas com necessidade de fluxo de infusão rápido ou urgência de infusão de grandes volumes de fluidos. Define-se como CVC o dispositivo endovenoso que está situado, em seu extremo distal, em uma veia, normalmente a cava superior ou a inferior, exatamente antes da sua entrada no átrio direito, podendo, assim, ser implantado para permanecer por um curto ou por um longo período de tempo, dependendo do tipo de terapia a ser implementada⁹. Há quatro tipos principais de implantação: os de inserção percutânea local e os de inserção periférica, inseridos por cirurgia ou sem, cada um com suas características e especificidades clínico-terapêuticas. As principais configurações dos cateteres, no entanto, variam entre cateteres de curta permanência e único lúmen (mono lúmen), cateteres de curta permanência e vários lumens (duplo ou triplo lumens, mormente), cateter de Groshong, cateter de Broviac, cateter de Hickman-Broviac e PICC.

No Hospital Universitário Ramón y Cajal (2005), na Espanha, os cateteres de curta duração são inseridos nas veias subclávia ou jugular, apresentando dois, três ou quatro lumens (ou vias). Também utilizam cateteres de Swan-Ganz para a verificação das pressões pulmonares e débito cardíaco quando a monitorização hemodinâmica é estritamente necessária. Por sua vez, a veia femoral é puncionada para a inserção do cateter do tipo Shaldon, para a realização de hemodiálise. Já os cateteres de longa permanência são dispositivos com reservatório e do tipo Hickman. O cateter com reservatório vascular possui um cateter interno inserido com técnica de tuneilização, normalmente constituído de silicone, contendo uma ou duas luzes, e se situa embaixo do tecido subcutâneo. É apresentado com uma ou duas vias, e as zonas de implantação, normalmente, são no tórax, e, nos casos de cateteres com reservatório, estes são implantados sobre uma superfície óssea. O acesso à veia cava ocorre pelas veias jugulares, subclávias ou tronco cefálico¹⁰.

Na Hemato-Oncologia, é comum o CVC de longa permanência para diminuir ou eliminar traumas físicos e psicológicos, ocasionados pelas constantes punções venosas. Estes traumas também podem ser ocasionados por substâncias ou medicamentos irritantes ou vesicantes. Salienta-se que as drogas irritantes são as que provocam reação inflamatória local quando transpassam a parede dos vasos sanguíneos. Por sua vez, as drogas vesicantes ocasionam necrose grave nos tecidos circunjacentes ao local da veia puncionada, se houver extravasamento¹¹.

As vantagens do CVC são múltiplas: fornece linha direta e eficaz às veias calibrosas centrais (jugulares internas e subclávias), permite a infusão rápida de grandes volumes de fluidos e

medicamentos, oferece um meio prático para a coleta de sangue, possibilita a aferição da Pressão Venosa Central (PVC), minimiza o número de punções venosas periféricas, preservando-as e permitindo a sua recuperação, diminui o risco de dano venoso decorrente da administração de substâncias irritantes ou vesicantes. No entanto, a cateterização venosa de linha central também oferece desvantagens, por se tratar de um processo mais demorado de técnica de inserção do cateter, pela exigência de maior habilidade técnica e maior preço para a sua manutenção³.

Mas, apesar de largamente utilizado na prática clínica hospitalar, existem algumas contraindicações que impedem a implantação do CVC. Podem ocorrer infecções das áreas adjacentes ao sítio de inserção e trombose da veia puncionada. As coagulopatias também representam uma importante contraindicação, mas de maneira relativa, na dependência de cada caso. Outro fator que pode acarretar contraindicação é o trauma da veia, que, se consecutivo, pode distorcer a anatomia desta e dificultar a implantação do CVC no local¹².

Nesse contexto, o médico deve considerar: indicações, contraindicações e possíveis complicações que podem decorrer do procedimento, as quais, por si só, já podem ser fatores de contraindicação. O procedimento pode acarretar punção acidental de carótida, formação de hematomas, punção traqueal acidental, lesão de nervo recorrente laríngeo, embolia aérea, pneumotórax, trombose, flebite, sepse, implantação do CVC em má posição, lesão cardíaca ocasionada pelo próprio dispositivo¹³. O CVC não deve ser utilizado nos casos de discrasias sanguíneas graves, para a administração de anticoagulação terapêutica, nas endarterectomias de carótida ipsilateral, em pacientes que apresentam tumores cervicais ou tumores com extensão intravascular para o átrio direito¹³. Resumindo, as contraindicações gerais da colocação deste tipo de cateter incluem infecção da área subjacente ao local de inserção e trombose da veia puncionada, sendo a coagulopatia uma contraindicação relativa, na dependência de cada caso¹⁴.

Considerando esses fatores, sabe-se que diversos hospitais no mundo possuem protocolos de procedimentos operacionais padronizados, os quais foram embasados cientificamente, testados e implementados, objetivando a uniformização e otimização das rotinas dos serviços. A elaboração desses documentos tem por prioridade oferecer informações detalhadas, tais como o protocolo geral de CVCs do Hospital Universitário Ramón y Cajal (2005)¹⁰, que adota medidas semelhantes às preconizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no Brasil¹⁵.

Para mantê-los permeáveis e livres de contaminação, algumas medidas profiláticas são importantes e devem ser tomadas rigorosamente como rotina, tais como não realizar coletas de sangue através do cateter; não desobstruir o cateter por meio da aspiração de coágulos; proteger o cateter durante a higiene corporal do paciente para não molhar; higienizar as mãos antes e após a inserção e manipulação dos cateteres; lavar a(s) via(s) com solução fisiológica após a infusão de

medicamentos ou hemoderivados, nos casos de cateteres semi-implantáveis, ou, em alguns casos específicos, pode-se utilizar a heparinização da luz do cateter; evitar a infusão ou coleta de sangue através dos cateteres implantáveis, pois provocam danos ao dispositivo; utilizar luvas estéreis e realizar antisepsia da pele antes de inserir a agulha no cateter, trocando a agulha de Huber a cada dois dias e, nos casos de agulhas especiais, a troca deve ocorrer em até sete dias¹⁵.

A técnica de inserção e manipulação deve ser rigorosamente estéril; a administração de medicamentos não deve ser feita com seringas inferiores a 10ml; utilizar nos cateteres com reservatórios somente agulhas específicas, dos tipos Gripper ou Huber; sempre utilizar técnica de pressão positiva. A utilização de conectores valvulados é muito útil nesses casos⁹.

Portanto, apesar de todas as vantagens que a cateterização de linha venosa central oferece, é preciso levar em consideração as complicações causadas pelo uso dos CVCs e, igualmente, é necessário atentar para as contraindicações, no intuito de oferecer um dispositivo e uma técnica realmente seguros para o tratamento do paciente, desde a sua indicação até a sua remoção.

Compreende-se que a utilização e manutenção dos CVCs podem trazer diversos riscos à saúde do paciente e, nesse contexto, a infecção se destaca, pois pode ocorrer no local de inserção do dispositivo ou em nível sistêmico. Sendo que, se não tratada devidamente, pode desencadear, choque séptico e morte do paciente. Nas UTIs do Brasil, as taxas de infecção de corrente sanguínea relacionada aos CVCs possuem prevalência de 8,1 a 25,8 casos/1000 cateteres/dia, mantendo uma taxa média de 9,1 infecções/1000 cateteres/dia, uma taxa maior do que os 2,4 casos identificados em outros estudos. Esses pacientes possuem uma taxa de mortalidade de 47,1%, a qual aumenta na medida em que os dias de internação aumentam na UTI¹⁶.

Dentre as complicações referentes ao sítio de inserção do CVC, pode ser observada a presença de eritema e exsudatos, obstrução das vias do cateter ou a sua colonização bacteriana, além de oferecer o risco de ocasionar, também, bacteremia¹⁷. Por consequência, é importante que o enfermeiro atente para os sinais e sintomas que o paciente pode exibir. Quando se trata de uma infecção local, o paciente pode apresentar febre, calafrios, mal estar, erupção ou pústulas no local, exsudato purulento e/ou sinais de inflamação: rubor, calor, edema, sensibilidade aumentada no sítio de inserção. As possíveis causas podem ser: falha na assepsia durante a técnica de inserção ou a manutenção do dispositivo, não trocar o curativo de acordo com as normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, permitir que o curativo permaneça úmido ou com sujidade, irritação nos pontos de contato com os fios de sutura, dentre outras condições³.

As infecções sistêmicas acarretam, ainda, leucocitose, náuseas e vômitos, causados por contaminação do cateter e/ou da solução de infusão e/ou do equipo, falha nos procedimentos assépticos durante a conexão do frasco de solução de infusão ao equipo, abertura frequente do

sistema, uso prolongado de um único cateter ou um único acesso venoso, além da probabilidade de imunossupressão do paciente, de acordo com seu quadro clínico e doença de base³.

Em uma pesquisa sobre complicações relacionadas a 66 CVCs, foram identificados 44% de casos de infecções. Dos cateteres envolvidos em processos infecciosos, 56,75% eram parcialmente implantados e 27,6%, cateteres totalmente implantados. O germe mais comumente encontrado foi o *Staphylococcus* (18 casos) e, em três, a infecção foi causada por *Pseudomonas aeruginosa*². Outro estudo, acerca da análise microbiológica de pontas de CVCs de pacientes internados, as infecções identificadas foram causadas, principalmente, por *Staphylococcus coagulase-negativa*, e *S. aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii*, seguidos, em menor número, por *Acinetobacter baumannii*, *Candida albicans*, *Corynebacterium* sp, *Enterobacter cloacae*, *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*, *Citrobacter freundii* e *Candida* sp¹⁸.

Para a prevenção dessas infecções, deve monitorar os sinais vitais; providenciar culturas de sangue de CVC e/ou de cateter periférico, especialmente se for visível algum tipo de exsudato; administrar a antibioticoterapia local ou sistêmica, de acordo com os resultados dos culturais; e pesquisar outras fontes de infecção. Nos casos suspeitos de infecção causada pelo CVC, se necessário, remove-se o cateter e, idealmente, realiza-se a cultura imediata de sua ponta para identificar o tipo de germe causador da infecção, e, por meio do antibiograma, identificar possíveis resistências bacterianas aos antibióticos a fim de selecionar o esquema de tratamento correto. Tal procedimento evita o surgimento de bactérias multi ou pan-resistentes, como se observa, com frequência, nos hospitais de alta complexidade e que possuem UTIs³.

As medidas para prevenção e controle das infecções de corrente sanguínea associadas aos CVCs são conhecidas a partir de diretrizes e recomendações internacionais. É essencial manter rigorosamente a técnica asséptica durante as trocas de curativos, trocas de soluções, administração de medicamentos e manuseio do cateter e áreas adjacentes; trocar os curativos conforme protocolos vigentes; trocar curativos úmidos ou contaminados; trocar mais frequentemente o curativo se o sítio de inserção for próximo à traqueostomia ou à região femoral; verificar as condições dos líquidos administrados antes de iniciar a infusão; verificar se existem vazamentos no frasco de infusão; trocar o CVC com maior frequência. Nos casos de infecções sistêmicas, também é importante monitorar a presença de glicosúria (maior que 2+), pois pode indicar um sinal de sepse^{1,3}.

O que se nota é um consenso mundial de que as indicações de *bundles*, ou medidas baseadas em evidências, se utilizadas de maneira rigorosa no ambiente de trabalho, são efetivas contra as infecções, prevenindo-as. Entretanto, sabe-se que, na realidade, há diferentes falhas nesse processo, o que acaba ocasionando e perpetuando as infecções hospitalares, cada vez mais difíceis de controlar devido ao aumento da resistência bacteriana.

Nesse sentido, há múltiplas intervenções que podem ser utilizadas para a prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea provocada por CVC. Estas incluem: implantação de CVC de curta permanência, por meio de inserção cutânea, paramentação cirúrgica e assepsia rigorosa, campos estéreis amplos, uso de antissépticos alcoólicos para o preparo da pele do paciente; uso de curativo oclusivo após a inserção do cateter; registros diários de indicação e controle do tempo de permanência do cateter; adesão aos cuidados efetivos e manutenção adequada do curativo do sítio de punção, com registro e troca conforme a periodicidade recomendada pela CCIH da instituição; desinfecção dos *hubs* de todas as vias e conectores (valvulados – de preferência – ou não valvulados) com clorexidina alcoólica 0,5% antes da sua manipulação; troca de equipos e transdutores conforme as rotinas preconizadas pela CCIH; higienização rigorosa das mãos sempre antes da manipulação das linhas venosas centrais, da troca dos sistemas de infusão, a administração de medicamentos, da troca e realização de curativos e da coleta de sangue pelo cateter, de forma efetiva e rotineira¹.

Considerações finais

Esta revisão narrativa atingiu seus objetivos ao investigar o que a enfermagem, por meio de pesquisas clínicas, tem pesquisado sobre as infecções relacionadas ao uso do CVC, uma vez que é relevante a sua utilização no contexto hospitalar. No entanto, observou-se que é escassa a publicação de trabalhos sobre o tema no que tange aos cuidados clínicos de enfermagem ofertados aos pacientes que fazem uso desse tipo de dispositivo invasivo.

A utilização e manutenção dos CVCs podem trazer sérios riscos à saúde do paciente e, nesse contexto, pode ocorrer desde infecção no local de inserção até a morte. Por isso, é importante que o enfermeiro atente para os sinais e sintomas que o paciente pode apresentar enquanto permanecer com o dispositivo. Assim sendo, as intervenções de enfermagem são essenciais no sentido de monitorar os sinais vitais; providenciar culturais de sangue, administrar o esquema apropriado de antibioticoterapia, de acordo com os resultados dos culturais, conforme a prescrição médica; e, igualmente, pesquisar outras fontes de infecção.

Destaca-se que a utilização de medidas simples, baseadas em evidências, ou *bundles*, são efetivas na prevenção de infecções. Assim, o que se espera é minimizar a ocorrência e a prevalência de infecção hospitalar desencadeada pela implantação e manutenção não seguras do CVC, independentemente do seu tipo ou da técnica de inserção.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

- 1 O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO et al. Guidelines for the prevention on of intravascular catheter-related infeccions. Am Journal Infection Control [Internet]. 2011 [acesso em 2015 dez 21];39(4)S1,01-34. United States of America. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>.
- 2 Marcondes CRR, Biojone CR, Cherri J, Moryia T, Piccinato CE. Complicações precoces e tardias em acesso venoso central: análise de 66 implantes. Acta Cir Bras [Internet]. 2000 [acesso em 2015 dez 21];15(S2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502000000600023&lng=en&nrm=iso&tlang=pt.
- 3 Banton J, Brady C, O'Kelley SD. Terapia Venosa Central. In: Banton J, Brady C, O'kelley SD. Terapia Intravenosa. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. P. 53-63.
- 4 Leal KP, Girardon-Perlini NMO, Guido LA. Análise da produção científica acerca do uso de cateter venoso central em adultos hospitalizados. Cuidado é fundamental [Internet]. 2013 [acesso em 2016 ago 24];5(5):95-101. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado_fundamental/article/viewFile/1640/pdf_1026.
- 5 Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [acesso em 2015 dez 22];22(4):434-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v22n4/a14v22n4.pdf>.
- 6 Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paul Enferm, [Internet]. 2007 [acesso em 2016 jul 24];20(2):5-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/apv/v20n2/a01_v20n2.pdf.
- 7 Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2010.
- 8 Medri W. Análise exploratória dos dados. 82p. Curso de Especialização "Lato sensu" em Estatística. Universidade Estadual de Londrina [Internet], 2011 [acesso em 2015 dez 04]. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFnbnxlc3RhdGlzdGJlYWJhc2ljYWwNjlfGd4OjFlOTc1YjEzNDVkZThjZjQ>.
- 9 Noval AMA, Fernández EF, Fernández AG, García EG, González TV, Lalín AML et al. Cateteres venosos centrales – Guia para enfermeira. Servicio de Salud del Principado de Asturias. [Internet]. 2011 [acesso em 2015 dez 19]. Disponível em: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/guia%20cateteres%2028%20marzo%202011.pdf.
- 10 Hospital Universitario Ramón Y Cajal. Dirección Enfermera. Protocolo general: catéteres venosos centrales de inserción central. PRT/CVCC/005. Ciudad de Madrid. [Internet]. 2005 [acesso em 2015 dez 19]. Disponível em: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185623&ssbinary=true>.
- 11 Bonassa EMA. Quimioterapia via endovenosa (EV). In: Bonassa EMA. Enfermagem em quimioterapia. Rio de Janeiro: Atheneu. 1998. P. 45-58.
- 12 Graham AS, Ozment C, Tegtmeyer K, Lai S, Braner DAV. Central venous catheterization. New Eng Journ Med [Internet]. 2007 [acesso em 2015 dez 04];356(2). Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm055053>.
- 13 Araújo S. Acessos venosos centrais e arteriais periféricos – Aspectos Técnicos e Práticos. Rev Bras Ter Intensiva, [Internet]. 2007 [acesso em 2016 set 21]2003;15(2). Disponível em: http://www.amib.com.br/rbti/download/artigo_2010629165427.pdf.
- 14 Carlotti APCP. Acesso vascular. Medicina [Internet]. 2012 [acesso em 2016 fev 14]2012;45(2):208-14. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n2/Simp5_Acesso%20Vascular.pdf.
- 15 Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde por patógenos multirresistentes – Infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter. [Internet]. 2007 [acesso em 2015 dez 04]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controlere/rede_rm/cursos/rm_controlere/opas_web/modulo5/pre_corrente4.htm.

- 16 Salomao R, Rosenthal VD, Grimberg G, Nouer S, Blecher S, Buchner-Ferreira S et al. Device-associated infection rates in intensive care units of Brazilian hospitals: findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium. *Rev Panameña de Salud Publica/Panama Am Journ Public Health* [Internet]. 2008 [acesso em 2015 dez 04]2008;24(3). Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a06v24n3.pdf>.
- 17 Pires E, Albuquerque M. Cirurgia dos cateteres de longa permanência (CLP) nos centros de Transplante de medula óssea. *Medicina* [Internet]. 2005 [acesso em 2015 dez 19];38(2):125-42. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/511/511>.
- 18 Ross C, Quesada RMB, Girardello R, Rogeri LMS, Calixto LA, Pelayo JS. Análise microbiológica de pontas de cateteres venosos centrais provenientes de pacientes internados no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde* [Internet]. 2006 [acesso em 2015 dez 14];27(2):117-23. Disponível em: http://www.uel.br/proppg/portal/pages/arquivos/pesquisa/semina/pdf/semina_27_2_20_29.pdf.



43. INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NA PRÁTICA DA AMAMENTAÇÃO PELA MULHER ADOLESCENTE.

THE INFLUENCE OF THE FAMILY ON THE PRACTICE OF BREASTFEEDING BY THE ADOLESCENT WOMAN

INFLUENCIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA DE LA MUJER ADOLESCENTE

CREMONESE, Luiza¹; RESSEL, Lúcia Beatriz²; TIMM, Marcella Simões³; BARRETO, Camila Nunes³; PRATES, Lisie Alende⁴; DEMORI, Carolina Carbonell⁵; OLIVEIRA, Gabriela⁶; MUNHOZ, Oclaris Lopes⁶

Introdução: amamentar vai muito além do que apenas nutrir a criança. É um processo em que há profundo envolvimento entre mãe e filho, capaz de repercutir no estado nutricional do bebê, trazendo inúmeros benefícios para ambos¹. A amamentação inclui uma relação próxima entre mãe e filho e para tanto, requer um envolvimento para o aprendizado e tempo para ser aprimorado. A amamentação assume conotações variadas de acordo com as várias culturas, tornando a sua prática um hábito relacionado com os determinantes sociais e eventos culturais, e é influenciado pelas mesmas ideias e valores marcados no processo de socialização de mulheres². Sendo assim, está sujeita a uma série de condicionantes físico-biológicos e culturais, sendo evento que, em muitas circunstâncias, afeta e é afetado pelo entorno familiar, uma vez que no período pós-parto, as mulheres adolescentes demandam cuidados que são assumidos, via de regra, por suas mães³. Cabe salientar que apesar de existir um incentivo por parte dos profissionais da saúde e políticas que promovam a amamentação, ainda não foi possível o cumprimento das metas propostas pela OMS e MS, de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e manutenção da amamentação até o segundo ano de vida ou mais, o que justifica a importância desta investigação. Mediante o exposto, **objetiva-se** conhecer a influencia familiar da amamentação na prática da mulher adolescente. Propõe-se como questão de pesquisa: como acontece a influência familiar da amamentação na prática da mulher adolescente? **Método:** trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa. O campo para realização do estudo foi composto por Unidades de Saúde da rede básica de saúde do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul. As participantes da pesquisa foram mulheres que amamentaram durante o período da adolescência. O número de participantes foi de oito pessoas. Os critérios de inclusão das participantes foram mulheres que vivenciaram o processo de amamentação na adolescência e que possuíam vínculo com uma unidade de saúde do município de Santa Maria. Os critérios de exclusão foram mulheres que estavam no período puerperal tardio (até 45 dias após o parto), pois se acredita que este período de vivência do processo de amamentação seja curto e com características específicas em relação ao aleitamento materno, e que não são o foco do presente estudo, podendo influenciar os resultados da pesquisa. A captação das participantes do estudo foi

¹ Relatora. Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGEnf/UFSM). E-mail: lu_cremonese@hotmail.com.

² Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do (PPGEnf/UFSM).

³ Coautora. Enfermeira. Mestra em Enfermagem pelo PPEGEnf/UFSM.

⁴ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem do PPEGEnf/UFSM.

⁵ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem do PPEGEnf/UFPel.

⁶ Enfermeiro(a). Mestrando(a) em Enfermagem do PPGEnf/UFSM

feita de forma intencional, por indicação das enfermeiras das unidades de saúde. No primeiro encontro foi explicado o projeto e realizado o convite para a adolescente participar da pesquisa, quando apresentavam interesse, eram orientadas a conversarem com seus pais, para que estes também autorizassem sua participação, por escrito, com documento elaborado pela pesquisadora. Como instrumento para a obtenção dos dados, foi realizada uma entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi fundamentada na análise de conteúdo temática de Minayo⁴. A pesquisa foi amparada pela condução ética, da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. **Resultados e discussão:** os resultados indicaram a relação das mulheres para com um familiar que é tido como referência, alguém que já vivenciou o processo que ela está vivendo. Neste sentido, outro estudo também revelou a presença de alguém como sendo uma referência para ajudar a mulher adolescente quanto aos seus anseios e inseguranças. Infere-se que os motivos que levaram as mães a significarem a amamentação podem estar ligados a cultura, estilo de vida e influência da família. Nesta esteira de pensamento, as mulheres, requerem que lhes sejam apresentadas modelos práticos de como devem conduzir-se nesse processo, que na maioria das vezes tem como primeira referência o meio familiar em que estão inseridas. Foi possível perceber ainda, que elas se sentem amparadas quando são aconselhadas por pessoas de seu ambiente, que já vivenciaram a experiência de amamentar. Em concordância a isso, autores⁵, afirmam que as mães tendem a encarar como influências positivas informações que favoreçam o aleitamento dos seus filhos, levando em consideração as experiências vividas por outras mulheres. Ressalta-se assim, a importância de valorizar e respeitar a cultura dos conhecimentos repassados por mulheres de sua família que já vivenciaram o processo da amamentação com sucesso. Assim, se aplica o conceito de cultura como um legado que os membros de um grupo passam para outro entre as gerações. Frente a isso, o exercício da maternidade, em especial no que tange à amamentação, tende a ser um período de compartilhamento de experiências e de troca entre as mais experientes, das mulheres mais velhas que já fizeram isso anteriormente, com as mais novas e inexperientes, as quais ainda não possuem muita habilidade que a atual situação requer⁵. **Considerações finais:** a cultura em que a mulher está inserida, influencia no ato de amamentar, uma vez que pode incidir na amamentação como algo positivo, e assim a mulher terá mais facilidade em vivenciar este processo, pois estará mais acessível a esta ação. Isso dimensiona a importância da mulher adolescente, receber os conselhos das antecessoras, como da mãe e da avó, como sendo pessoas de sua confiança que vivenciaram o processo da amamentação e lhe transmitem segurança ao aconselhá-las. Outrossim, por tratar-se de um período de intensa transformação e inúmeros enfrentamentos, a mulher adolescente precisa de apoio dos serviços de saúde, e uma maneira de efetivar as orientações e incentivo, é incluir a participação do companheiro e familiares no processo gestacional, conhecer a cultura em que estão inseridos, suas crenças, e assim, torná-los promotores do processo da amamentação, a fim de facilitar o entendimento e a prática do processo da amamentação, bem como suas dificuldades e cuidados para superá-las. Destaca-se, com isso, a necessidade do enfermeiro compreender o contexto da mulher adolescente, suas demandas, crenças e sentimentos acerca da amamentação e, somente a partir disso, elaborar um plano de cuidado, sem impor suas orientações. Cabe mencionar, que o apoio familiar para a organização e o planejamento das atividades das adolescentes, contribuiu para que seguissem amamentando e dessem continuidade aos estudos. Reforça-se ainda, que a amamentação contribuiu com o orçamento positivo na família, pois não envolveu custos adicionais e protegeu os bebês de adoecerem e precisarem de remédios.

DESCRITORES: Saúde do Adolescente; Aleitamento Materno; Família; Enfermagem

EIXO TEMÁTICO: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Filamingo BO, Lisboa BCF, Basso NAS. A prática do aleitamento materno entre mães adolescentes na cidade de Dois Córregos, estado de São Paulo. *Scientia Medica*. 2012;22(2):81-5.
2. Herdy AV, Rodrigues DR, Cabrita BAC, Vieira BDG, Branco MBLR, Sá AMP. Amamentação prática avaliativa como saber fazer: um estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2013;12(4):902-10.
3. Santos CC, Castiglioni CM, Cremonese L, Wilhelm LA, Alves CN, Ressel LB . Expectativas de adolescentes gestantes para o futuro. *Fundam care*. 2014;6(2):759-66.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2013.
5. Torres LEAS, Sales JRP, Melo MCP, Mendes RNC, Mistura C. Influências sociais no processo do aleitar: percepções das mães. *Espac saude*. 2014;15(1):25-36.



44. INSERÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE: REVISÃO DE TESES E DISSERTAÇÕES

INSERTION OF PROFESSIONALS OF MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE IN HEALTH SERVICES: REVIEW OF THESES AND DISSERTATIONS

INTEGRACIÓN DE LA FAMILIA PROFESIONAL MULTIPROFISSIONAL EN SERVICIOS DE SALUD: TESIS REVISIÓN Y DISERTACIONES

JUNIOR, Angelo Ramos¹; CANABARRO, Janaina Lunardi²; TERRA, Marlene Gomes³; SOCCOL, Keity Laís Siepmann⁴; SIQUEIRA, Daiana Foggiao de⁵; DORNELES, Ademir Jones Antunes⁶.

Resumo

Introdução: os profissionais integrantes da Residência Multiprofissional atuam em conjunto com os trabalhadores de saúde ao potencializar as ações de cuidado desenvolvidas para a comunidade. **Objetivo:** identificar e analisar os fatores que interferem na inserção dos profissionais integrantes das residências multiprofissionais em serviços de saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa com busca de teses e dissertações realizada no período de outubro à dezembro de 2016. **Resultados:** A partir da análise dos dados emergiram as seguintes categorias: Estrutura oferecida pelos programas para formação profissional; Construção do perfil de competências do preceptor e o papel dos residentes frente ao processo de trabalho. **Conclusão:** A partir da análise temática identificaram-se fatores que interferem na inserção da Residência Multiprofissional.

Descritores: Serviços de Saúde; Enfermagem; Internato não-médico.

Abstract

Introduction: professionals from the Multiprofessional Residency work together with the health workers to strengthen the care actions developed for the community. **Objective:** to identify and analyze the factors that interfere in the insertion of professionals integrating multiprofessional residences into health services. **Methodology:** This is a narrative review with the search for theses and dissertations from October to December 2016. **Results:** From the analysis of the data emerged the following categories: Structure offered by the programs for professional training; Construction of the competency profile of the preceptor and the role of residents in the work process. **Conclusion:** Based on the thematic analysis, factors that interfere in the insertion of the Multiprofessional Residence were identified.

Keywords: Health Services; Nursing; Non-medical internship.

Resumen

Introducción: los miembros profesionales de la Residencia Multidisciplinaria trabajan en conjunto con los trabajadores de la salud para mejorar las acciones de atención desarrollados para la comunidad. **Objetivo:** Identificar y analizar los factores que afectan a la integración de los miembros de profesionales multidisciplinarios residencias en los servicios de salud. **Metodología:** Se trata de una revisión narrativa con la tesis de búsqueda y disertaciones realizadas de octubre a diciembre de 2016. **Resultados:** A partir del análisis de los datos resultantes de las siguientes categorías: estructura que ofrecen los programas de formación profesional; La construcción del perfil de competencias del profesor y el papel de los residentes fuera del proceso de trabajo. **Conclusión:** A partir del análisis sujeto identificación de los factores que interfieren con la inserción de la Multi-Vivienda.

Palabras clave: Servicios de Salud; enfermería; Boarding no médico.

Introdução

O modelo de saúde do país foi sendo reformulado devido à necessidade das mudanças das práticas assistenciais que emergiram no decorrer dos anos. Surge assim a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no desígnio de promover alterações, considerando a importância de uma atenção integral às pessoas.

Com a finalidade de atender as demandas que originavam dos processos de trabalho e com a perspectiva de qualificar a assistência por meio da formação dos trabalhadores de saúde para atuar no SUS criou-se a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Nesse

sentido, no ano de 2003, começou-se a elaborar ações pautadas na Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a EPS, aprovada pelo CNS pelo Departamento de Gestão da Educação.¹

Em 2005 foi instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica, artigo 13 da lei 11.129/2005. Sendo assim os profissionais integrantes da Residência Multiprofissional atuam em conjunto com os trabalhadores de saúde ao potencializar as ações de cuidado em prol da comunidade, à medida que proporcionam espaços de troca de experiências e momentos de aprendizado devido o aporte teórico que recebem em sua formação.

Assim, diante desta temática, questiona-se: Quais os fatores que interferem na inserção dos integrantes da residência multiprofissional em serviços de saúde? E, como **objetivo**: Identificar e analisar os fatores que interferem na inserção dos profissionais integrantes das residências multiprofissionais em serviços de saúde.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa com busca sistemática de teses e dissertações realizada no período de outubro à dezembro e de 2016, a partir de bases de dados online: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Aben/CEPEn (Associação Brasileira de enfermagem/Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem) e BDTD (Bibliotecas Digitais de Teses e Dissertações iniciativa do Instituto Brasileiro de informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) vinculado ao Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT). Este estudo envolveu atividades de busca, identificação, fichamento e análise dos estudos.

Em todas as buscas foi utilizado como palavra-chave “residência multiprofissional” devido ir de encontro ao objeto de pesquisa”. Foram selecionadas aquelas que se enquadravam aos seguintes critérios de inclusão: resumo de teses e dissertações completas que utilizassem a residência multiprofissional em seu tema. Utilizando estudos no período de 2005 à 2016, este recorte temporal se dá devido a residência em área da saúde ser instituída a partir de 2005. Foram encontrados um total de 30 estudos. Entre eles, 6 eram teses e 24 eram dissertações. Na primeira etapa foram selecionados os resumos de teses e dissertações que abordavam a temática inserção dos profissionais integrantes da residência multiprofissional em serviços de saúde. Destas 6 teses encontradas, 3 foram excluídas por repetições, apenas 2 referenciavam-se a temática, e das 24 dissertações, duas foram excluídas por repetição e apenas 14 abordavam esta temática.

Para análise na segunda etapa, realizou-se leitura de todos os resumos para a seleção dos referenciais, pois apenas 16 resumos atenderam aos objetivos do estudo, os quais foram utilizados

para análise. Para seleção foi utilizado um quadro sinóptico com os seguintes dados: ano das publicações, universidade, orientador, palavras-chaves, título, objetivos, participantes, tipo de abordagem, cenário e principais resultados.

Para análise foi utilizada a Análise Temática seguindo a Proposta Operativa, onde os dados obtidos foram relacionados e discutidos com diferentes autores que abordam a temática. Sendo que a proposta permite a descoberta dos núcleos de sentidos, que estabelecem uma comunicação acerca da frequência ou da presença de algum significado para o objeto que está sendo analisado².

As publicações foram predominantemente em 2011, ano em que quatro (04) estudos foram divulgados, e em 2012, quando seis (06) estudos foram publicados. Quanto as universidades, as que mais produziram trabalhos científicos em torno da temática foram a UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e a USP (Universidade de São Paulo). A abordagem qualitativa predominou, somando 11 resultados, sendo nove (09) dissertações e duas (02) teses; os outros quatro (04) foram quantitativos. Em relação aos participantes dos estudos, sete (07) foram realizados com residentes, cinco (05) com preceptores, um (01) com tutores, três (03) com coordenadores e um (01) estudo com profissionais.

A partir da análise dos dados emergiram as seguintes categorias: Estrutura oferecida pelos programas para formação profissional; Construção do perfil de competências do preceptor e o papel dos residentes frente ao processo de trabalho.

Resultados e discussão

A partir da análise dos dados emergiram as seguintes categorias: Programas para formação profissional: Estrutura oferecida; Construção do perfil de competências do preceptor e o papel dos residentes frente ao processo de trabalho.

Programas para formação profissional: Estrutura oferecida

Observou-se que a estrutura dos programas de residências multiprofissionais foi uma das temáticas mais abordadas. A proposta metodológica de ensino, a inserção do residente no campo de prática, o desempenho da articulação teórico prático na formação, a contextualização nos cenários de práticas. Sendo assim possível conhecer como se estruturam as relações, nos espaços de ensino e aprendizagem em serviço, o conhecimento dos residentes com relação ao contrato didático, a participação na elaboração das regras que normatizam a sua formação profissional.³⁻⁵

A divulgação do Projeto Pedagógico para todos os envolvidos na RMS é fundamental, assim como o reconhecimento do programa o qual está inserido o residente, seus objetivos, cronograma, métodos de ensino, práticas pedagógicas, discentes que compõem o programa, estrutura física entre outros aspectos. Desta forma, faz-se necessário que exista harmonia entre o que a

residência multiprofissional em saúde precisa e o que a instituição-escola da saúde oportuniza, um exemplo são as diferentes expectativas de seus protagonistas.^{6,7}

A residência consistiu-se com a finalidade de subsidiar necessidades vigentes de uma população e formar profissionais crítico reflexivos com um olhar ampliado ao contexto onde está inserido e sobre o processo saúde doença e ainda diante da mudança de paradigma. O Programa da RMS estabelece o processo de educação permanente em saúde, com atuação multiprofissional, possibilitando a valorização do trabalhador no seu universo de trabalho e na sociedade onde vive.¹

Os programas de residência estão inspirados em novos paradigmas, com ênfase na promoção da saúde, a qual aponta para a reformulação do conceito de saúde, transcendendo a dimensão setorial de serviços e, considerando que o cuidado deve ter um caráter integral e singular pensando que está inserido em um contexto que sofrem variações e que estas são determinantes e condicionantes de sua saúde. Para que ocorra essa apropriação em relação aos programas o residente necessita compreender o seu verdadeiro propósito enquanto dispositivo de mudança que se dará através da inserção do residente em campo de práticas.^{8,9}

O atendimento integral como está preconizado pelo SUS é resultado do caráter multiprofissional e interdisciplinar dos programas. A residência é o momento onde o residente tem o contato com a diversidade dos cenários e a realidade institucional, e a partir desta coloca em ação as habilidades inerente de refletir face as necessidades e demandas do serviço.^{8,10}

O residente é preparado para atuar em equipe e divide essa responsabilidade de atuar de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Neste sentido é importante que ele conheça a multiplicidade das linhas de intervenções e o contexto de atuação, onde se aprecia o vivido e as relações estabelecidas neste território.¹¹

A formação oferecida foi importante para alguns egressos, sobretudo no que diz respeito a adquirir uma visão ampliada do cuidado em saúde.¹² Contudo observa-se que esta trajetória de construção deve ser permanente. E, ainda alguns resultados mostram a fragilidade do residente e dos profissionais do serviço para perceber o seu papel nos cenários e diante disto surgiu outra categoria que será abordada logo abaixo.

Construção do perfil de competências do preceptor e o papel dos residentes frente ao processo de trabalho

A fim de que se desenvolva aspectos positivos quanto à inserção da residência em serviços de saúde se faz necessário que o preceptor reconheça o seu papel e que ele institua aos residentes o objetivo em que consiste a interação ensino serviço. Nesta perspectiva a residência multiprofissional emerge enquanto um espaço de construção de novas práticas de intervenção multiprofissional, onde empregam dispositivos e instrumentos que contribuem para a mudança de

posturas profissionais e consolidam abordagem multidisciplinar enquanto uma nova estratégia de direcionamento do processo de trabalho nos serviços de saúde.¹³

A interdisciplinaridade objetiva atingir a integralidade por meio da articulação das diferentes competências utilizada pela RMS, sendo um dos diferenciais desta modalidade de formação. Sendo imprescindível a relação com as gestões estaduais e municipais de saúde, além de investimento na capacitação dos profissionais de saúde para exercer a preceptoria, destaca-se a necessidade de maior envolvimento dos tutores na capacitação dos preceptores do curso.⁷ A co responsabilização de todos os que compõem o programa é essencial, tendo em vista que existe dificuldade de comunicação e falha provenientes da relação entre os preceptores (serviço), coordenação da RMS e a gestão, que ocasiona em fragilidades das ações de trabalho ao distanciar a equipe e prejudicar a inserção dos residentes nos serviços de saúde.

Diante das competências que são necessárias para orientar as práticas pedagógicas dos preceptores do curso está o valor profissional, comunicação, trabalho em equipe, gerência, orientada à comunidade, promoção da saúde, resolução de problemas, atenção à saúde, educacional e em ciências básicas da saúde pública e coletiva.¹⁴ Para alcançar a resolutividade e integralidade das ações desenvolvidas e a inter-relação profissional que se espera da residência, faz-se necessário a construção do perfil de competências do preceptor.

Alguns estudos permitiram evidenciar que o trabalho desenvolvido pela preceptoria resulta em sobrecarga de tarefas, sendo impossível mensurá-los através de fator tempo e espaço. Uma vez que possui lacunas em relação a construção teórica deste papel no processo de trabalho e fragmentado de limites profissionais.⁶ As ações desenvolvidas pelo preceptor são dificultadas devido ao aumento da demanda de trabalho para o preceptor sem remuneração por essa função, bem como a falta de recursos destinados para capacitações e manutenção de ensino.¹⁵

A atuação do preceptor frente aos processos de trabalho potencializa as mudanças das práticas do cuidado. Uma vez que instiga a relação teórico-prática e proporciona a construção do conhecimento por meio de processo participativo e contextual que desencadeia movimentos de ação-reflexão. Sendo assim, ratifica-se a necessidade da gestão e da coordenação da residência repensarem sobre as intervenções nos projetos políticos pedagógicos e no planejamento das práticas sob a ótica investir em recursos humanos.

As concepções e contribuições da residência para mudança do processo de trabalho permeiam os discursos quanto o significado da residência para o trabalhador de saúde e o fortalecimento das ações pautadas na integralidade, na atuação multiprofissional, na potencialização da escuta qualificada, na prevenção e na articulação teórico-prática. O processo de aprendizagem é

influenciado pela resiliência que é composta por fatores disposicionais, relacionais e ou sensoriais.^{16,17}

Ainda que, exista obstáculos a serem superados a residência é um proposta ousada com intensão de reformulação das práticas por meio da formação profissional e das ações de educação permanente em saúde que vai ao encontro de atender as demandas do sistema de sistema. A inserção em diferentes contextos sociais, demográficos, econômicos é uma das virtudes do profissional competente e que se faz presente na atuação. Resiliência é frequentemente referida por processos que explicam a “superação” de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações.^{18,19}

A fim de que o perfil do preceptor tenha na sua construção as competências mencionadas para atender o SUS, necessita de um maior investimento em formação e capacitação, além de recursos que visem valorizar os profissionais preceptores para realizar estas atividades. De forma com que todos os setores tenham comunicação e fortaleça o pacto entre o ensino e a gestão dos serviços de saúde.

Conclusão

A partir da análise temática identificaram-se fatores que interferem na inserção dos profissionais integrantes das residências multiprofissionais em serviços de saúde. Assim como, apontou para necessidade de produções de dissertações e teses, que permitam deste modo, dar voz aos profissionais dos serviços de saúde em relação à inserção da residência multiprofissional nestes espaços de atuação.

Pode-se afirmar também a necessidade de compreender com mais profundidade os motivos que levam a estas dificuldades de enfrentamento em relação ao papel do residente frente ao processo de trabalho, dá-se então a relevância de fazer uma pesquisa qualitativa, com foco na percepção dos profissionais dos serviços de saúde em relação a inserção da residência multiprofissional.

Além disso, é preciso mais estudos que possam estar colaborando para a formação dos profissionais da residência multiprofissional nestes campos de práticas, fortalecendo o conhecimento que está sendo produzido na área do cuidado de enfermagem na educação em saúde e do ensino de enfermagem.

Eixo Temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

- 1.Ministério da Saúde (Br). Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS - Exercício 2007/2009. Brasília. 2009.
2. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 14.ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- 3.Demarco EA. Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a atenção primária à saúde no sus: avaliação de um programa de residência [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul biblioteca depositária – FAMED; 2011.
- 4.Silveira LHAda. Avaliação do conhecimento dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde referente ao contrato didático [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul biblioteca depositária – FAMED; 2011.
- 5.Vargas TMde. O serviço social no programa de residência multiprofissional em saúde: uma estratégia de consolidação do projeto ético-político profissional? [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul biblioteca depositária – PUCRS; 2011.
- 6.Fajardo AP. Os tempos da docência nas residências em área profissional da saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul biblioteca depositária: biblioteca setorial de educação – UFRGS; 2011.
- 7.Farias TCB. Formação interdisciplinar: contribuições da residência multiprofissional em saúde [tese]. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie biblioteca depositária: biblioteca central George Alexander – UPM; 2016.
- 8.Souza FLde. As estruturas essenciais de avaliação de programas de residência multiprofissional em saúde da família no Ceará: uma proposta de auto avaliação a partir dos casos de Sobral e Fortaleza [dissertação]. Ceará: Universidade Federal Do Ceará biblioteca depositária: Biblioteca Do Curso De Medicina Da UFC/Campus De Sobral; 2012.
- 9.Moschen AZ. Saberes e práticas da residência multiprofissional em saúde no cotidiano de trabalho em atenção primária à saúde de cirurgiões-dentistas [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS; 2011.
- 10.Costa PEW. Ensinar a cuidar: um estudo sobre as práticas de preceptoria em um programa de residência integrada multiprofissional em atenção à saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal De São Paulo biblioteca depositária: Universidade Federal De São Paulo; 2012.
- 11.Cezar PK, Rodrigues PM, Arpini DM. A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional. Psicol. Cienc. Prof. 2015; 35(1):211-224.
- 12.Soleman C. O trabalho do fonoaudiólogo no núcleo de apoio à saúde da família (nasf): compreendendo a prática a partir da composição dos processos de trabalho [dissertação]. São Paulo: Universidade De São Paulo biblioteca depositária: FSP-USP; 2011.

- 13.Salvador AS. Residência multiprofissional em saúde da família e comunidade: um olhar sobre a multiprofissionalidade na atenção básica [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal de Paraíba; 2010.
- 14.Nascimento DDGdo. Residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS (A) [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 2008.
- 15.Cheade MFM, Frota OP, Loureiro MDR, Quintanilha ACF. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. *Cogitare enferm.* 2013; 18(3):734-40
- 16.Domingos CM. A residência multiprofissional em saúde da família: o olhar do trabalhador de saúde [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina biblioteca depositária: setorial do CCS/UEL; 2012.
- 17.Oliveira FR. Residência multiprofissional em saúde da família: limites e possibilidades para mudança na formação profissional [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/PUC-SP; 2007.
- 18.Yunes MAM. A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo; 2001.
- 19.Tavares J. A resiliência na sociedade emergente. Em Tavares J. (Org.) *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez; 2001. 43-75.



45. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS DESCRITAS NA LITERATURA NACIONAL

DRUG INTERACTIONS DESCRIBED IN NATIONAL LITERATURE

INTERACCIONES ENTRE MEDICAMENTOS DESCRITAS EN LA LITERATURA NACIONAL

ALVES, Arlete¹; NOAL, Helena Carolina ²; SCHMIDT, Sandra Marcia Soares³; BANDEIRA, Danieli⁴;

Resumo

Este estudo teve como objetivo identificar as interações medicamentosas descritas na literatura nacional no período de 2004 a 2015. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica do tipo narrativa, a seleção dos artigos ocorreu em periódicos indexados na Base de dados de Enfermagem-BDENF. Foram selecionados nove artigos para análise. Entende-se que o índice elevado de interações medicamentosas ocorre com mais frequência em idosos, justamente por fazerem uso de maior número de medicamentos. Mas há outros fatores relacionados ao indivíduo como idade, genética, alimentação, absorção, algumas patologias associadas, também quanto à administração do medicamento, a dose, a via, a quantidade, aprazamento simultâneo de medicamentos, prescrição médica e uso inadequado de medicamentos. Desse modo, salienta-se a necessidade dos profissionais de saúde buscar e aprofundar o conhecimento científico acerca das interações medicamentosas qualificando a assistência e garantindo a segurança do paciente.

Abstract

This study aimed to identify drug interactions described in national literature in the period from 2004 to 2015. It is a study of bibliographic review of the narrative type, the selection of articles occurred in indexed journals in the nursing database – BDENF. Nine articles were selected for analysis. It is understood that the high rate of drug interactions occurs more frequently in the elderly people, precisely because they use more drugs. But there are other factors related to the individual such as age, genetics, feeding, absorption, some associated pathologies, and other factors related to administration of the drug, dose, route, quantify, simultaneous availability of medicines, medical prescription and inappropriate use of medicines. Thus stands out the need of health professionals to seek and deepen scientific knowledge about drug interactions, qualifying care and ensuring patient safety.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo identificar las interacciones entre medicamentos descritas en la literatura nacional en el período 2004-2015. Se trata de una revisión bibliográfica del tipo narrativa, la selección de artículos ocurrió en revistas indexadas en datos básicos de enfermería – BDENF. Se seleccionaron nueve artículos para el análisis. Se entiende que la alta tasa de interacciones de drogas ocurre más frecuentemente en personas de edad avanzada, precisamente porque hacen uso de más medicamentos. Pero hay otros factores relacionados con el individuo como la edad, genética, nutrición, absorción, algunos trastornos asociados, y otros factores relacionados con la administración del fármaco, dosis, vía, la cantidad, la programación simultánea de los fármacos, medicamentos recetados y mal uso de los medicamentos. Siendo así, se hace hincapié en la

¹ Enfermeira, Graduada, Associação amparo Lar. irarlete@hotmail.com

² Enfermeira, Mestre, Professora, Faculdade Integrada de Santa Maria.

³ Enfermeira, Doutora, Professora, Faculdade Integrada de Santa Maria.

⁴ Enfermeira, Mestre, Professora, Faculdade Integrada de Santa Maria.

necesidad de profesionales de la salud a buscar y profundizar en los conocimientos científicos sobre las interacciones entre medicamentos, calificando asistencia y asegurando la seguridad del paciente.

Descritores: Interacciones de drogas; Enfermería; Seguridad del paciente.

Introdução

Todo medicamento pode apresentar riscos, mesmo sendo usado de maneira certa. O seu consumo de forma coerente tem como objetivo proporcionar máximo benefício com uma diminuição de possíveis danos à saúde.¹ Assim, a utilização em conjunto de variadas medicações pode aumentar a eficácia terapêutica como trazer prejuízo havendo o risco de interação medicamentosa.²

Desta forma, quando são administrados a um paciente dois medicamentos concomitantes, esses podem agir de forma independente ou mesmo interagir entre si, ocorrendo um aumento, ou diminuindo o efeito terapêutico ou tóxico de um ou de ambos.³ Com a interação medicamentosa ocorre o mascaramento do resultado terapêutico, percebe-se, que quanto maior a quantidade de medicamentos que o paciente recebe, aumenta a probabilidade de ocorrência de problemas medicamentosos.

Percebe-se que o manejo da terapia medicamentosa é uma das atividades mais desenvolvidas pela equipe de enfermagem a qual cabe à responsabilidade da preparação, administração e aprazamento, além de buscar a garantia de práticas medicamentosas seguras, em que prováveis interações medicamentosas sejam prevenidas, tendo a necessidade de conhecimento e habilidade específicos de farmacologia, interações e reações medicamentosas.⁴

O cuidado é a essência da Enfermagem e os enfermeiros por sua vez devem defender as políticas de saúde como compete também à enfermagem assegurar o acesso do tratamento com qualidade, incluindo a administração segura de medicamentos. Percebe-se, no entanto que a equipe de enfermagem atua singularmente na prevenção das interações medicamentosas, pois é responsável, pelo aprazamento, preparo administração e supervisão dos efeitos causados pelos medicamentos.⁵

Portanto, é necessário que o profissional de enfermagem, tenha conhecimento e saiba identificar as prováveis interações medicamentosas, não expondo os pacientes a situações de risco.⁶ Assim, tem-se como questão norteadora: Quais as interações medicamentosas descritas na literatura nacional no período de 2004-2015?

E como objetivo geral identificar as interações medicamentosas descritas na literatura nacional no período de 2004 -2015. E objetivos específicos: descrever fatores associados a

interações medicamentosas; identificar os princípios ativos mais frequentemente envolvidos; caracterizar as interações medicamentosas quanto à gravidade.

Metodologia

Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo narrativa. A seleção dos artigos ocorreu em periódicos indexados na Base de dados de Enfermagem-BDENF, os dados foram coletados durante o mês de agosto de 2016. O descritor utilizado foi: interações de medicamentos de acordo com a terminologia dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS).

Foram incluídos artigos completos, gratuitos, em português, que foram publicados nos anos de 2004 a 2015, e que abordaram a temática interação medicamentosa e segurança do paciente. Foram excluídos: artigos incompletos, produções duplicadas, manuais, dissertações e teses. Optou-se pelo recorte temporal do ano de 2004 devido ao Brasil compor junto com outros países, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde nesse ano. Ao realizar a busca na base de dados BDENF foram encontrados 38 artigos dos quais após leitura flutuante foram excluídos 21 artigos devido a não se adequar à temática, artigos repetidos, não disponível online, por estarem em outro idioma e fora do recorte temporal, restando assim 17 artigos, na sequência foi realizada uma nova leitura dos artigos pré-selecionados e utilizando os critérios de inclusão, permaneceram nove artigos que foram utilizados para análise.

Na sequência os dados foram organizados em um quadro sinóptico específico para melhor organização do material e elaboração do texto final. No quadro constou o título do artigo, autores, ano, nome do periódico de publicação, metodologia e principais resultados. A pesquisa foi realizada em base de dados online por esse motivo não foi preciso submeter ao comitê de ética em pesquisa.

Resultados e discussão

O estudo analisou que as interações medicamentosas, ocorrem por diversos fatores como idade, patologias, número de medicamentos prescritos e utilizados e a associação dos princípios ativos.

Quadro 1 - Síntese dos fatores associados a Interações Medicamentosas

Autor /Ano	Fatores Associados a Interações Medicamentosas
Pinto et.al (2014)	Faixa etária acima de 60 anos. Nível de escolaridade baixo.
Smanioto e Haddad (2013)	Fatores socioeconômicos e culturais; prescrição indiscriminada dos medicamentos; aumento de patologias decorrentes do envelhecimento, baixa escolaridade e idade de 60 a 100 anos.
Antunes et.al (2015)	Baixa escolaridade e idade média 75 anos.
Paiva et.al (2014)	A prescrição médica como fator contribuinte da interação medicamentosa.
Secoli (2010)	Doenças crônicas e uso de cinco ou mais medicamentos.
Fonseca e Secoli (2008),	O aprazamento simultâneo de medicamentos
Martins et.al (2012)	Evidências de coadministração de medicamentos potencialmente interativos agregados ao aprazamento simultâneo de horários.

A utilização concomitante de diversos fármacos pode trazer consigo o risco culminante de interações entre medicamentos. Ocorrendo efeitos adversos ou efeitos terapêuticos dos fármacos que quando associados podem ser alterados, gerando riscos de gravidade a saúde do paciente.³

Ressalta-se os grupos de alto risco: mulheres grávidas, crianças, idosos e indivíduos com doença renal e hepática. Neste cenário, todas as respostas decorrentes da interação medicamentosa acarretam potencialização no efeito terapêutico das medicações, podem reduzir a eficácia, ocasionar o surgimento de reações adversas com níveis de gravidade ou mesmo não causar nenhum efeito desejado da medicação.⁷

Princípios ativos mais frequentemente envolvidos

Na tabela 1 estão representados os principais resultados encontrados nos artigos selecionados no que se refere ao número de vezes que foram prescritos; princípios ativos mais frequentes envolvidos nas interações, autor e ano e relação do número de medicamentos mais prescritos e utilizados com as respectivas porcentagens.

Número de Prescrições	Princípios Ativos	Autor/Ano	%
101	Omeprazol	Antunes et al (2015)	7,0
	Sinvastatina		5,5
	Enoxaparina		5,4
211	Cloridrato de Ranitidina	Yunes; Coelho; Almeida (2011)	71,0
	Dipirona Sódica		57,35
	Bromoprida		37,44
	Sinvastatina		73,33
	Clopidogrel		73,33

299	Ácido Acetilsalicílico (AAS)	Pinto et. al (2014)	77,5
	Hidroclorotiazida		62,5
	Sinvastatina		60,0
	Omeprazol		60,0
	Metformina		55,0
	Enalapril		55,0
	Glibenclamida		27,5
	Captopril		17,5
608	Dipirona	Paiva; Moura (2012)	63,4
	Metoclopramida		39,8
	Solução de cloreto de sódio		17,83
345	Ácido Acetilsalicílico (AAS)	Peixoto et. al (2012)	8,2
	Hidroclorotiazida		5,80
	Haloperidol		5,51
	Captopril		4,39
197	Ácido Acetilsalicílico (AAS)	Smanioto: Haddad, (2013)	5,1
	Hidroclorotiazida		4,3
	Enalapril		4,0
	Sulfato Ferroso		4,0
	Captopril		3,2
	Sinvastatina		4,3
205	Furosemida, omeprazol,	Martins et. al (2012)	75,0
	Hidrocortisona, vancomicina,		
	Ranitidina, gentamicina, ampicilina,		
	Bomoprida, tramadol, claritromicina		
	Metoclopramida, ceftriaxona, oxacilina,		
	Metronidazol, penicilina cristalina		

Dos medicamentos identificados pertencem a classe terapêutica dos antimicrobianos, anti-inflamatórios, dos fármacos que tratam ou previnem úlceras pépticas, fármacos que aumentam a motilidade do trato gastrointestinal, diuréticos, analgésico opióides e benzodiazepínicos estes são os que apresentaram maior potencial interativo.⁸

Dos princípios ativos que compõem 197 medicamentos prescritos a idosos residentes em instituições de longa permanência, foram encontrados 151 princípios ativos diferentes, observando que cada princípio ativo tem um evento independente de medicação. Sendo (93,3 %), a maioria desses medicamentos prescritos de uso contínuo.⁹

Em relação ao número de medicamentos prescritos por paciente os mais utilizados são o ácido acetilsalicílico (AAS) presente nas prescrições médicas entre outros como hidroclorotiazida, sinvastatina, omeprazol, metformina, enalapril, glibenclamida e captopril.¹⁰

Interações medicamentosas quanto à gravidade

As interações medicamentosas quanto à gravidade, prevalência e possíveis consequências estão relacionadas a diversos fatores como condições clínicas dos indivíduos, número e características dos medicamentos, sendo agravados pelo mau uso, não intencional, que provem de problemas visuais, auditivos e de memória que acomete os idosos que representam o grupo mais vulnerável, tendo em vista que a maioria das interações medicamentosas advém de processos que envolvem a farmacocinética ou farmacodinâmica do medicamento.¹¹

Quadro 2- Associações das interações medicamentosas mais frequentes quanto à gravidade presentes nos estudos segundo autores

Medicamento/ Associação	Classificação das interações	Autores	Ano
Anlodipino/Sinvastatina	Grave	Pinto et. al	2014
Ácido acetilsalicílico/Enalapril	Moderada	Pinto et. al	2014
Ácido acetilsalicílico/Enxaparina sódica	Grave	Antunes et.al	2015
Omeprazol/Sinvastatina	Moderada	Antunes et.al	2015
Ácido acetilsalicílico/Furosemida	Leve	Antunes et.al	2015
Amiodarona/Digoxina	Grave	Secoli S.R	2010
Ampicilina/Gentamicina	Moderada	Paiva e Moura	2012
Digoxina/Furosemida	Gravidade maior	Paiva e Moura	2012
Enoxaparina/Clopidogrel	Gravidade alta	Yunes; Coelho; Almeida	2011
Sinvastatina/Clopidogrel	Moderada	Yunes; Coelho; Almeida	2011
Cetoprofeno/Ranitidina	Gravidade leve e início moderado	Secoli et. al	2009

Os pacientes que recebem poucos medicamentos apresentam incidência de interações medicamentosas que varia de 3% a 5% enquanto que nos pacientes que recebem de 10 a 20 medicamentos é de 20%. Sendo assim, a frequência de interações em pacientes criticamente doentes pode ser alta, devido ao grande número de drogas que recebem.¹²

Interações medicamentosas apresentam grande magnitude como resultar em hospitalização, injúria permanente do paciente, insucesso terapêutico ou até mesmo morte. Contudo no idoso a interação medicamentosa pode não causar dano aparente, mais o impacto é silencioso, tardio e às vezes irreversíveis.¹¹

O número de medicamentos do total de 101 prescrições médicas estudadas teve variação por período, forma farmacêutica e via de administração. Foram incluídos 587 medicamentos sendo os

mais utilizados omeprazol e sinvastatina (6,4%) com interações medicamentosas moderadas; as leves tiveram frequência na associação de ácido acetilsalicílico e a furosemida com (7,9%) quanto as interações medicamentosas graves foi o ácido acetilsalicílico e enoxaparina sódica (25,5%).¹³

Em relação às interações medicamentosas do total de (24,8%) teve sua classificação como leve, moderada (61,8%) e grave (13,4%).¹¹ Em 18 associações de medicamentos registradas destacou-se a dipirona + omeprazol (37,7%) e dipirona + cetoprofeno (26,6%), sendo essas associações analisadas e identificando gravidade leve e de início moderado em uma única interação medicamentosa do cetoprofeno + ranitidina.¹⁴

As interações medicamentosas graves podem afetar a segurança da farmacoterapia do paciente por apresentar risco de sangramento elevado, carditoxidade (bradicardia, intoxicação digitálica, alteração de intervalo e reações de hipersensibilidade), conduzindo a pessoa idosa a apresentar diversas reações comprometendo assim a sua qualidade de vida.¹⁰

Destaca-se que medicações como amiodarona e a digoxina são muito usadas por idosos que apresentam doenças cardiovasculares e essas implicam em interações medicamentosas graves podendo causar cardiotoxicidade e intoxicação digitálica.¹¹

Em todos os assuntos relacionados a medicamentos específicos, recomenda-se a busca pelo conhecimento, ou seja, a obtenção de informações relativas a cada medicamento. Pois tão-somente por meio de um estudo aprofundado será possível ao enfermeiro adquirir um sólido conhecimento, o que, certamente, representará uma importante conquista.¹⁵

Considerações Finais

De acordo com os objetivos deste estudo, evidenciou-se que as interações medicamentosas, estão associadas a fatores socioeconômicos e culturais, faixa etária com maior prevalência nos idosos, aprazamento simultâneo dos medicamentos, prescrição médica contendo princípios ativos mais frequentemente envolvidos – ácido acetilsalicílico (AAS), omeprazol, sinvastatina, clopidogrel e furosemida com classificação das interações quanto à gravidade sendo apresentadas em moderada, grave e leve.

Levando-se em consideração esses aspectos o profissional de enfermagem tem papel fundamental no aprazamento, na preparação e na administração dos medicamentos, portanto é de responsabilidade do profissional enfermeiro supervisionar a ocorrência das interações causadas pelos medicamentos e possíveis eventos adversos evitando danos e risco a saúde do paciente.

Desta forma, salienta-se a necessidade dos profissionais de saúde em buscar e aprofundar o conhecimento científico sobre as interações medicamentosas seja por meio da educação continuada ou educação permanente, visando à qualificação dos profissionais no uso seguro dos medicamentos.

Diante disso, é imprescindível desenvolver uma administração segura de medicamentos, pois esta é uma das ferramentas importantes para a segurança do paciente.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). O que devemos saber sobre medicamentos: Agência Nacional de Vigilância Sanitária– ANVISA, 2010. 43 p.
2. Okuno MFP, Cintra RS, Campanharo CRV, Batista REA. Interação medicamentosa no serviço de emergência. *Einstein (São Paulo)* 2013 out./Dec; 11(4): 462-466.
3. Ministério da Saúde (BR). Uso Racional de Medicamentos: Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília (DF); 2012. 31 p.
4. Silva LD, Santos MM. Interações medicamentosas em unidade de terapia intensiva: uma revisão que fundamenta o cuidado do enfermeiro. *Rev enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1): 134-9.
5. Raduenz AC, Hoffmann P, Radunz V, Sasso GTMD, Maliska ICA, Marck PB, et al. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. *Rev Latino-Am Enferm.* 2010 nov-dez ;18(6):10-1.
6. Faria LMP, Cassiani SHB. Interação medicamentosa: conhecimento de enfermeiros das unidades de terapia intensiva. *Acta paul. Enferm.* São Paulo 2011; 24(2): 264-270.
7. Secoli SR. Interações medicamentosas: fundamentos para a prática clínica da enfermagem. *Rev esc enferm.* São Paulo USP 2001; 35(1): 28-34.
8. Martins T SS, Silvino ZR, Silva LR, Reis FF, Sousa DG. Medicamentos utilizados na terapia intravenosa pediátrica: um estudo sobre combinações potencialmente interativas. *Rev. Rene.* 2012; 13(1): 11-8.
9. Smanioto FN, Haddad MCL. Avaliação da farmacoterapia prescrita a idosos institucionalizados. *Rev. bras. enferm.* 2013 July/Aug; 66 (4): 523-527.
10. Pinto N B F, Vieira LB, Pereira FMV, Reis AMM, Cassiani SHDB. Interações medicamentosas em prescrições de idosos hipertensos: prevalência e significância clínica. *Rev. Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2014 nov/dez; 22(6):735-41.
11. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev. Bras. Enferm.* 2010; 63(1): 136- 140.
12. Yunes LP, Coelho TA, Almeida SM. Principais interações medicamentosas em pacientes da UTI-ADULTO de um hospital privado de Minas Gerais. *R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo.* 2011 set./dez; 2 (3): 23-26.
13. Antunes JFS, Okuno MFP, Lopes MCBT, Campanharo CRV. Interação medicamentosa em idosos internados no serviço de emergência de um Hospital Universitário. *Reme-Rev Mineira de Enferm.* 2015; 19(4): 1415-2762.
14. Secoli SR, Moraes VC, Peniche ACG, Vattimo MFF, Duarte YAO, Mendoza IYQ, et al. Dor pós-operatória: combinações analgésicas e eventos adversos. *Rev. esc. Enferm.* 2009; USP São Paulo Desc; 43(2): 1244-1249.
15. Filho PCT, Cassiani SHB. Administração de medicamentos: aquisição de conhecimentos e habilidades requeridas por um grupo de enfermeiros. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2004 Mai/Jun; 12 (3): 533-40.

46. INTERFACE DO CURSO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES PARA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E A PÓS-GRADUAÇÃO

INTERFACE OF THE TEACHER TRAINING COURSE FOR PROFESSIONAL EDUCATION AND THE POSTGRADUATE STUDIES

INTERFAZ DE CURSO DE FORMACIÓN DE PROFESORES DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y POSGRADUACIÓN

OLIVEIRA, Isabel Cristine¹; WEILLER, Teresinha Heck²; SODER, Rafael Marcelo³; SOUZA, Rafaela⁴; ROSA, Fábio Mello da⁵; CERDÓTES, Ana Luiza Parcianello⁶; MEGIER, Elisa Rucks⁷; SCHNEIDER, Fabiéli Muniz Varga⁸; SANTOS, Luana Escobar⁹

Introdução: O professor é considerado um ator de grande relevância no processo ensino-aprendizagem, constituindo-se como o principal responsável por problematizar os conhecimentos científicos-tecnológicos na interação com os estudantes. Dessa forma, sua formação pode influenciar de diversas maneiras o desempenho em sua prática docente. Considera-se que esta caminhada formativa será a base de sua preparação e desempenho para situações de ensino-aprendizagem em seu cotidiano de trabalho.¹ Assim, sua formação pode ser desenvolvida por meio de diferentes cenários, que visam aperfeiçoar o profissional para o desenvolvimento de suas atividades. Nesse contexto, os cursos de pós-graduação também têm contribuído para o aperfeiçoamento de professores, visando elevar o nível de qualidade na prática do ensino e auxiliando na expansão do ensino superior.² A atual Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES foi instituída pelo Decreto nº 29.741, de 11 de julho de 1951, a fim de promover a Campanha Nacional de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Dessa forma foi criada uma Comissão composta por representantes de instituições públicas e privadas, em consequência ao modelo de industrialização implementado no País. O objetivo abarcava formar quadros de nível superior, inclusive profissionais da educação, para suprir as lacunas geradas pelos ritmos de crescimento econômico da época, e por conseguinte, garantir a existência de pessoal especializado, bem como, permitir que indivíduos sem recursos próprios, pudessem se aperfeiçoar. Desde o momento de sua instituição, sua atribuição englobava a promoção de instalações e expansão de centros de aperfeiçoamentos e estudos de pós-graduados.³ O Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) surgiu em 11 de julho de 1951, estabelecendo um sistema institucional que pudesse amparar o desenvolvimento científico e tecnológico do país. Ambas as agências sempre olharam para o futuro com muito otimismo, inserindo a inovação como sustentação para o desenvolvimento do Brasil. A tendência da Pós-Graduação em Enfermagem no Brasil tem o propósito de fazer a diferença na sociedade e no mundo das demandas qualificadas, assim como Universidade e seus segmentos no universo do conhecimento, do trabalho, da produção

¹ Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/RS. E-mail: isakbel@hotmail.com.

² Enfermeira. Pró-Reitora de Extensão e Professora Doutora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/RS.

³ Enfermeiro. Professor Doutor em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria. Campus Palmeira das Missões/RS

⁴ Nutricionista. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/RS.

⁵ Enfermeiro Assistencial no município de Santa Maria. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/RS.

⁶ Enfermeira Assistencial do Município de Santa Maria/RS.

⁷ Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano.

⁸ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-Campus Palmeira das Missões/RS.

⁹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-Campus Palmeira das Missões/RS.

de tecnologias, das condições sociais e econômicas, englobando a educação e a qualidade de vida em sua totalidade, buscando assim, consolidar o conhecimento científico, tecnológico e de inovação na área da enfermagem. Nesse caminhar, foram se incorporando novas tecnologias de construção do conhecimento, dentre essas novas tecnologias fomentou-se o Curso de Formação de Professores para a Educação Profissional emergiu enquanto necessidade, após evidenciar-se vácuos na formação pedagógica para profissionais das áreas tecnológicas na atividade de ensino, que de alguma forma atuarão como agentes promotores do processo formativo, contribuindo para a qualificação do exercício profissional e no cotidiano dos cidadãos. A criação do Curso decorreu da necessidade firmada na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional⁴ (Lei 9.394/96) de que a formação dos professores para atuar na Educação Básica far-se-á em nível superior, em curso de licenciatura, de graduação plena. Neste sentido o Artigo 63, inciso II, prevê a criação de “programas de formação pedagógica para portadores de diplomas de educação superior que queiram se dedicar à educação básica”. Dessa forma, o público alvo são egressos de cursos superiores, Bacharelados e Tecnólogos que buscam a formação pedagógica, estando aptos para atuar na área da educação básica, de nível técnico. Em síntese, o objetivo geral do curso de formação pedagógica é formar professores em nível superior para a Docência na modalidade de Educação Profissional, capacitados para atuar no ensino técnico de nível fundamental e médio. No desenrolar das atividades teórico-práticas da Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem, foi possível identificar que os paradigmas científicos perpassam por transições ao longo dos anos. E nessas interfaces paradigmáticas, a verdade absoluta é contestada e debatida constantemente, prevendo que os futuros docentes possam estar mais preparados frente a acadêmicos/alunos contestadores e exploradores, ou ainda, a acadêmicos/alunos mais críticos e mais reflexivos. Na face desse contexto, o Curso de Formação de Professores possibilita complementar esse processo, proporcionando ao docente maior arcabouço teórico-prático, e, conseqüentemente, maior experiência e conhecimento na docência, visto que o professor pode experimentar diferentes nichos de atividades, transitando entre a prática docente no nível superior, como também no ensino técnico profissionalizante. **Justificativa:** entendendo que o fio condutor na Pós-graduação stricto sensu não está centrado na formação docente, mas sim, em uma formação que contemple a pesquisa como elemento da inovação tecnológica, e a partir dela, o Pós-graduando possa democratizar seus conhecimentos também pela docência. E, nesse sentido, antevendo possíveis hiatos na formação para docência no contexto da Pós-Graduação, como também no processo de construção didático-pedagógico como elemento mediador do conhecimento nas relações aluno-professor, torna-se importante a interface entre o Curso de Formação de Professores e a Pós-Graduação Stricto Sensu na Enfermagem. **Objetivo:** relatar a experiência do processo de formação na Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem e sua interface com o Curso de Formação de Professores para o Ensino Profissional. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência sobre a interface vivenciada por uma Pós-Graduanda Stricto Sensu em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/RS com o Curso de Formação de Professores para o Ensino Profissional realizado pela mesma instituição, juntamente com a Universidade Aberta do Brasil. **Resultado:** a profissionalização docente que a academia proporciona, incentiva o desenvolvimento de um pensamento crítico e autônomo, bem como, o domínio dos saberes teóricos e metodológicos.¹ Essa reflexão encaminhou para a aproximação ao Curso de Formação de Professores, dessa forma, o desenvolvimento das disciplinas e atividades realizadas, alavancaram para um olhar mais aprofundado e reflexivo para o que se propunha a desempenhar enquanto docente. Compreender que o processo educativo do futuro docente visa uma formação capaz de gerar novos saberes na perspectiva de consolidar uma educação para a cidadania, incentiva a uma formação mais abrangente e intensa, necessitando formar um profissional melhor instrumentado para o ensino em diferentes contextos no processo formativo. Nesta perspectiva reflexiva, o Curso de Formação de Professores para a Educação Profissional tem agregado conhecimento, por meio das experiências vivenciadas na Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem. Em síntese, leituras, realização de disciplinas de Docência Orientada e de disciplinas em diferentes áreas e cursos durante a Pós-Graduação, foram fundamentais para ampliar a

capacidade didático-pedagógica em ambientes de aprendizagem. E com isso, abarcar maior densidade de conhecimento interfacetado com o Curso de Formação de Professores, por meio da vivência do Estágio I, o qual tinha por objetivo investigar, conhecer e avaliar o Plano Político Pedagógico de um curso técnico profissionalizante. Foi possível **concluir** por meio desta experiência, ainda em andamento, que a formação e a busca por conhecimentos não pode ser considerada completa em nenhum processo formativo. Aprofundar os conhecimentos para a prática pedagógica em consonância com os modelos teóricos-metodológicos, deve partir do futuro docente. A academia é um leque aberto, oferecendo conhecimentos em diversas áreas, e agregá-los na construção de um saber sólido, possibilita a preparação para um contexto de mundo em constantes transformações. No campo da saúde, o profissional deve estar em constante sintonia com as novas tecnologias, apropriando-se de conhecimentos que permitam absorver as dinâmicas do complexo universo da saúde, entendendo que a docência, está entrelaçada com as evoluções tecnológicas e as mudanças paradigmáticas, suscitando na busca de uma formação permanente, que possibilite a interação não invasiva entre professor e aluno, e assim, alicerçar uma educação de qualidade, voltada para a configuração do aluno como um ser social, e não apenas como um aluno tão-somente profissionalizado.

EIXO: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Descritores: Educação de Pós-Graduação; Formação continuada; Pesquisa de Educação em Enfermagem

1. Tavares LMFL, Santos LMM dos, & Freitas MNC. A Educação Inclusiva: um Estudo sobre a Formação Docente. Revista Brasileira de Educação Especial. 2016; 22(4): 527-542.
2. Ramos FRS, Borges LM, Brehmer LC de F, Silveira LR. Formação ética do enfermeiro: indicativos de mudança na percepção de professores. Acta paul. enferm. 2011;24(4):485-492.
3. Gouvêa FCF. A institucionalização da pós-graduação no Brasil: o primeiro decênio da Capes (1951-1961). RBPG. 2012;9(17):373-397.
4. Brasil Ministério da Educação. Resolução nº 2, de 1º de julho de 2015. Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação inicial em nível superior. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 de jul. de 2015.

47. MATERIAL EDUCATIVO, SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR

EDUCATIONAL MATERIAL, HEALTH AND SAFETY OF WORKERS

MATERIAL EDUCATIVO, Y SALUD SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES

FREITAS, Paula Hübner¹; COELHO, AlexaPupiara Flores²; VIEIRO, Viviani³; FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva⁴; BECK, Carmem Lúcia Colomé⁵.

Introdução: Os hospitais como unidades prestadoras de cuidados de saúde, caracterizam-se por serem organizações complexas, que envolvem profissionais de saúde, com o intuito de desenvolverem ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população em geral. Também envolvem profissionais que executam atividades que, embora não estejam diretamente relacionadas com a prestação de cuidados, são fundamentais para que as mesmas possam ocorrer de forma adequada. Neste ambiente de trabalho, são encontrados fatores de natureza física, química, mecânica, ergonômica, elétrica, psicossocial e estrutural¹. A estes acrescentam-se o ritmo, turnos, organização e gestão do trabalho, relações interpessoais, a ausência de comunicação, entre outros. Todos estes fatores, se não controlados, poderão interferir negativamente na saúde do trabalhador, gerando doenças ocupacionais e principalmente acidentes de trabalho. Os acidentes de trabalho representam uma grande preocupação para os profissionais envolvidos com a segurança do trabalho, pois o mesmo influencia diretamente as atividades profissionais e qualidade de vida do trabalhador. Além de gerar impacto na organização do trabalho, na equipe de trabalho e originar custos para a instituição. Neste sentido, torna-se relevante, que os gestores, administradores, a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), bem como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da instituição hospitalar e os seus trabalhadores tenham conhecimento da higiene e segurança no trabalho para que sejam implementadas medidas preventivas, com o objetivo de minimizar e/ou eliminar a ocorrência dos acidentes de trabalho². Além de ações preventivas e educativas, é necessário que os trabalhadores, sintam-se capacitados para saber agir, no momento que ocorra um acidente de trabalho, evitando assim o sentimento de impotência e a não comunicação do incidente e acidente de trabalho. A instituição deve comunicar o acidente de trabalho, a partir do preenchimento do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), à Previdência Social até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e em caso de morte, de imediato à autoridade competente, sob pena de multa. A Comunicação de Acidente de Trabalho, de forma correta e no prazo determinado, é essencial, pois permite que o trabalhador receba o auxílio-acidente ou outros benefícios gerados pelo acidente e possibilita aos serviços de saúde ter informações sobre os acidentes e doenças, assim como fiscalizar e investigar as empresas a fim de

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Discente do Curso Técnico em Segurança do Trabalho – CTISM/UFSM. Email: enf.paulahf@gmail.com

²Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Email: alexa.p.coelho@hotmail.com

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria.

⁴Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Enfermeiro da Prefeitura Municipal de Santa Maria – Estratégia de Saúde da Família. Email: marcelonsf@gmail.com

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Email: carmebeck@gmail.com

impedir o acontecimento de acidentes semelhantes³⁻⁴. Além de auxiliar a própria instituição a traçar estratégias preventivas evitando novas ocorrências. Pensando nisto, surgiu a proposta de organizar um fluxograma com a descrição de forma objetiva da conduta a ser realizada frente ao acidente de trabalho. Com intuito de gerar diálogo sobre o referido tema, balizar o conhecimento, evitar condutas inadequadas e desiguais, capacitar os trabalhadores e valer-se como uma ferramenta com conteúdo de fácil entendimento para ser utilizado como padrão quando ocorrer um acidente de trabalho. **Objetivo:** Relatar a experiência de organizar um material educativo– fluxograma orientador, com a descrição da conduta a ser realizada frente ao acidente de trabalho, entre os profissionais responsáveis pela saúde e segurança dos trabalhadores atuantes em uma instituição hospitalar. **Metodologia:** Esta pesquisa consistiu em um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados, na oportunidade de um estágio curricular obrigatório realizado no curso técnico em segurança do trabalho, após ter cursado enfermagem, junto à equipe do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT). A mesma ocorreu em no mês de Março de 2017, em uma instituição hospitalar que situa-se no interior do estado do Rio Grande do Sul, que atualmente disponibiliza cem por cento de sua capacidade operacional para os usuários do Sistema Único de Saúde e conta com uma equipe de 383 trabalhadores. O relato de experiência da margem para o pesquisador relatar suas experiências e vivências relacionando com o saber científico⁵. **Resultados:** O fluxograma foi embasado na legislação vigente que se refere acidente de trabalho, nos procedimento operacional padrão do hospital e na realidade da organização do trabalho da instituição hospitalar. Os passos a serem seguidos frente a um acidente de trabalho descritos no fluxograma, foram discutidos pela equipe do SESMT e pela Responsável técnica da Enfermagem do hospital. Foram realizados três encontros, com duração aproximada de 30 á 40 minutos, para ser pensado os pontos a serem seguidos frente ao acidente de trabalho, bem como procurou especificar dentro do fluxograma os acidentes com material biológico, visto que são os maiores causadores de acidentes de trabalho na instituição. Após ter organizado o fluxograma, o mesmo foi impresso e distribuído em cada unidade de trabalho, bem como foi realizado dois dias de capacitações, que ocorreram em horários alternativos para que fosse possível o comparecimento de grande parte dos trabalhadores. As capacitações contaram com pelo menos um representante de cada unidade, através da busca ativa e colocação de cartazes de divulgação da capacitação nos murais da instituição hospitalar. A mesma foi ministrada pelo engenheiro do trabalho, com a participação dos técnicos em segurança do trabalho, estagiários do curso técnico em segurança do trabalho e a enfermeira responsável técnica. A importância da organização deste material educativo, se dá pelo fato de auxiliar a nivelar o conhecimento e ações, bem como pelo fato deste ter facilitado e instigado o processo de notificação de acidente de trabalho. **Considerações finais:** Portanto o material educativo, organizado de forma integrada com diferentes profissionais que constituem o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, caracterizou-se como uma importante ferramenta para a afirmação da qualidade da conduta frente ao acidente de trabalho e promover a autonomia do trabalhador no que tange a segurança do trabalho.

Palavras-chaves: Ambiente de trabalho. Educação em saúde. Saúde do trabalhador.

Palabras- clave: Ambiente de Trabajo. Educación en Salud. Salud Laboral.

Keywords: Working Environment. Health Education. Occupational Health.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem.

REFERENCIAS

1. Fonsêca LCT et al. Vulnerabilidade da saúde dos profissionais de enfermagem no contexto hospitalar: revisão integrativa. *Revenferm UFPE online*, Recife, 10(7):2687-95, jul., 2016.

2. Anacleto VM, Machado LR. A função educativa do técnico em segurança do trabalho na formação do trabalhador. *Trabalho & Educação*, Belo Horizonte, v.25,n.2, p. 145-161, mai-ago , 2016.

3. Brasil. Consolidação das Leis do Trabalho. Decreto Lei 5452/43 – Artigo n.169.

4. _____ LEI Nº 8213/1991 - Lei que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social.

5. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.



48. “MÉTODO DO ARCO”: EXPERIÊNCIA DE APLICAÇÃO DE ABORDAGEM PROBLEMATIZADORA À PESQUISA EM ENFERMAGEM*

“ARCH OF PROBLEMATIZATION METHOD”: EXPERIENCE OF APPLICATION OF RESEARCH IN NURSING

"MÉTODO DE ARCO": EXPERIENCIA DE APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE PROBLEMATIZACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

SOUTO, Valquíria Toledo¹;
SOCCOL, Keity Lais Siepmann²;
CANABARRO, Janaína Lunardi³;
VASCONCELOS, Raíssa Ottes⁴;
TERRA, Marlene Gomes⁵.

Introdução: A metodologia problematizadora tem origem na concepção da educação histórico-crítica, com finalidade de preparar o ser humano na tomada de consciência do seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo.¹ Essa metodologia encontra como facilitador para sua operacionalização o “Método do Arco”, criado pelo francês Charles Maguerez. O Arco de Charles Maguerez foi implantado, primeiramente, na formação para o trabalho de analfabetos originários de países africanos, que migraram para países em desenvolvimento para trabalhar. Diante da impossibilidade de dar aulas expositivas, pois eles tinham dificuldades em compreender e falar francês, bem como de tentar qualquer metodologia de pesquisa de conhecimento através de leitura e escrita, Maguerez propôs a compreensão de conteúdos específicos do trabalho, da língua e da cultura do novo país, partindo da observação da realidade.² De forma esquemática, o Método do Arco é dividido em cinco etapas de funcionamento, que começam e terminam na realidade dos sujeitos, descrevendo uma sequência que compreende: observação da realidade e definição de um problema; levantamento de pontos-chave; teorização; definição de hipóteses de solução; aplicação à realidade.² Por sua eficácia, este modelo ganhou a adesão de estudiosos como Juan Díaz Bordenave, Adair Martins Pereira, além da pesquisadora brasileira Neusi Aparecida Berbel, que a partir de 1992, iniciou com um projeto especial de ensino na área da saúde, na Universidade Estadual de Londrina (UEL), contribuindo com o caminho para uma educação problematizadora no ensino, sendo considerada como um método apropriado para o ensino, para o estudo, para solução de problemas de trabalho, e para a investigação acadêmica.³ Este método objetiva aumentar a capacidade do sujeito em se tornar um participante e um agente de transformação social, bem como desenvolver neste, a capacidade de observar a realidade imediata ou circundante, detectar todos os recursos disponíveis e encontrar formas de organização do trabalho e da ação coletiva.² Não há uma metodologia única, nem técnicas fixas que devem ser seguidas, mas o que esta apresenta é um caminho metodológico capaz de orientar uma prática/pesquisa preocupada com o desenvolvimento de seus participantes e com sua autonomia intelectual, visando o pensamento crítico e criativo, além da preparação para uma atuação política.³ **Objetivo:** relatar a experiência da aplicação do Método do Arco de Maguerez na coleta de dados de uma pesquisa em enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de relato da experiência acerca do uso do Método do Arco em uma pesquisa qualitativa,

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGenf/UFSM). Email: valquiriatoledo@hotmail.com

² Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Doutoranda do PPGenf/UFSM. Docente da URI – Santiago/RS.

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital de Guarnição de Santa Maria (HGU-SM).

⁴ Enfermeira, Especialista em Gerenciamento de Clínica Médica e Cirúrgica. Mestranda do PPGenf/UFSM.

⁵ Enfermeira, Pós-doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PPGenf UFSM.

*Trabalho baseado na experiência de elaboração da Dissertação “Autoimagem, repercussões sociais e pontos de apoio para usuários de substâncias psicoativas” apresentada pela relatora ao PPGenf UFSM em 2015.

desenvolvida em 2014, com 16 usuários em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas. A pesquisa referida foi aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos, sendo aprovado em sob Parecer CAAE Nº 26521413.5.0000.5346. **Resultados:** A produção dos dados da pesquisa a que se refere este relato ocorreu entre os meses de abril a junho de 2014, com a realização de cinco encontros em grupo, os quais foram denominados de “Encontros Reflexivos”, guiados pela metodologia problematizadora com a aplicação do Arco de Charles Maguerez. Na primeira fase do Arco, o processo iniciava partindo da observação da realidade, geralmente disparada por alguma dinâmica de grupo ou leitura que estimulasse os participantes a expressarem suas ideias e construções. Nesse momento, o grupo fazia uma primeira leitura de determinado contexto ou situação até a identificação de um problema. Entre as informações emergidas, alguns pontos-chaves do(s) problema(s) iam se revelando. A pesquisadora relatora fazia algumas intervenções no sentido de levantar questionamentos sobre as relações causais de certas situações. Nessa fase, poderia recorrer aos conhecimentos científicos que auxiliassem o raciocínio dos usuários para a compreensão do problema para além de suas manifestações empíricas, conhecendo os princípios teóricos que o explicam.⁴ A etapa de teorização consistia na fase de aproximação da verdade, em que os usuários acessavam os seus conhecimentos sobre os pontos-chave, externalizavam ao grupo, ouviam e analisavam a opinião dos demais participantes e, assim, iam confrontando a realidade com os conhecimentos existentes e que poderiam ajudar na resolução do “problema”. Nesse movimento, os sujeitos mostravam-se naturalmente movidos a pensar em alternativas de solução para o(s) problema(s) encontrado(s). Esta foi a fase em que os usuários estavam se instrumentalizando para possibilitar uma ação reflexiva e transformadora de suas experiências frente aos problemas próprios de suas realidades permeadas pelo uso de drogas. O levantamento de hipóteses para o problema em estudo ocorria mais ao final do encontro, por meio do confronto das hipóteses levantadas com a realidade vivenciada pelos usuários. Ressalta-se aqui que as hipóteses de solução manifestadas, assim como os encaminhamentos ao longo do encontro, nasceram de uma construção coletiva, sendo o espelho do processo reflexivo a que o grupo conseguiu alcançar no momento. Após serem levantadas as hipóteses de solução, buscava-se fixar as ideias fundamentais discutidas para uma intervenção na realidade. Nesta fase esperava-se que os participantes do “encontro reflexivo” estivessem sensibilizados para um novo olhar sobre o problema levantado, podendo alcançar a sua ressignificação. Como um processo dinâmico, a cada encontro buscou-se seguir as fases propostas pelo Arco, possibilitando uma releitura constante da realidade, e o início de um novo processo. Não foram reprimidos, no entanto, os vários momentos de ir e vir necessários ao processo reflexivo desses usuários. Ainda que a pesquisadora possuísse inquietações e posicionamento contrário em relação a algumas concepções defendidas pelo grupo em alguns momentos, as intervenções foram feitas somente no sentido de problematizar ideias oriundas do senso comum. Em cada encontro buscava-se estimular os participantes a construir suas concepções livres de julgamento moral, sem reproduzir pensamentos hegemônicos que subjulgam os sujeitos que fazem uso de drogas, mas estarem abertos para repensar e reconstruir suas próprias visões sobre si e o outro. Ressalta-se que durante os encontros, com o consentimento de todos os participantes, foi utilizado um gravador digital para registrar as informações que surgiam. Além disso, utilizou-se um caderno de anotações, no qual assinalava-se algumas palavras que eram ditas com mais ênfase. Também registrava-se a presença e envolvimento dos participantes no processo, impressões relacionadas a comunicação verbal e não verbal, reflexões pessoais e aproximações teóricas que surgissem no momento do encontro ou logo após o seu término. Ainda, foram realizados registros fotográficos de materiais que foram construídos, como painéis, anotações dos usuários, para fins ilustrativos. Acredita-se que potencial da utilização deste método nesta pesquisa esteve na possibilidade de aproximações, encontros e diálogo com os sujeitos envolvidos no processo e, por meio de sua proposta pedagógica, de natureza política, instigar transformações em seu cotidiano. **Conclusões:** A escolha por esta abordagem aconteceu pela necessidade em conhecer e discutir as questões relacionadas à temática investigada na pesquisa numa perspectiva que fosse dialógica, coletiva e participativa. O método do Arco atendeu tal necessidade e serviu

como um caminho de orientação e influência construtiva para a reflexão dos sujeitos participantes sobre problemas relacionados à sua realidade. Acredita-se que a relação dialógica implantada por meio da metodologia problematizadora escolhida permitiu conhecer os conflitos, contradições e convergências que representam a temática para a situação existencial dos sujeitos que fazem uso de drogas. A partir de tal experiência reitera-se a relevância da utilização de metodologias problematizadoras na pesquisa em enfermagem, à medida que favorecem a interação pesquisador-sujeito, permitem acessar experiências e atuar sobre elas de maneira positiva, além de convergirem com práticas sensíveis à necessidade dos usuários, pautadas na escuta, no vínculo e na corresponsabilização pelo cuidado.

Descritores: Pesquisa em Enfermagem; Aprendizagem Baseada em Problemas; Metodologia.

Descriptors: Nursing Research; Problem-Based Learning; Methodology.

Descriptores: Investigación en Enfermería; Aprendizaje Basado en Problemas; Metodología.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências:

1. Prado ML, Velho MB, Espíndola DS, Sobrinho SH, Backes VMS. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. Esc. Anna Nery. 2012 Mar; 16(1): 172-7. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100023&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100023>.
2. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de Ensino Aprendizagem. 12 ed. Rio de Janeiro - Petrópolis: Editora Vozes, 1982.
3. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface — Comunicação, Saúde, Educação. 1998; 2(2). Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08>.
4. Colombo AA, Berbel NAN. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina. 2007; 28(2):121-146. Disponível em:
<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/viewFile/3733/2999>.

49. MITOS E VERDADES SOBRE A SEXUALIDADE DE IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MYTHS AND TRUTHS ABOUT SEXUALITY OF ELDERLY: EXPERIENCE REPORT

MITOS Y VERDADES SOBRE LA SEXUALIDAD DE ANCIANOS: RELATO DE EXPERIENCIA

BRUINSMA, Jamile Lais¹; BEUTER, Margrid²; VENTURINI, Larissa³; SILVA, Matheus Souza⁴; BACKES, Carolina⁵; POZZATTI, Luana⁶

Introdução: A sexualidade do idoso abrange estereótipos negativos e tabus conduzidos pela sociedade a partir da concepção de velhice assexuada. Essa visão reducionista é percebida possivelmente ao compreender a sexualidade como sinônimo do ato sexual e a velhice como sinônimo de incapacidades físicas que interferem na prática do mesmo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a sexualidade acompanha o ser humano ao longo de sua vida, nos diferentes ciclos vitais e envolve sexo, identidade e gênero, orientação sexual, erotismo, intimidade e reprodução. As formas de expressão da sexualidade envolvem pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos.¹ Nesse sentido, compreende-se que a vivência da sexualidade vai muito além do ato sexual, envolvendo fatores sociais, culturais e fisiológicos e que devem ser considerados na promoção da educação sexual de profissionais da saúde, inclusive com a população idosa.² A prática da educação em saúde sobre a sexualidade de idosos é uma atividade que pode auxiliar no esclarecimento de dúvidas acerca dessa temática, bem como, estimular a reflexão diante dos preconceitos advindos da sociedade. Desse modo, destaca-se a importância do profissional enfermeiro, como parte da equipe de saúde, desenvolver atividades com idosos que oportunizam a expressão de suas opiniões e ao mesmo tempo, garantam espaços para acesso a informações relacionadas a sexualidade e a promoção da saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência de enfermeiros na realização de uma dinâmica grupal com idosos que frequentam o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) acerca de mitos e verdades sobre a sexualidade. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre a realização de uma atividade grupal, na qual três enfermeiros foram convidados para mediar uma dinâmica sobre sexualidade com idosos participantes de um CRAS. Participaram da atividade 20 idosos, 18 do sexo feminino e dois do sexo masculino, que frequentam o CRAS na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul. O CRAS é uma unidade pública municipal de caráter territorial, que se localiza em áreas com maiores índices de vulnerabilidade social, destinada à articulação dos serviços socioassistenciais e à prestação de serviços e projetos de proteção social às famílias.³ No serviço são promovidos grupos de convivência com idosos duas vezes na semana com atividades propostas pelos profissionais que atuam no serviço, como psicóloga, educadora física, estagiários de terapia ocupacional e outros convidados externos. Dentre as atividades desenvolvidas, se destacam aulas de aeróbica e dança, palestras, acompanhamento psicológico de idosos e famílias, oficinas de artes, etc. A atividade ocorreu no mês de junho de 2016, durante o período da manhã, com duração média de uma hora e trinta minutos. Como meio de promoção do diálogo entre os idosos utilizou-se uma adaptação da brincadeira infantil “batata-quente”, a qual foi nominada de “pênis-quente”. **Resultados:** Para a operacionalização da atividade os idosos foram convidados a sentar-se em cadeiras dispostas em um círculo, a fim de estimular o debate entre eles e da melhor visualização de todos os envolvidos. Após a apresentação das pessoas incluídas na atividade, foi proposta pelos enfermeiros a realização de uma dinâmica denominada “mitos e verdades sobre a sexualidade”. Na oportunidade, os idosos, ao som de uma música, passavam um para o outro, uma prótese peniana de borracha, com o intuito de proporcionar um momento de descontração entre os participantes e facilitar o diálogo sobre a temática da sexualidade. Quando o som da música parava era apresentado

uma caixa fragmentos de papel ao participante que encontrava-se com a prótese peniana na mão para que escolhesse um fragmento, sendo que nesses papéis encontravam-se frases afirmativas e negativas sobre sexualidade de idosos. Então o(a) idoso(a) era convidado(a) a ler em voz alta a frase selecionada e a responder se tratava de um mito ou de uma verdade; após esse momento os demais idosos faziam suas colocações em concordância ou discordância com o assunto. Um dos assuntos que permeou a atividade foi a prática de sexo na terceira idade e, os idosos afirmaram que para o ato sexual é necessário ter uma boa condição física e psicológica, mas que nesta etapa da vida também é importante o respeito, o amor e a diversão. Quando abordado sobre o entendimento da sociedade e das pessoas com as quais convivem, sobre a aceitação da sexualidade na terceira idade, os idosos relataram que nem todas as pessoas compreendem com naturalidade a existência da sexualidade nessa faixa etária, reiterando que, muitas vezes, casais em suas rotinas diárias ocultam de seus familiares suas relações amorosas e afetivas, seja por receios de repressões ou por constrangimento. Nesse contexto, diante de situações como morar com os filhos, os participantes acreditam que isso interfere na sexualidade, principalmente pelo fato de ser uma barreira para a privacidade e também devido a não legitimação da sexualidade como presente na terceira idade pelos filhos. Ainda destacou-se a diferença entre homens e mulheres quanto ao desejo sexual. Segundo os participantes, a mulher tem menos desejo sexual que o homem e esse desejo é expressado pela mulher idosa na forma de companheirismo e afeto pelo outro. Quanto ao uso de preservativos, os participantes destacaram ser importantes para evitar “doenças”. Porém, evidenciam que muitos idosos de seus convívios não têm essa mesma preocupação, relatando exemplos de confiança no parceiro(a) que conhecem há muitos anos, ou vinculando o uso de preservativo exclusivamente como método contraceptivo. Outro assunto comentado entre os idosos foi a reposição hormonal feminina, grande parte das idosas presentes afirmaram apresentar informações rasas acerca do tema, apesar de algumas já terem feito uso, assim, sinalizaram diversas dúvidas, considerando a influência dessa prática sobre aspectos da sexualidade. **Conclusão:** A operacionalização de mitos e verdades por meio de discussões grupais e relatos de vivências permitiu observar a aproximação conceitual dos participantes para sexualidade e ato sexual, elucidando preconceitos e estereótipos sociais que permeiam as relações familiares e a sociedade em geral e que buscam afastar tal prática do cotidiano do ser idoso. Os idosos suscitaram alguns fatores que apresentam influência neste cenário, em especial, questões relacionadas a gênero, privacidade e intimidade. A realização de uma dinâmica grupal que contemplou a utilização de componentes lúdicos e pedagógicos mostrou-se como estratégia viável para abordar uma temática repleta de estereótipos, considerada de natureza íntima. Assim, é pertinente que os profissionais de saúde, dentre eles os enfermeiros, apliquem essas estratégias em suas atividades de educação em saúde a fim de difundir conhecimentos e alavancar discussões e sensibilizações frente a temática.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Descritores: Sexualidade; Idoso; Enfermagem

Descriptors: Nursing; Sexuality; Aged

Descriptores: Enfermería; Sexualidad; Anciano

Referências:

1. World Health Organization [WHO]. Sexual and reproductive health – Core competencies in primary care. [Internet]. Geneva: WHO: 2011 [citado 2017 mar 22]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002_eng.pdf
2. Alencar DL, Marques APO, Leal MCC, Vieira JCM. Exercício da sexualidade em pessoas idosas e os fatores relacionados. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2016 Out [citado 2017 Mar 22]; 19(5):861-869. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000500861&lng=pt.

3. Brasil. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. [Internet]. 2011 [citado 2017 mar 22]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm.



50. O (NÃO) PLANEJAMENTO FAMILIAR NA GESTAÇÃO EM IDADE AVANÇADA

THE (NO) FAMILY PLANNING IN ADVANCED MATERNAL AGE

LA (NO) PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL EMBARAZO EN EDAD AVANZADA

ALDRIGHI, Juliane Dias¹; WALL, Marilene Loewen²; PILER, Adriana Aparecida³; BENEDET, Deisi Cristine Forlin⁴

Introdução: Atualmente, percebe-se um fenômeno que alcança todo o mundo que é o adiamento da maternidade. Nos últimos 30 anos, os índices de natalidade vêm decrescendo e a média de idade materna aumentando progressivamente. Muitos são os fatores que contribuem para esse cenário, sejam eles: aumento da inserção da mulher no mercado de trabalho, crescimento das oportunidades na educação e na carreira, assim como o desenvolvimento da medicina reprodutiva, como planejamento familiar e métodos contraceptivos. Tratam-se de conjunturas que contribuem para um contexto social de maternidade diferente do que era visto há poucos anos. Estudos apontam que quanto mais velha, mais a mulher planeja sua gestação¹. **Objetivo:** descrever o (não) planejamento familiar de mulheres gestantes em idade materna avançada. **Metodologia:** pesquisa qualitativa, descritiva, para qual se utilizou entrevistas semiestruturadas como técnica de coleta dos dados. A seleção das participantes ocorreu de forma intencional e a coleta de dados foi realizada de dezembro de 2015 a abril de 2016, em sala reservada no Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco de um hospital universitário do sul do Brasil. As participantes da pesquisa foram 21 gestantes com idade igual ou superior a 35 anos. Essa pesquisa é oriunda de uma dissertação de mestrado² que teve como objetivo descrever a vivência da gestação em idade materna avançada. A condução da pesquisa foi baseada nos passos propostos por Creswell³. Para a codificação dos dados, o *software* Iramuteq foi utilizado como suporte. Essa ferramenta aplica análises estatísticas em dados textuais qualitativos. Dentre os diferentes tipos de análise, empregou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). A análise dos dados consistiu em “extrair sentido do texto”, conforme o referencial metodológico³. A CHD gerou seis classes distintas, porém neste trabalho será apresentada uma das classes que corresponde ao planejamento familiar. O estudo faz parte de um projeto maior aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o Parecer de n. 1.155.166 em julho de 2015. **Resultados:** As gestantes foram caracterizadas quanto a variáveis sociodemográficas, econômicas, da gestação atual e anteriores (se múltipara). Quanto à cor ou raça, referiram-se predominantemente brancas, com uma se autodeclarando preta e cinco pardas. Quanto à escolaridade, seis tinham o Ensino Fundamental incompleto; seis, o Ensino Médio incompleto; cinco, o Ensino Médio completo; e, quatro, o Ensino Superior completo. Quanto à renda familiar, 15 referiram ter entre um e três salários mínimos; três, menos de um salário mínimo; e, outras três, mais de três salários mínimos. Seis gestantes não desempenhavam nenhuma atividade laboral remunerada, enquanto das que exerciam algum tipo de atividade, 12 tinham carteira de trabalho assinada. De todas as gestantes, três iniciaram o pré-natal tardiamente, a partir do 2º trimestre. Das 21 mulheres entrevistadas, 13 não planejaram a gravidez, e destas, sete tinham 40 anos ou mais. Destaca-se que as mulheres argumentaram não imaginar que poderiam engravidar devido à idade avançada e por isso não tiveram cuidados de anticoncepção. Esse dado pode trazer a reflexão sobre

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. E-mail: juliane.aldrighi@gmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto da Universidade Federal do Paraná.

³Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação Profissional da Universidade Federal do Paraná.

⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná.

a deficiência de informações e orientações que a enfermagem está dispensando às mulheres nessa faixa etária em relação a sua saúde reprodutiva. Atualmente, as mulheres estão muito mais livres para exercerem sua sexualidade, de modo que ter uma vida sexual e reprodutiva ativas não é mais privilégio somente de mulheres jovens. Por isso, os dados mostram uma relação importante entre certo período da vida reprodutiva da mulher que parece ficar sem assistência. As 8 mulheres que planejaram a gestação, mencionaram o investimento na vida profissional e acadêmica atrelada à necessidade de preparação para assumir as responsabilidades de ser mãe. Também relataram o desejo de estabelecer relações afetivas estáveis com parceiros considerados “certos” para a construção da família, principalmente aquelas que estavam vivenciando um relacionamento em que ela e o parceiro ainda não tinham frutos dessa relação. Dessa forma, pode-se inferir que um dos principais motivos para planejar ter filhos após os 35 anos é a busca por um companheiro adequado. As gestantes pesquisadas apresentaram escolaridades variadas, sendo difícil uma padronização. O grau de instrução é um indicador do nível socioeconômico e da qualidade de vida, e essa relação pode ter interferido no conhecimento sobre o uso de métodos contraceptivos. Ademais, inclui-se o fato de as mulheres considerarem que é mais difícil engravidar acima de 35 anos como um impasse para o uso de métodos anticoncepcionais. Atrelado a isso, a menção a Deus apareceu muitas vezes durante as entrevistas na fala “graças a Deus” ou referindo-se à gestação como uma escolha de Deus. A religiosidade é um preceito muito ligado à saúde, principalmente em situações em que o medo do sofrimento e da morte está presente. As pessoas, em geral, buscam nas crenças religiosas e espirituais significados e respostas frente à condição de saúde na qual se encontram. No contexto de alto risco, pode ser mais confortável para as mulheres não se incumbir dessa decisão de engravidar em meio a todas as consequências advindas dessa escolha. Os dados que demonstram a falta de planejamento familiar vão de encontro ao apresentado na literatura que destaca um planejamento maior entre as mulheres mais velhas. Esse é um fator preocupante, pois apesar de idade avançada não ser isoladamente um preditivo de risco, sabe-se que essas gestações podem vir a desencadear complicações para a mãe e para o bebê. **Considerações Finais:** O estudo traz questões importantes que devem ser consideradas no cuidado à gestante de 35 anos ou mais. Ainda, pode e deve ser estendido às mulheres não gestantes que estão nessa faixa etária, pois se evidenciou que a falta de planejamento familiar pode ser advinda de uma lacuna de cuidados e orientações das mulheres nessa idade. Na questão da religiosidade, pareceu que a falta de planejamento familiar foi, de certa forma, explicada como uma “bênção de Deus”, algo que foge do controle do ser humano. Logo, percebe-se uma fuga da responsabilização pelo não uso ou mau uso dos métodos contraceptivos. Sugere-se que a enfermagem volte o seu olhar para as gestantes de idade avançada e estabeleça cuidados condizentes com as suas necessidades específicas. Portanto, é importante que os profissionais de saúde realizem ações educativas de anticoncepção, planejamento familiar e compartilhem as informações sobre a gestação em idade avançada com as mulheres dessa faixa etária. Assim, cientes dos riscos que possam estar expostas, as mulheres e seus parceiros podem fazer uma escolha e ter um planejamento consciente de uma gestação em idade avançada.

Descritores: Idade materna; Gravidez; Planejamento familiar

Descriptors: Maternal age; Pregnancy; Family planning

Descriptores: Edad materna; Embarazo; Planificación familiar

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Bayrampour H, Heaman M, Duncan KA, Tough S. Advanced maternal age and risk perception: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012. 12:100-13.
2. Aldrighi JD. A vivência da mulher na gestação em idade avançada [dissertação]. Curitiba: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná; 2016.

3. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.



51. O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: UMA REFLEXÃO SOB A ÓTICA DA REFORMA PSQUIÁTRICA

MENTAL HEALTH CARE: A REFLECTION UNDER THE VIEW OF PSYCHIATRIC REFORM

CUIDADO EN SALUD MENTAL: UNA REFLEXIÓN EN LA ÓPTICA DE LA REFORMA PSQUIÁTRICA

JUNIOR, Angelo Ramos¹; TISOTT, Zaira Letícia²; TERRA, Marlene Gomes³; MELLO, Amanda de Lemos⁴; SIQUEIRA, Daiana Foggiao de⁵; CANABARRO, Janaina Lunardi⁶

Resumo

Introdução: a Reforma Psiquiátrica brasileira acarretou modificações no cuidado a pessoas com transtornos mentais, tendo como princípios a reestruturação da assistência e a mudança de modelo centralizado do hospital psiquiátrico. **Objetivo:** refletir acerca do cuidado a pessoa com transtorno mental sob a ótica da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Metodologia:** estudo de reflexão que buscou na literatura subsídios para refletir acerca dos princípios da Reforma Psiquiátrica no cuidado a pessoa com transtorno mental. **Resultados:** os serviços substitutivos na inclusão social da pessoa com transtorno mental e, enfermagem na atenção em saúde mental são os principais tópicos de reflexão. **Conclusão:** os serviços substitutivos oferecem suporte para essas pessoas exercerem sua autonomia, cidadania e acima de tudo com empoderamento. O profissional enfermeiro é um importante ator nesse processo e necessita aprimorar seus conhecimentos ligados a saúde mental.

Descritores: Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica; Assistência Integral à saúde.

Abstract

Introduction: the Brazilian Psychiatric Reform brought about changes in the way of caring for people with mental disorders, based on the principles of restructuring care and changing the centralized model of the psychiatric hospital. **Objective:** to reflect on the care of the person with mental disorder from the point of view of the Brazilian Psychiatric Reform. **Methodology:** study of reflection that sought in the literature subsidies to reflect on the principles of Psychiatric Reform in the care of the person with mental disorder. **Results:** substitutive services in the social inclusion of the person with mental disorder and nursing in mental health care are the main topics of reflection. **Conclusion:** substitutive services offer support for these people to exercise their autonomy, citizenship and above all with empowerment. The nurse professional is an important actor in this process and needs to improve his knowledge related to mental health.

Descriptors: Mental Health; Psychiatric Nursing; Comprehensive health care.

Resumen

Introducción: la reforma psiquiátrica brasileña dio lugar a cambios en la atención de personas con trastornos mentales, con los principios de la ayuda a la reestructuración y el cambio de modelo centralizado del hospital psiquiátrico. **Objetivo:** reflexionar sobre el cuidado de la persona con trastorno mental desde la perspectiva de la Reforma Psiquiátrica Brasileña. **Metodología:** la exploración de estudio trató subvenciones en la literatura para reflexionar sobre los principios de la reforma psiquiátrica en el cuidado de los enfermos mentales. **Resultados:** los servicios sustitutivos en la inclusión social de las personas con trastornos mentales y de enfermería en el cuidado de la salud mental son los principales temas de reflexión. **Conclusión:** el soporte de servicios sustitutivos para que estas personas puedan ejercer su autonomía, ciudadanía y sobre todo con la potenciación. El profesional de enfermería es un jugador importante en este proceso y necesita mejorar conocimientos de la salud mental.

Descriptores: salud mental; Enfermería Psiquiátrica; Atención integral de salud.

Introdução

Antes de ocorrer à Reforma Psiquiátrica no Brasil, a pessoa com transtorno mental era considerada anormal, sendo em sua maioria, abandonada em manicômios, onde eram submetidas a choques elétricos, camisas de força e outros tratamentos que, muitas vezes, aumentavam o seu

sofrimento e pioravam a sua saúde.¹⁻² Os alienistas argumentavam sobre a necessidade de tratar essas pessoas em instituições asilares, denominados hospícios que foram inaugurados em diversas regiões do Brasil, os quais tinham como propósito conferir caráter técnico-científico à segregação das pessoas com transtorno mental.

A ocorrência de maus tratos e as precárias condições de funcionamento nesses espaços fez surgir apelos humanitários, defendendo a criação de instituições exclusivas para o acolhimento das pessoas com transtorno mental.³ Este processo abriu espaço para que os mais diferentes segmentos dos trabalhadores brasileiros se organizassem em defesa de maiores direitos. Neste contexto de redemocratização interna, e com articulações ao nível internacional, que se desenvolvem os movimentos dos trabalhadores de saúde mental. Esse movimento englobou progressivamente diversos setores sociais preocupados com o tipo de assistência psiquiátrica que se prestava no Brasil e, de conquista em paralelamente à reforma sanitária que também estava em construção, desembocou no que veio a se constituir como a Reforma Psiquiátrica Brasileira, Lei Nº 10.216.⁴

A Reforma Psiquiátrica no Brasil acarretou modificações na forma de cuidar de pessoas com transtornos mentais, tendo como princípios a reestruturação da assistência psiquiátrica e a mudança de modelo centralizado do hospital psiquiátrico para um modelo onde envolve os direitos humanos dos pacientes psiquiátricos.⁵

Advindo da reforma, o transtorno mental passa a ser visto de forma diferente, focando no modo de viver e sentir da pessoa, buscando novas maneiras para que o mesmo possa interagir com a sociedade. Estabelece ainda, que os tratamentos devam ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental em seu meio, surgindo assim os novos serviços de atenção à saúde psiquiátrica. Propõe prestar uma melhor assistência ao indivíduo e seus familiares no tocante a compreensão e inserção dessas pessoas na sociedade.⁶

Entende-se que a doença não é apenas orgânica, mas identificada na história individual de cada pessoa com transtorno mental. A partir desse modelo assistencial torna-se explícita a capacidade de autonomia e liberdade do ser humano como cidadão, de modo que o transtorno mental não implique apenas limitações e incapacidades. Mas, uma nova forma de viver e que atenda a globalização da pessoa com transtorno mental, reforçando o compromisso terapêutico do enfermeiro.⁷

Assim, esse artigo como objetivo refletir acerca do cuidado a pessoa com transtorno mental sob a ótica da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Metodologia

Trata-se de um estudo de reflexão, realizado nos meses de janeiro e fevereiro de 2017. Para realização deste, buscou-se na literatura subsídios para refletir acerca dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira no cuidado a pessoa com transtorno mental. As reflexões foram esboçadas na atenção em saúde mental por meio dos serviços substitutivos e da abordagem da enfermagem nesse contexto.

Além disso, a reflexão foi construída coletivamente, por meio de discussões no Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (PEFAS). Em especial, na sublinha de Saúde Mental e dependência química, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

No que se refere as questões éticas do estudo, os autores utilizados foram citados de forma fidedigna, assim como descritos e citados.

Resultados e discussão

Os resultados serão apresentados por meio de duas categorias originadas a partir das reflexões do estudo, quais sejam: Os serviços substitutivos na inclusão social da pessoa com transtorno mental e; Enfermagem na atenção em saúde mental.

Os serviços substitutivos na inclusão social da pessoa com transtorno mental

De acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Saúde Mental propõe, criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).⁸

Faz parte da RAPS, os serviços substitutivos em saúde mental: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Residências Terapêuticas e Visitas Domiciliares. Para que esses cumpram com o seu objetivo de inclusão social da pessoa com transtorno mental, de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, precisam buscar ações que possibilitem e estimulem a realização de trocas sociais. Ainda, precisam buscar o enfretamento ao estigma e a produção de autonomia da pessoa acometida pelo transtorno mental, também pela via do trabalho.⁹

Os serviços substitutivos surgem com a finalidade de transformar o modelo hospitalocêntrico em redes de atenção integral de saúde mental que respeitem a pessoa com transtorno mental no seu direito de cidadania e que se diferenciem do modelo manicomial, tendo como objetivo a inserção em sociedade por meio de atividades terapêuticas.¹⁰

Tais atividades podem ser a partir de Grupo de Familiares, Oficinas Terapêuticas, Visitas Domiciliares, Festas Comemorativas, dentre outras. O Grupo de Familiares tem como meta

compartilhar experiências, por meio de relatos vivenciados por familiares de pessoa com transtorno mental. Esse grupo torna-se suporte para essas famílias, pois a partir desse contexto é possível realizar educação em saúde, orientações quanto ao uso de medicamentos psicoativos e também como manejar a pessoa. No momento que o sofrimento familiar se torna público para os demais participantes do grupo se consegue melhor aproveitamento, pois através das trocas relatadas se forma um ambiente de acolhimento e ajuda facilitando o trabalho da equipe para inserção desses familiares no serviço de saúde mental.¹¹

Nas Oficinas Terapêuticas a pessoa com transtorno mental tem a oportunidade de confeccionar artesanatos e similares para a venda em feiras, fazendo com que se sinta útil, desenvolvendo talentos que, em várias ocasiões, até a família desconhecia. Uma vez que, mesmo após a Reforma Psiquiátrica, a pessoa com transtorno mental ainda é estigmatizada pela sociedade em questões relacionadas ao trabalho. Assim, tais oficinas têm como intuito incluir a pessoa no campo do trabalho.¹²

As Visitas Domiciliares são ações de grande importância dentro dos CAPS, pois é por meio delas que se observa o contexto familiar, a forma como os familiares cuidam desses usuários, obter informações do uso dos medicamentos contínuos e se estão sendo administrados corretamente. Nesse momento que ocorre o vínculo entre profissional, usuário e serviço, possibilitando um melhor tratamento.¹³

As festas Comemorativas como páscoa, natal, dia das mães proporcionam um momento de interação entre familiares, pessoa com transtorno mental e equipe através dessas atividades comemorativas fortifica o vínculo social, muitas vezes, perdido com a doença. Assim, não interagindo com a sociedade, muitas dessas pessoas não socializam por medo do preconceito ou sentimento de estigma que a sociedade ainda nos dias hoje, lança quando se fala em sofrimento mental.

Durante esses encontros é possível observar que a pessoa com transtorno mental sente-se acolhida e valorizada.¹⁴ Contudo, a pessoa deve compartilhar e ser protagonista do seu cuidado, promovendo assim, por meio desses espaços a sua contratualidade de cidadão e de produtor de sentido para sua vida.

Enfermagem na atenção em saúde mental

A especificidade da enfermagem em saúde mental está pautada na prestação de cuidados a pessoa com transtorno mental e, consiste na incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo do cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade ao longo do ciclo vital à

promoção e proteção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social da pessoa.¹⁵

Atualmente sabe-se que o transtorno mental, explicado por causas biológicas, psicológicas e sociais, necessita de assistência adequada com a finalidade de ressocialização e de apoio adequado para a pessoa com transtorno mental e sua família. A ressocialização caracteriza-se, por vezes, como algo difícil de fazer, pois o transtorno mental em alguns casos, ainda é visto como transgressões de normas sociais, considerada uma desordem, não é tolerada e, portanto, marginalizada.³

Com a Reforma Psiquiátrica e a decadência do tratamento asilar, passou a ser adotado um modo de assistência psicossocial que se contrapõe ao antigo modelo manicomial. Desde então, o enfermeiro tornou-se ator fundamental para a reabilitação do usuário de saúde mental, uma vez que, através deste profissional torna-se possível a criação de vínculos entre comunidade e serviços de saúde, com um olhar mais singular aos usuários. Consequentemente, importando-se com a história de vida e, não apenas com o transtorno que a pessoa apresenta, assim, é possível melhor reintegrá-lo à sociedade.¹⁶

O enfermeiro ao cuidar preocupa-se com o aspecto físico da pessoa e também com o cuidado de higiene pessoal, tornando-se fator importante para a construção de uma imagem diferenciada daquela construída pela psiquiatria manicomial, de forma melhorar a autoestima e auxiliar na retomada de sua autonomia para a realização de suas atividades diárias.⁹ Outra função do enfermeiro é desenvolver na equipe um olhar horizontalizado para o cuidado humanizado, comprometendo-se com o cuidado integral do indivíduo.

O cuidado horizontalizado se constrói a partir de escutas terapêuticas nesse contexto, a escuta apresenta-se como uma estratégia de comunicação essencial para a compreensão do outro, pois é uma atitude positiva de calor, interesse e respeito, sendo assim terapêutica e visitas domiciliares, o profissional pode deixar os usuários e familiares mais livres para expressar e falar sobre suas subjetividades.¹⁸

Nas visitas domiciliares, o enfermeiro pode melhor entender a estrutura familiar, interagir com a pessoa com transtorno mental e estabelecer vínculos.¹⁷ Com a Reforma Psiquiátrica e com o modo psicossocial, os enfermeiros redimensionaram suas funções, modificando as atividades desenvolvidas no modelo asilar e organizando novas atividades que melhor contribuem para a qualidade de vida das pessoas com transtorno mental. Essa nova forma de cuidar se caracteriza por meio da subjetividade, sensibilidade e holísmo, fazendo com que a enfermagem encare uma dimensão de ações e mecanismos que até então não eram utilizados em suas vivências de trabalho.

Considerações Finais

O presente estudo possibilitou refletir acerca do cuidado a pessoa com transtorno mental sob a ótica da Reforma Psiquiátrica brasileira. Esse novo modelo de atenção desconstrói o cuidado asilar para um movimento centrado na inclusão social da pessoa com transtorno mental com a finalidade de acolher e inserir essas pessoas novamente na sociedade. Os serviços substitutivos oferecem suporte para essas pessoas exercerem sua autonomia, cidadania e acima de tudo com empoderamento para exigir seus direitos como cidadãos, por meio da inserção nos serviços que compõem a RAPS.

O profissional enfermeiro é um importante ator nesse processo, entretanto, ainda, é necessário fortalecer os enfermeiros no sentido de aprimorar conhecimentos ligados a saúde mental. Sugere-se, a educação permanente em saúde para os profissionais enfermeiros, pois considera-se uma estratégia adequada para despertar nesses profissionais de saúde o desejo por práticas humanizadas e empáticas na atenção a pessoa com sofrimento mental.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Spadini LS, Conceição M, Souza B de M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2006; 40(1):123 – 7.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Legislação em Saúde Mental. 2ed. Ver. E atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
3. Rodrigues A. Enfermagem psiquiátrica. 3 ed. São Paulo: Pedagógica e universitária, 1996.
4. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. HistCiênc Saúde – Manguinhos. 2002; 9(1): 25-59.
5. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Cien Saúde Colet, 2009.
6. Goldberg J. Reabilitação como processo – o centro de atenção psicossocial-CAPS. In: PITTA, A. (Org.) Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 33-47.
7. Bessa JB, Waidman MAP. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. Texto & contexto enferm, 22(1), 61-70, 2013.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Rede de Atenção Psicossocial.
9. Barros, Egry EY. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub-judice. Taubaté: Cabral, 2008.
10. Meielk F. O Cuidado em Saúde Mental no CAPS no entendimento dos profissionais. Ciência e Saúde Coletiva, 14(1): 159-164, 2009.
11. Schrank G. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. Ver EscEnferm USP 2008; 42(1):127-34
12. Wetzel A. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. Revista de Enfermagem UERJ, 16(1): 39-45, Rio de Janeiro, 2008.

13. Mângia EF. Contribuições da abordagem canadense “prática de Terapia Ocupacional centrada no cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a Terapia Ocupacional em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.13, n.3, p.127-34, 2002.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. *Legislação em Saúde Mental*. 2ed. Ver. E atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
15. Sousa NE. *A enfermagem na saúde mental*. Goiânia: Cultura e qualidade, 2006.
16. Kantorski L. A atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial à luz do modo psicossocial. *Reme – Ver. Min Enferm*; 14(3): 399-407, jul./set., 2010
17. Dias C. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial. *Ver EscEnferm USP* 2010; 44(2): 469-75.
18. Azevedo DM. Miranda, F. A. N. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Escola Anna Nery*, 15(2), 339-345, 2011.



52. O DIA A DIA DO HOMEM PNECTOMIZADO: UM RELATO DE CASO

THE DAY-TO-DAY OF PNECTOMIZED MAN: A CASE REPORT

DÍA A DÍA EL HOMBRE PNECTOMIZADO: REPORTE DE UN CASO

SOUZA, Rafael Carlos Macedo¹; SALIMENA, Anna Maria de Oliveira²

Introdução: O carcinoma peniano é um tipo raro de câncer nos países desenvolvidos, porém frequente nos países subdesenvolvidos. No Brasil, este tipo de câncer é mais comum nas regiões socioeconomicamente desfavorecidas, como o Norte e Nordeste e sua prevalência é maior na sexta década de vida, sendo pouco encontrado nos jovens. Os fatores de risco apontados para o aparecimento da doença são: fimose; infecções sexualmente transmissíveis, como o papilomavírus humano; baixa renda familiar; hábitos inadequados de higiene; baixa escolaridade; e tabagismo. A prevenção está relacionada às melhores condições de higiene, sexo seguro e combate ao fumo. Inicialmente o paciente observa a presença lesões no corpo do pênis, estas variam em tamanho e profundidade e podem apresentar mau cheiro e sangramento. O diagnóstico é realizado por exame clínico, biópsia e análise microscópica. Uma vez que o homem procura atendimento tardiamente, frequentemente ao ser diagnosticado com a doença, a extensão da lesão encontra-se grande e profunda. O tratamento do tumor com grande extensão e profundamente invasivo frequentemente é controlado por penectomia parcial e ou por penectomia total¹. Contudo, o tratamento cirúrgico, mesmo como medida terapêutica, mostra-se como um ato de natureza intervencionista que reflete diretamente na rotina daqueles que enfrentam uma intervenção cirúrgica, acarretando em inúmeras modificações no seu dia-a-dia. Considerando a importância do pênis para o homem, tem-se como **objetivo:** Relatar o caso de um paciente que fez cirurgia de penectomia parcial, buscando compreender o seu dia a dia e assim possibilitar reflexões para o cuidado em enfermagem. **Método:** Trata-se de um estudo de caso realizado em um Hospital Universitário da Zona da Mata Mineira com um paciente que se submeteu a uma cirurgia de penectomia parcial no mês de abril de 2014. Os dados foram coletados a partir da autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se a entrevista fenomenológica² para coleta das informações, esta possui um modo privilegiado de encontro com o depoente e permite conhecer seu pensamento e sua opinião sobre determinado fenômeno de pesquisa. Assim, através de uma conversa, face a face, orientada por uma relação empática entre entrevistador e entrevistado é possível que o depoente se abra, captando outras informações além do que foi perguntado, tornando possível alcançar o fenômeno, objeto de estudo, tal como ele é em sua intensidade própria. Portanto, a entrevista fenomenológica mostrou-se como o modo de acesso apropriado para esta investigação. As informações do depoente foram colhidas em um encontro durante o mês de janeiro de 2017, através de um instrumento contendo a caracterização do participante, também chamada de historiografia, de anotações em um diário de campo e de uma pergunta aberta, permitindo ao depoente se expressar livremente sobre o objeto em estudo. O depoimento foi gravado em áudio e posteriormente as informações foram transcritas, lidas e relidas, buscando realizar uma análise compreensiva. Esta investigação foi aprovada sob o parecer 1.299.043 deferido pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora. **Resultados:** Para contextualizar o quem deste homem, utilizou-se a historiografia e a historicidade², estas permitem descrever as características factuais e a forma como o depoente se mostrou, como ele se fez acessível para o pesquisador naquilo que ele é e como ele é.

¹Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF (32) 21023297. Rafaelcarlos_souza@hotmail.com.

²Enfermeira, Doutora. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Professora titular.

O depoente possui 61 anos, casado, três filhos, católico, aposentado, com ensino fundamental incompleto e passou pela intervenção cirúrgica no mês de abril de 2014. Recebeu-me com um aperto de mão e contou que reza todos os dias, pois tem muito medo do câncer voltar e encontra em Deus o suporte que precisa. Durante nosso encontro ficava coçando a mão e sempre desviava o olhar ao falar sobre o seu dia a dia. Assim, ao relatar seu vivido após a cirurgia de penectomia, relembra os motivos que levaram a realização da intervenção cirúrgica, sentia muita dor ao urinar, atrapalhava sua rotina e já apresentava uma lesão no corpo do pênis. Buscou assistência apenas quando houve o aumento progressivo do caso na Unidade Básica de Saúde do seu bairro e recebeu como tratamento a prescrição de medicamento para inflamação por vários meses. Como o fármaco prescrito não foi resolutivo buscou atendimento de um médico urologista e este indicou a intervenção cirúrgica, sendo esta realizada dias após a consulta. Lembra-se das dores do pós-operatório mediato e imediato, relembra que foi preciso tomar muitos remédios e soro, que fez vários exames e que foi preciso utilizar uma sonda vesical para conseguir urinar. Ao realizar a cirurgia, relata ter feito o certo e que foi melhor operar que ficar sentindo dor, assim significou a cirurgia como melhora das dores. Seguindo as orientações do médico, afirma que somente seus filhos sabem da cirurgia e que guarda segredo dos amigos e familiares. Após a intervenção cirúrgica, já no seu cotidiano e sem as dores do pós-operatório, vivencia sentimentos diversos, como medo, sofrimento e até um quadro de depressão. Conta que fica com medo de encontrar alguma mulher, pois o pênis não funciona e com isso não daria mais para manter uma relação sexual. Identifica-se como diferente, pois não conhece ninguém que passou por uma cirurgia como esta, nunca imaginou que isso pudesse acontecer com alguém e afirma ser estranho nascer com uma parte do corpo e depois ficar sem ela. Reconhece que agora o seu dia a dia esta mais ou menos, não se identifica como a mesma pessoa que antes da intervenção cirúrgica, pois antes era alegre e saía para todos os lugares. Agora prefere ficar sozinho em casa, não vai mais a festas e com isso não se diverte. A cultura de que o homem é um ser viril, forte e que não adoece causa inúmeros danos na saúde da população masculina³. Este tabu, relacionado ao homem e seu papel social ocasiona na procura tardia por assistência, seja por medo do diagnóstico, por constrangimento ou até mesmo negligência. Com este comportamento, consequentemente ocorre à detecção tardia de doenças, como o câncer de pênis que poderia ser tratado sem a intervenção cirúrgica caso fosse detectado precocemente. Na fala do depoente é possível perceber a dificuldade vivida ao buscar assistência de saúde, pois apenas com a piora no seu quadro que o mesmo buscou ajuda na Unidade Básica de Saúde do seu bairro. Ao relatar o seu dia a dia, foi possível perceber que o depoente é falocêntrico⁴, pois coloca sua erotização no pênis e este recebe significados de virilidade e prazer sexual. Freud ao referir a significação do pênis para o homem utiliza o termo Falo⁴, este remete a simbologia atribuída pelo homem ao seu órgão anatômico genital. Tal fato explica o motivo que leva o homem a ter tanto medo na mutilação do pênis, pois este afeta diretamente a sua sexualidade. O homem se sente estranho e diferente com a falta do seu órgão genital, pois afirma que não consegue mais atender as possíveis necessidades sexuais de uma mulher durante uma relação. Percebe-se que a mutilação do pênis, órgão que já na infância é utilizado para representar a virilidade masculina e que comumente é utilizado para diferenciar o sexo masculino do sexo feminino, causa prejuízo na autoestima e gera sentimentos de medo e angústia frente à falta do órgão genital, além de inúmeras repercussões no seu dia a dia, na autoimagem e na vida sexual, afetiva e social deste homem^{1,5}.

Conclusões: Este relato de caso propõe olhar o homem ao vivenciar um ato cirúrgico com outro paradigma, acreditando que este demanda de um cuidado integral e humano, que o considere como um ser complexo, social e multifatorial. Tal fato é desafiador para os enfermeiros e os demais profissionais da área da saúde, pois é essencial prestar uma assistência de qualidade para a população masculina, acreditando que esta demanda de cuidados não apenas nas instituições hospitalares, quando acometido por alguma doença, mas também nas Unidades Básicas de Saúde, locais de trabalho, dentre outros. É necessário criar estratégias para que os homens adentrem ao serviço de saúde e falem sobre si e revejam o seu comportamento, que muitas das vezes é transgressor nos aspectos relacionados ao cuidado de si e que, portanto, demanda de uma atenção

singular. Olhar este homem de maneira integral permite observar e compreender suas reais necessidades, propondo uma assistência que seja sistematizada e pautada em valores éticos e humanos, considerando a seu dia a dia, seus sentimentos e sua singularidade.

Descritores: Saúde do Homem; Assistência de Enfermagem; Amputação.

Eixo Temático: Processo de Cuidados em Saúde e Enfermagem.

REFERENCIAS:

1. Junior NA, Filho MZ, Reis RB. Urologia fundamental - Sociedade Brasileira de Urologia. 1. ed. São Paulo: Planark; 2010.
2. Heidegger M. Ser e Tempo. Tradução de Marcia Sá Cavalcante Shcuback. 10. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, Bragança Paulista (RJ): Editora Universitária de São Francisco; 2015.
3. Connell RW. Políticas da masculinidade. Educação & Realidade. [Internet] 1995 [citado 2017 mar 23]; 20(2):185-206. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71725/40671>
4. Freud, S. A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. Tradução de Jayme Salomão. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. v. XIX. Rio de Janeiro. Imago, 1972.
5. Silva SED, Xavier ECL, Vasconcelos EV, Araújo JS, Alves PS, Cunha NMF et al. Câncer de pênis: sob a ótica da representação social de pacientes submetidos à amputação de pênis e suas implicações para o cuidado de si. Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente. [Internet] 2014 [citado 2017 mar 23];3(1):39-46. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/1624>



53. O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

THE ROLE OF THE NURSE AGAINST MANAGEMENT OF EMERGENCY AND EMERGENCY SERVICES

LA FUNCIÓN DE LA ENFERMERA FRONT GESTIÓN DE SERVICIOS URGENCIA Y EMERGENCIA

CARVALHO, Jordana Lopes¹; FURTADO, Bruna²; FORTES, Dienifer³; SILVA, Fernanda Stock da⁴; WEILER Teresinha Heck⁵.

Resumo

O conhecimento construído e relacionado ao gerenciamento dos serviços de urgência e emergência contemplam os profissionais da área de saúde e têm relevância na área assistencial, tornando-se fundamental para uma gestão de qualidade. Nesse contexto “Questiona-se: qual o conhecimento tem sido produzido e disseminado pelo enfermeiro relacionado à gerência nos serviços de urgência e emergência. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa, utilizando as bases de dados da LILACS, SciELO, adotando as palavras-chave: ‘gestão’; ‘enfermagem’; ‘urgência’ e ‘emergência’ **Resultados:** A busca resultou em 9 (nove) artigos, destes emergiram as seguintes categorias: (1) *O Gerenciamento de enfermagem frente ao estresse profissional*; (2) *O Gerenciamento de enfermagem e a Organização do Serviço*; (3) *O gerenciamento de enfermagem e a qualidade da assistência*; **Considerações Finais:** Esta análise evidencia que “a gerência do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência” merece destaque, porém poucos estudos abordam sobre gerenciamento do enfermeiro nesta área de atuação.

Descritores: Urgência e Emergência; Gestão; Enfermagem.

Abstract

The knowledge built and related to the management of the emergency and emergency services contemplate the health professionals and have relevance in the area of care, becoming essential for a quality management. . In this context "It is questioned: what knowledge has been produced and disseminated by the nurse related to the management in the emergency and emergency services. **Methodology:** This is an integrative review, using the LILACS, SciELO databases, adopting the keywords: 'management'; 'nursing'; 'urgency and emergency'. **Results:** The search resulted in 9 (nine) articles, of which the following categories emerged: (1) Nursing management in the face of professional stress; (2) Nursing Management and Service Organization; (3) Nursing management and quality of care; **Final Considerations:** This analysis shows that "nurses 'management in emergency and emergency services" deserves to be highlighted, but few studies address nurses' management in this area.

Descriptors: Urgency and Emergency; Management; Nursing.

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo PPGenF- UFSM. Especialista em Urgência e Emergência, Enfermeira Assistencial no Hospital Geral da Unimed, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. dana.lopes@hotmail.com

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo PPGenF- UFSM. Especialista em Saúde da Família. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo PPGenF- UFSM. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Enfermeira Mestre, Coordenadora de Enfermagem do Hospital Geral Unimed, Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA).

⁵ Enfermeira Doutora, Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora Tutora de Campo e de Núcleo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistemas Públicos de saúde – Ênfase, Atenção Básica/ESF da UFSM. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-PPGENF/UFSM. Pró-Reitora de Extensão da UFSM.

Resumen

El conocimiento construido y relacionada con la gestión de los servicios de atención de emergencia incluyen profesionales de la salud y tienen relevancia en la asistencia social, por lo que es esencial para la gestión de la calidad. En este contexto "se pone en duda: que el conocimiento se ha producido y difundido por las enfermeras relacionadas con la gestión de los servicios de urgencia y emergencia. Metodología: Se trata de una revisión integradora, utilizando las bases de datos LILACS, SciELO, palabras clave adopción: "gestión"; 'Enfermería'; 'Urgente' y 'de emergencia'. Resultados: La búsqueda dio lugar a nueve (9) artículos, éstos surgieron las siguientes categorías: (1) delante de Gestión de Enfermería del estrés profesional; (2) Gestión de servicios de enfermería y Organización; (3) La gestión de enfermería y la calidad de la atención; Consideraciones finales: Este análisis muestra que "la gestión de enfermería en los servicios de urgencia y de emergencia" merece atención, pero pocos estudios dirección en la gestión de enfermería en esta área de actividad.

Descriptor: urgencia y emergencia; gestión; enfermería.

Introdução

O conhecimento construído e relacionado ao gerenciamento dos serviços de urgência e emergência contemplam os profissionais da área de saúde e têm relevância na área assistencial, tornando-se parte para obter uma gestão de qualidade. O ato de cuidar, coordenar, observar, analisar e controlar as atividades da enfermagem destacam-se entre as funções que o enfermeiro desempenha, assim como o gerenciamento dos serviços e a supervisão dos mesmos¹.

A equipe de enfermagem por estar diretamente interligada no cuidado, deve oferecer uma assistência segura ao paciente, livre de danos, eventos adversos e possíveis falhas, buscando um cuidado seguro e efetivo. Para tanto, há que se investir em estudos sobre o processo de gestão do enfermeiro que fundamentem as práticas da enfermagem para a qualificação do cuidado. Nesse contexto "Questiona-se: qual o conhecimento tem sido produzido e disseminado pelo enfermeiro relacionado à gestão nos serviços de urgência e emergência?".

Metodologia

O estudo se caracteriza como uma revisão integrativa de literatura. Desse modo, foram realizadas buscas por artigos científicos nas bases de dados LILACS (Literatura latino-americana em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Eletronic Library Online), a partir dos descritores: 'gestão'; 'enfermagem'; 'urgência' e 'emergência' disponível nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A busca nas referidas bases de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2015, sendo que foi adotada a delimitação temporal de 2010 a 2017. No desenvolvimento do estudo realizou-se a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição das

informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização os estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento².

Desse modo, serão incluídos no estudo trabalhos no formato de artigo científico disponíveis em texto completo; de acesso gratuito e disponibilidade online; publicados em periódicos nacionais e internacionais, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos do estudo, capítulos de teses, dissertações, monografias, capítulos de livros, anais de congressos e/ou conferências.

A busca inicial resultou um total de 222 artigos sendo utilizadas as seguintes estratégias de busca no primeiro momento: “Gestão” [descriptor de assunto] AND “enfermagem” [descriptor de assunto] AND “urgência” [descriptor de assunto], no segundo momento foi realizado modificando a ultima palavra chave “urgência” por “emergência” [descriptor de assunto], sendo que desses, 163 estavam disponíveis em texto completo e com resumos nos idiomas em português, inglês ou espanhol. Ao se analisar os artigos em relação ao objetivo do estudo, a amostra final totalizou 9 trabalhos os quais atenderam os critérios e inclusão e exclusão do estudo, dos quais 7 estavam disponíveis na base LILACS e 2 na base SciELO.

Para a análise das produções científicas, os artigos foram analisados e categorizados quanto: artigo, autor, ano de publicação, objetivo principal, tipo de estudo, principais resultados e conclusões.

Resultados e discussão

A busca bibliográfica resultou em 9 (nove) artigos, os quais atenderam aos critérios de inclusão e o objetivo do estudo. Os artigos selecionados foram analisados a partir de leituras aprofundadas dos artigos para o levantamento de dados importantes à discussão deste estudo. Destes artigos apresentados emergiram as seguintes categorias:

O Gerenciamento de enfermagem frente ao estresse profissional

As discussões dos artigos em questão evidenciam, de modo geral, que os enfermeiros/gestores dos serviços de urgência e emergência devem estar voltados à promoção da qualidade em saúde articulando a gestão do trabalho e a parte assistencial.

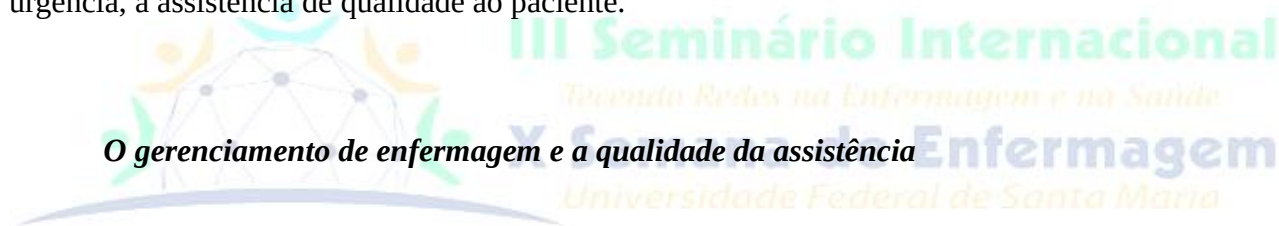
Com relação ao atendimento de qualidade em serviços de urgência e emergência, constatou-se que a atuação do enfermeiro está diretamente ligado à gestão de recursos humanos, para que se

possa promover apoio psicológico adequado aos profissionais, promovendo o equilíbrio psíquico e físico. O estresse ocupacional pode ser identificado, evitando o desgaste físico, psíquico e emocional dos profissionais, estratégias de intervenção direcionadas a esses agravos podem apresentar bons resultados³. Sendo assim a questão do estresse ocupacional faz interface com o estudo, o qual também se refere ao estresse do profissional quanto a sua sobrecarga de trabalho o que dificulta na prestação de cuidados durante seu processo de assistência³.

O Gerenciamento de enfermagem e a Organização do Serviço

Observou-se a relação dos aspectos organizacionais tais como a superlotação, falta de recursos humanos, distribuição dos atendimentos, demandas com níveis de complexidade menores e falta de leitos para internações, interferem exigem do enfermeiro uma maior habilidade gerencial. O gerenciamento exige habilidade e conhecimento e tem fundamental importância na articulação entre os profissionais da equipe, pois uma gerência adequada irá fortalecer o processo de trabalho de enfermagem, corroborando para uma assistência de qualidade.⁴

Esse processo deve ser reconhecido e observado pelos profissionais para que se consiga implantar ou implementar estratégias gerenciais, a fim de alcançar o objetivo final dos serviços de urgência, a assistência de qualidade ao paciente.



O gerenciamento de enfermagem e a qualidade da assistência

Durante a análise dos artigos foi possível identificar a importância da articulação das dimensões de assistência e gestão no processo de gerência do cuidado. A gestão e a assistência precisam estar articuladas, pois são categorias que estão inteiramente associadas à prática do enfermeiro, para que se promova um cuidado integral na perspectiva da gerência do cuidado.⁵

É fundamental a busca constante de aperfeiçoamento no desenvolvimento de táticas que irão promover melhores práticas assistenciais e que auxiliarão os enfermeiros no desenvolvimento do processo de gerência do cuidado. É nítido o direcionamento das atividades dos enfermeiros para a atuação assistencial, desenvolvendo atividades de gestão que visam à produção do cuidado.⁶⁻⁷

Desta maneira, o enfermeiro necessita de diversas habilidades e competências para organizar e liderar os espaços dos serviços de urgência e emergência, pois a qualidade prestada ao usuário depende diretamente da equipe de saúde, a qual o enfermeiro também está interligado.

Considerações Finais

Esta análise integrativa evidencia que “a gerência do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência” merece destaque, porém poucos estudos abordam sobre gerenciamento do enfermeiro nesta área de atuação. A temática foi abordada na produção científica em um período de sete anos e não foram encontrados estudos atuais sobre esse tema. Dessa forma, faz-se necessário que os profissionais enfermeiros produzam e compartilhem conhecimentos em relação aos processos de gestão nos cotidianos dos serviços.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Coelho MF, Chaves LDP, Anselmi ML, Hayashida M, Santos CB. Analysis of the organizational aspects of a clinical emergency department: a study in a general hospital in Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.2010;18(4):770-777.
2. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem: *Texto Contexto Enferm*.2008;761-763.
3. Mesquita KL, Gomes GPLA, Silva MJBF, et al. A visão do enfermeiro/gestor sobre a necessidade de implementar apoio psicológico aos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. *R. Enferm. Cent. O. Min*.2014; 1 (4):1019-1028.
4. Zambiasi BRB, Costa AM. Gerenciamento de enfermagem em unidade de emergência: dificuldades e desafios. *RAS*. 2013;15(61).
5. Azevedo ALCS, Scarparo AF, CHAVES LDP. Nurses' care and management actions in emergency trauma cases. *Invest Educ Enferm*. 2013; 1 (31):36-43.
6. Montezelli JH, Peres AM, Bernardino E. Demandas institucionais e de cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. *Rev Bras Enferm*.2011;2(64):348-54.
7. Santos JLG, Pestana AL, Higashi GDC, et al. Contexto organizacional e gerência do cuidado pelos enfermeiros em unidades de pronto atendimento. *Rev Gaúcha Enferm*.2014; 4(35):58-64.

54. O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM E O PROCESSO DE MORRER/MORTE DO PACIENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADOS PALIATIVOS

THE NURSING PROFESSIONAL AND THE PROCESS OF DIEING / DEATH OF THE ONCOLOGICAL PATIENT

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL PROCESO DE MORIR / ONCOLÓGICO LA MUERTE DEL PACIENTE

ROSSATO, Gabriela Camponogara¹; SOMAVILLA, Itagira Manfio²; PICCIN, Catiele³; COGO, Silvana Bastos⁴; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira⁵.

Resumo: Considerando o aumento da mortalidade da população devido às doenças crônicas, a oncologia é uma das especialidades que tem contribuído para essa realidade. O câncer é caracterizado como o crescimento desordenado de células e embora, se tenha avanços e diferentes tratamentos para a o câncer, o fato de a doença ser umas das principais causas de mortalidade, faz com que ele seja visto como uma doença que ameaça a vida. Diante das adversidades do tratamento o profissional de enfermagem deve estar atento as demandas desses pacientes e suas famílias, pois quando não se tem mais possibilidade de cura, os objetivos mudam de medidas curativas para medidas paliativas. Este estudo propôs realizar uma revisão de literatura, do tipo narrativa, com o objetivo de conhecer como os profissionais de enfermagem enfrentam o processo de morrer/morte do paciente oncológico em cuidados paliativos. Foi realizado busca de artigos científicos disponíveis nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na Biblioteca Virtual em Saúde (BDENF) e na *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) no período de março a abril de 2016. Como estratégia de busca dos dados foram utilizados os descritores: enfermagem, cuidados paliativos, morte e oncologia, totalizando o corpus com 12 artigos. A análise das informações foi realizada por meio da leitura exploratória do material bibliográfico encontrado, sendo organizado um quadro sinóptico e empregada a análise de conteúdo temática. Os resultados são apresentados em três categorias: as dificuldades frente aos cuidados paliativos e o processo de morrer/morte; sentimentos dos profissionais de enfermagem diante do processo de morrer e morte; e satisfação por promover qualidade de vida aos pacientes oncológicos. A interpretação dos artigos selecionados evidenciou que, os profissionais de enfermagem possuem dificuldades para lidar com o processo de morrer/morte. Neste sentido, foi destacada a importância de propiciar espaços de discussão e de atualização em educação continuada, bem como oportunizar reflexões em equipe sobre o cotidiano da assistência aos pacientes oncológicos em cuidado paliativos podendo contribuir para instrumentalizar, qualificar e fortalecer os profissionais para o cuidado dessas pessoas e suas famílias.

Descritores: Morte; Oncologia; Enfermagem; Cuidados Paliativos.

Abstract: Considering the increase in population mortality due to chronic diseases, oncology is one of the specialties that has contributed to this reality. Cancer is characterized as the disordered growth of cells and although, if you have advances and different treatments for cancer, the fact that the disease is one of the main causes of mortality, causes it to be seen as a life threatening disease. Given the adversities of the treatment and the possibilities of cure, the nursing professional must be attentive to the demands of these patients and their families, because when there is no possibility of cure, the goals change from curative measures to palliative measures. This study proposed to carry out a literature review, of the narrative type, with the objective of knowing with the nursing professionals facing the dying / death process of cancer patients in palliative care. A search for scientific articles was made available in the Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), the Virtual Health Library (BDENF) and the Scientific Electronic Library Online (SCIELO) from March to April. As a data search strategy, the descriptors were used: nursing, palliative care, death and oncology, totaling the corpus with 12 articles. The analysis of the information was carried out through the exploratory reading of the bibliographical material found, and a synoptic table was organized and the thematic content analysis was used. The results are presented in three categories: difficulties in palliative care and the death / dying process; Feelings of the nursing professionals before the process of dying and death; And satisfaction for promoting quality of life for cancer patients. The interpretation of the selected articles evidenced that, the nursing professionals have difficulties to deal with the process of death. In this sense, it was emphasized the importance of providing space for discussion and updating in continuing education, as well as providing team reflections on the day-to-day care of oncology patients in palliative care, which may contribute to instrumentalize, qualify and strengthen professionals for the care of these patients. People and their families.

Descriptors: Death; Medical Oncology; Nursing; Palliative Care.

Resumen: Teniendo en cuenta el aumento de la mortalidad de la población debido a enfermedades crónicas, oncología es una de las especialidades que han contribuido a esta realidad. El cáncer se caracteriza por el crecimiento descontrolado de las células y aunque tiene avances y diferentes tratamientos para el cáncer, el hecho de que la enfermedad es una causa importante de mortalidad, causa que sea visto como una enfermedad que amenaza la vida. Frente a la adversidad y el tratamiento posibilidades de curación, el profesional de enfermería debe estar al tanto de las demandas de estos pacientes y sus familias, para cuando ya no hay más posibilidades de curación, objetivos cambian las medidas curativas para las medidas paliativas. En este estudio se propone llevar a cabo una revisión de la literatura, el tipo de narrativa, con el fin de cumplir con los profesionales de enfermería se enfrentan al proceso de la muerte / la muerte de los pacientes con cáncer en los cuidados paliativos. Se llevó a cabo la búsqueda de los artículos científicos disponibles en las bases de datos Ciencias de la Salud del Caribe (LILACS) de América Latina y, la Biblioteca Virtual en Salud (BDENF) y Scientific Electronic Library Online (SciELO) a partir de marzo y abril 2016. Como los descriptores estrategia de búsqueda de datos se utilizaron: enfermería, cuidados paliativos, oncología y la muerte, con lo que el corpus con 12 artículos. El análisis de la información se realizó mediante la lectura de exploración del material bibliográfico encontrado, y organizó una tabla de resumen y utilizó el análisis de contenido temático. Los resultados se presentan en tres categorías: las dificultades que enfrenta el cuidado paliativo y el proceso de la muerte / la muerte; sentimientos de los profesionales de enfermería en el proceso de morir y de la muerte; y la satisfacción de promover la calidad de vida de pacientes con cáncer. La interpretación de los artículos seleccionados mostró que los profesionales de enfermería tienen dificultades para hacer frente al proceso de morir \ muerte. En este sentido, se puso de relieve la importancia de proporcionar espacios de discusión y actualización de la formación continua, así como crear oportunidades reflexiones en equipo en el cuidado diario de los pacientes con cáncer en cuidados paliativos pueden contribuir a equipar, capacitar y fortalecer a los profesionales del cuidado de éstos las personas y sus familias.

Descriptores: Muerte; Oncología Médica; Enfermería; Cuidados Paliativos.

Introdução

As transformações históricas e sociais que a sociedade brasileira atravessa têm repercutido na produção e distribuição dos problemas de saúde. O avanço das tecnologias tem refletido na área assistencial em saúde, ou seja, novas necessidades estão emergindo e, ao mesmo tempo, novas técnicas e medicamentos, repercutindo nas mudanças observadas no perfil epidemiológico e demográfico brasileiro. As doenças infectocontagiosas passaram a ser controladas, em detrimento do aumento da morbidade e mortalidade, principalmente por doenças crônicas degenerativas e da maior expectativa de vida da população¹.

Considerando o aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, a oncologia é uma das especialidades que tem contribuído para essa realidade. Sem dúvida, o câncer é um problema de saúde pública principalmente, em países em desenvolvimento em que, espera-se, nas próximas décadas, que corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de novos casos para 2025. Para o Brasil, no binômio 2016/2017, são cerca de 600 mil novos casos de câncer². Nesse sentido, o câncer é caracterizado como o crescimento rápido e desordenado de células. Essas células dividem-se rapidamente e, tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas. As causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas³.

Embora se tenha avanços e diferentes tratamentos para a cura do câncer, o fato de ser umas das principais causas de mortalidade, no imaginário social, o ele é visto como ameaça a vida e que, se confirma por existirem pacientes cuja doença inevitavelmente se torna refratária ao tratamento. A partir daí, ao lidar com esses pacientes, os objetivos mudam de medidas curativas para medidas paliativas^{4,5}.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados paliativos tem como princípios: fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes; reafirmar a vida e a morte como processos naturais; integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado; não apressar ou adiar a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente; oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte e utilizar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

A percepção das vivências da morte e do morrer tem sofrido transformações ao longo do período histórico, acompanhando as transformações da sociedade no que diz respeito às atitudes diante da morte, evoluindo desde uma experiência tranquila e até mesmo desejada – na Idade Média para uma possibilidade impregnada de angústia, temor e aflição, que deve ser evitada a todo o custo na época atual⁶. A partir daí o movimento de cuidados paliativos trouxe de volta, no século XX, a possibilidade de humanização do morrer, opondo-se à ideia da morte como o inimigo a ser combatido a todo o custo, ou seja, a morte volta a ser vista como parte do processo de vida, e no adoecimento, os tratamentos devem visar à qualidade e bem-estar da pessoa, mesmo quando a cura não é possível^{7,8}.

Assim, por mais que o processo de morrer/morte integre a rotina de trabalho, muitas vezes é tangenciado pelo profissional de enfermagem, tendo em vista que estes são tendenciosos a negar a morte e prestar a assistência com abordagem curativa e não de enfoque de terminalidade. Diante das considerações, constata-se a importância de aprofundar os conhecimentos sobre o modo como os profissionais de enfermagem manejam o processo de morrer/morte do paciente oncológico em cuidados paliativos.

Assim a questão de pesquisa desse trabalho foi: O que existe na literatura sobre os profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer/morte de pacientes oncológicos em cuidados paliativos?

Metodologia

Trata-se de um estudo que compreendeu uma revisão narrativa da literatura. As bases de dados utilizadas para a busca ativa das publicações foram a Literatura Latino-Americana e do

Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a Base de Dados da Enfermagem (BDENF) e a *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). O período de coleta compreendeu os meses de março a abril de 2016 e utilizou-se como descritores padronizados pelos Descritores em Ciências da Saúde: enfermagem, cuidados paliativos, oncologia e morte.

Os critérios de inclusão foram: artigos científicos referentes ao tema e que contemplassem à questão de pesquisa, estudos publicados em português, disponíveis online e de forma gratuita, sem recorte temporal. Foram excluídos artigos de revisão, teses e dissertações; os estudos encontrados em mais de uma base de dados ou repetidos, estudos que não respondiam à questão norteadora ou que fossem incompletos.

A busca resultou inicialmente em 321 publicações, sendo 171 na base de dados LILACS, 82 na BDENF e 68 na SCIELO. Foram excluídos 163 publicações da LILACS, 81 da BDENF e 65 da SCIELO, resultando em 12 artigos para análise que cumpriam os critérios de inclusão. A organização dos dados ocorreu por meio da extração de informações após a leitura exploratória do material bibliográfico selecionado. A análise dos dados ocorreu através da análise temática, definidas em três etapas a citar: pré-análise dos textos, contendo a organização dos documentos, retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulados frente ao material selecionado, e pela elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. A segunda etapa compreendeu a exploração do material. A terceira etapa sucedeu o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação⁹.

Resultados e discussão

Em relação ao perfil dos artigos analisados, quanto ao ano de publicação foram encontrados um de 2012, cinco de 2013, cinco de 2014 e um de 2015. Em todos os artigos analisados, a metodologia utilizada compreendeu a abordagem qualitativa. Em relação aos participantes das pesquisas, na maioria eram profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Quanto ao local em que as pesquisas foram realizadas, percebeu-se a prevalência dos estados que compõe a região sudeste do Brasil, sendo três no Rio de Janeiro (RJ) e dois em São Paulo (SP), seguido pelos estados da região sul, sendo três no Rio Grande do Sul (RS) e um no Paraná (PR). A região nordeste totalizou três artigos, com um da Paraíba, um de Alagoas (AL) e um do Rio Grande do Norte (RN).

Os resultados foram organizados em três categorias, a citar: As dificuldades frente aos cuidados paliativos e o processo de morrer/morte; Sentimentos dos profissionais de enfermagem diante do processo de morrer e morte; Satisfação por promover qualidade de vida aos pacientes oncológicos.

1 - As dificuldades frente aos cuidados paliativos e o processo de morrer/morte

Compuseram a primeira categoria artigos que evidenciaram as dificuldades de enfrentar o processo de morrer/morte e cuidados paliativos por profissionais de enfermagem. Assim, foram elencadas dificuldades desde o processo de formação profissional, ficando evidentes as lacunas quanto se trata da complexidade do cuidado ao paciente terminal. Soma-se ainda, que a falta de preparo é justificada por meio do modelo biomédico hegemônico que permeia dentro das escolas de formação e instituições hospitalares, com vista à valorização do tecnicismo e desconsiderando os aspectos emocionais e individuais do cuidado¹⁰.

Percebe-se que o processo de morrer/morte não é assimilado como parte do cuidado, limitando a assistência de enfermagem a uma abordagem impessoal e mecanicista. Em um dos artigos analisados, evidenciou-se que os profissionais de enfermagem têm preocupação em realizar a assistência com qualidade, porém ela ainda é prestada de forma mecanizada, voltada fortemente para o cuidado ao corpo e as rotinas do trabalho¹¹.

Da mesma forma que há déficits na formação profissional, existem outros fatores agravantes, como por exemplo a carência de recursos humanos e materiais, infraestrutura básica para atender paciente em cuidados paliativos e a ausência de leitos específicos para tais. A sobrecarga de trabalho, exaustão física e emocional, demandas dos pacientes, déficit de recursos humanos especializados, de materiais, assim como a falta de apoio psicológico para a equipe de enfermagem, a iminência da morte, os transtornos psicológicos e espirituais dos pacientes e a probabilidade de intercorrências durante o turno também foram assinalados como fatores geradores de sobrecarga de trabalho, que contribuem diretamente para essa realidade^{12,13}.

O profissional de enfermagem destaca a importância da assistência de um psicólogo, devido ao despreparo e a vulnerabilidade a que este está exposto quando se depara com o processo de morrer/morte do paciente oncológico sob seus cuidados. Percebe-se que os profissionais de enfermagem apresentam dificuldades em conceituar a filosofia de cuidados paliativos e a finitude da vida, agregado a falta de instrumentalização, são fatores que dificultam o cuidado e geram sofrimento para os profissionais, sendo necessária uma capacitação prévia.

Também, evidenciou-se, a partir das pesquisas, que os profissionais de enfermagem têm dificuldades em aceitar o processo de morrer/morte, sentindo-se fracassados por não proporcionar a restauração da saúde do paciente que já tem um diagnóstico fora de possibilidades de cura, e por não conhecer a proposta dos cuidados paliativos. Muitas vezes esses profissionais ainda acreditam e conseqüentemente atuam investindo na busca do tratamento curativo¹⁴.

Destaca-se que o cuidado paliativo é uma abordagem que busca atender as necessidades do paciente e sua família durante a finitude da vida. O profissional de enfermagem deve trabalhar as dificuldades e os conflitos éticos diante do paciente, a fim de que as tomadas de decisões não sejam isoladas, buscando a melhoria da qualidade da assistência¹⁵.

2. Sentimentos dos profissionais diante do processo de morrer e morte

Compuseram esta categoria artigos, que evidenciaram que o profissional de enfermagem só aceita a finitude da vida quando vivencia o processo de morrer/morte dos seus pacientes. Ao perceber a possibilidade de morte dos seres cuidados, o profissional tende a manifestar sentimento de tristeza e sensação de vazio, pois a preservação e o prolongamento da vida são os seus objetivos e, por conseguinte, podem sentir-se incapazes ou frustrados quando não obtêm êxitos em suas tentativas¹⁶.

Além disso, o profissional de enfermagem menciona o despreparo frente à terminalidade como uma questão assustadora, temida e incômoda no cotidiano, provocando sentimentos de negação, revolta, tristeza e angústia, podendo gerar indiferença do profissional no cuidado ao paciente oncológico, sendo um mecanismo de defesa para se manter mentalmente hígido. Assim, sentimentos de indiferença podem compor estratégias de autodefesa e proteção¹⁷.

Da mesma forma, percebe-se que o processo de morrer/morte para os profissionais de enfermagem parece ser tolerado quando se trata de um paciente idoso. Isto porque as pessoas idosas, em sua maioria, completaram o processo de desenvolvimento da vida, como nascer, crescer e envelhecer, compreendendo a etapa final do ciclo de vida¹⁸.

O vínculo com o paciente e sua família foi evidenciado como algo desgastante emocionalmente, um estudo enfatizou que quanto maior o convívio dos profissionais de enfermagem com o paciente e sua família, mais difícil é o enfrentamento da perda.

Por outro lado, artigos analisados também apontaram que, um simples gesto, olhar ou até mesmo o envolvimento emocional e a formação de vínculo por parte dos profissionais de enfermagem, possibilita uma relação de confiança entre doente, família e profissional. O mesmo deduz que o tratamento e os cuidados oferecidos a esse paciente fazem com que, os medos e as angústias gerados pelo processo de morrer/morte sejam amenizados. O contato constante entre paciente e a equipe propicia compartilhamento de sentimentos e emoções, podendo resultar em uma relação empática e solidária¹⁹.

3. Satisfação por promover qualidade de vida aos pacientes oncológicos

A presente categoria foi relacionada aos artigos que citaram como os profissionais têm satisfação ao realizar os cuidados paliativos e assim, promovem uma qualidade de vida ao paciente oncológico no final de sua vida. Ficou evidente que o profissional de enfermagem sente a importância de criar vínculo com o paciente/família, pois compartilham momentos de alegria, mas também dificuldades e angústias²⁰.

Os profissionais experimentam sentimentos de realização, dever cumprido e satisfação ao visualizar os resultados do seu trabalho por meio do reconhecimento manifestado pelo doente com câncer e seus familiares. Tais sentimentos motivam a equipe de enfermagem a prosseguir exercendo a arte de cuidar¹⁷. Nesse sentido, que a satisfação gera um contexto propício para o desenvolvimento da qualidade do serviço, influencia na forma de como o cuidado é prestado e no relacionamento terapêutico entre o profissional e paciente oncológico¹¹.

Para os profissionais, a qualidade de vida do paciente oncológico são cuidados prestados que visam o conforto e bem estar, minimizando os sintomas da patologia e melhorando a qualidade de vida. Artigos trouxeram a luz a efetividade nos cuidados ao final da vida, e as estratégias que os profissionais utilizam para controlar os sintomas físicos, psicológicos e espirituais, contribuindo assim, para que haja uma assistência humanizada e um relacionamento empático entre a tríade profissional/paciente/família.

Considerações Finais

A partir dos resultados, constata-se o alcance do objetivo do estudo, uma vez que possibilitou identificar como os profissionais manejam o processo de morrer/morte do paciente oncológico em cuidados paliativos, enfatizando que a enfermagem possui dificuldades no enfrentamento das questões ligadas aos cuidados em final de vida. Evidenciou-se a falta de preparo profissional associada a insuficiente discussão sobre a temática dos cuidados paliativos e do processo de morrer/morte durante a formação profissional. Além disso, pode-se identificar que os profissionais de enfermagem compreendem a formação voltada para lidar com a vida, prestar cuidados e proporcionar a restauração da saúde e não a finitude da mesma.

Diante disso, pode-se afirmar que as dificuldades enfrentadas no cotidiano, o desconhecimento sobre os cuidados paliativos e a não-comunicação com o paciente e familiares prejudicam a qualidade do cuidado e a humanização da assistência. Embora a morte faça parte da rotina de trabalho do profissional de enfermagem, ainda é considerada como processo difícil de lidar, gerando sentimentos de tristeza, impotência e frustração. A indiferença e a imparcialidade apresentam-se como mecanismos de defesa para o não envolvimento afetivo com o paciente oncológico. Por outro lado, destaca-se que apesar das dificuldades em lidar com o processo de

morrer/morte do paciente oncológico, os profissionais de enfermagem manifestam satisfação pessoal e prazer ao estabelecer uma relação interpessoal voltada às necessidades dos pacientes e sua família.

Enfim, a partir dos resultados obtidos nesta revisão de literatura pode-se apreender que a inclusão de temas relacionados ao processo de morrer/morte e cuidados paliativos, na área da oncologia, continuam sendo lacunas importantes na formação dos profissionais de enfermagem. Nesse sentido, propiciar espaços de discussão e de atualização em educação continuada, bem como oportunizar reflexões em equipe sobre o cotidiano da assistência ao cuidado a pacientes oncológicos em cuidados paliativos, podem vir a contribuir para instrumentalizar, qualificar e fortalecer os profissionais para o cuidado dos pacientes em final de vida e seus familiares.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Agência internacional para pesquisa do câncer (IARC) relatório globocan. 2012. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/cancer_matou_2_milhoes_diz_oms. Acesso em: 16/03/2017.
2. INCA. Instituto Nacional do Câncer. Incidência de Câncer no Brasil. Estimativa 2016. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2%203.%20\(http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322](http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2%203.%20(http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322) > Acesso em 16/03/2017
3. INCA. Instituto Nacional do Câncer. O que é o câncer. Disponível em < http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322 > Acesso em 16/03/2017
4. LIMA RAG. Experiências de pais e outros familiares de crianças e adolescentes com câncer: bases para os cuidados paliativos. Tese de Livre Docência Não Publicada, Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. (2003).
5. RIBEIRO ARS. Psicologia pediátrica em um hospital-escola. Em R. R. Kerbauy (Org.), Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação. A ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. (pp. 139-147). Santo André: Arbytes. (2000)
6. SOUZA LGA, BOEMER MR. O cuidar em situação de morte: algumas reflexões. Medicina Ribeirão Preto, 38(1), 49-54. 2005.
7. KOVÁCS MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. Psicologia USP, 2(14), 115-167.
8. TORRES WC. A bioética e a Psicologia da Saúde: reflexões sobre questões de vida e morte. Psicologia: Reflexão e Crítica, 3(16), 475-482. (2003).

9. MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010, 407p.
10. ANDRADE JS, VIEIRA MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v.58 n.3, p.261-265, maio/jun. 2005.
11. BARBOSA IA, SILVA MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v.60 n.5, p. 546-551, set/out. 2007.
12. SILVA MM et al. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. Esc Anna Nery.Enferm. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 460-466, jul/set. 2015.
13. VASQUES TCS et al. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da implementação dos cuidados paliativos. Rev. Enferm. UERJ. Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 16-22, jan/mar. 2013.
14. VASQUES TCS et al. Percepções dos trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos. Rev. Eletr. Enferm. UFG. Goiânia v. 15; n. 3, p.772-779, jul/set. 2013.
15. SILVA MF, FERNANDES MFP. A ética do processo ante o gerenciamento de enfermagem em cuidado paliativo. Rev. Mundo da Saúde. São Paulo, v.30, n.2, p.318-325, abr/jun. 2006.
16. LIMA PC et al. O ser enfermeiro de uma central de quimioterapia frente a morte do paciente oncológico. Esc. Anna Nery.Enferm. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 503-509, jul/set. 2014.
17. ALMEIDA CSL, SALES CA, MARCON SS. O existir da enfermagem cuidando na terminalidade da vida: estudo fenomenológico. Rev Esc. Enferm USP.São Paulo, v. 48, n. 1, p. 34-40, fev. 2014.
18. BORGES ADVS. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. Psicologia em estudo online. Maringá, v.11, n.2, p.361-369, maio/jun. 2006.
19. STUMM EMF, LEITE MT, MASCHIO G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. Rev. Cogitare Enferm. Curitiba, v.13, n.1, p.75-82, jan/mar.
20. CARDOSO DH et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: na vivência de uma equipe multiprofissional. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134-1141, out/dez. 2013.

55.O RENASCIMENTO DA VIDA: PRÁTICAS REALIZADAS POR PROFISSIONAIS ENFERMEIROS NA ASSISTÊNCIA DO PARTO DOMICILIAR

THE RENAISSANCE OF LIFE: HOMELESS PARENTING BY NURSING PROFESSIONALS

EL RENACIMIENTO DE VIDA: TRABAJO DOMÉSTICO AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

GONÇALVES, Indutati¹

SILVA, Rosângela Marion da²

Introdução: A gestação é um momento onde ocorrem significativas mudanças na vida de uma mulher, sendo estas fisiológicas, psicológicas, culturais e sociais. O momento do trabalho de parto e parto é um processo onde a mulher pode exercer sua total autonomia e que por muito tempo foi realizada no domicílio e no seio de sua família, podendo expressar seus desejos, medos e sentimentos sem serem repreendidas.¹ Pesquisa realizada por Gama e Leal em 2014 revelou que no Brasil partos cesáreos representam 52% dos nascimentos, sendo que destes 88% são realizados no setor privado de saúde. Ainda nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que o limite desejável para cesarianas englobaria apenas 15% dos partos realizados no mundo todo. Dentre as mulheres que tiveram parto vaginal, houve uso excessivo de intervenções e procedimentos pois há predominância ainda no modelo medicalizado e que desconsidera evidências científicas que reforçam que o parto deve ser um momento da mulher. Outro dado relevante, narra que a gestante na maioria das vezes fica restrita ao leito, sem alimentação durante o trabalho de parto, fazendo uso de ocitocina no intuito de aumentar as contrações para tornar o trabalho de parto mais rápido e a posição dorsal é a mais utilizada colocando em evidência o uso inadequado e abusivo de práticas desnecessárias no parto como, por exemplo, o uso da episiotomia.² Por este motivo a assistência intervencionista tem sido muito questionada e se tornou uma insatisfação para a gestante. Desse modo, o cuidado contemporâneo traz uma nova abordagem, o protagonismo do parto centrado na mulher e atendendo o desejo dela de querer ter o seu bebê da forma mais natural possível.¹ Assim, surge a opção do parto domiciliar planejado para estas mulheres que buscam ter um parto mais natural e independente. Nesse outro modelo de assistência o protagonismo da mulher e sua singularidade são as principais questões para o profissional e o objetivo é garantir a autonomia da gestante por meio do respeito a fisiologia do processo de parir, aos aspectos socioculturais da mulher, garantir o direito de um acompanhante durante todo o processo e assim promover partos mais saudáveis, sem intervenções desnecessárias.² Adentrando neste contexto está o profissional de enfermagem, enfermeiro (a) obstetra que tem sua formação baseada na humanização, na valorização da autonomia da parturiente.² E observa-se também o movimento de algumas mulheres que estão optando por realizar o seu parto no ambiente domiciliar com o acompanhamento do profissional de enfermagem. Portanto, após o que foi exposto este trabalho tem por objetivo descrever sobre as práticas e a percepção que o enfermeiro (a) tem acerca do parto domiciliar e tem como questão norteadora: Como o profissional de enfermagem percebe a sua prática em relação ao parto

¹ Acadêmica de enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS). Brasil. E-mail: indutati23@hotmail.com;

² Enfermeira, Doutora em Ciências. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: cucasma@gmail.com

domiciliar? **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa de literatura sobre as práticas realizadas por profissionais enfermeiros na assistência do parto domiciliar. Foi realizado uma busca nas bases de dados Scientific Eletronic Library Online (Scielo) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), com os descritores ‘parto domiciliar’ e ‘enfermeiros’ no período de outubro a novembro de 2016, na qual foram encontrados 29 estudos que atendiam os critérios de inclusão: ter sido realizado com enfermeiro (a) que atuava na assistência ao parto domiciliar e que estivessem sido produzidos nos últimos cinco anos. E os critérios de exclusão foram teses, dissertações e artigos que não estivessem na íntegra. Dentre os 29 estudos identificados, foram selecionados 3. Para análise dos estudos foi realizada a leitura dos artigos na íntegra. **Resultados/ discussão:** Para FRANK e PELLOSO (2013), a assistência prestada a mulher deve estar centrada em três requisitos: influência que o ambiente domiciliar exerce no resgate da humanização do parto; a promoção de segurança no parto domiciliar; preocupação com os materiais. Os autores enfocam a importância que o ambiente domiciliar tem de influenciar no processo de parir, o domicílio é um lugar que transmite tranquilidade, paz e segurança para a gestante e que a torna sujeito ativo e atuante em todo seu o processo de parto. Também evidenciam a segurança da gestante, pois estavam preparados para qualquer intercorrência. Levando em consideração que eram gestações de baixo risco, que haviam realizado pré-natal com os profissionais de enfermagem que prestariam assistência ao parto. Segundo MARTINS, ALMEIDA e MATTOS (2013) o papel fundamental que o enfermeiro exerce no momento do parto, criando um laço de confiança com a gestante e juntos poderem tomar decisões que assegurem o melhor cuidado para esta parturiente. Reforçam que o profissional não deve fazer uso invasivo de tecnologias, sem haver necessidades, embasados em conhecimento técnicos e científicos o profissional passa a utilizar meios que considera favorável, tais como, práticas não farmacológicas de alívio da dor, para que o parto ocorra da melhor maneira possível. E neste contexto o profissional de enfermagem desponta na ascensão ao parto domiciliar, visando a realização de um parto humanizado onde a mulher tem total controle do seu corpo. Para MATTOS E VANDENBERGHE (2016) a percepção que os profissionais de enfermagem têm a respeito da prática na assistência ao parto domiciliar é que muitas vezes é dificultada por questões que envolvem o preconceito cultural e também por parte de outros profissionais, que veem o parto domiciliar como sendo uma prática perigosa para a mulher e o recém-nascido. Além disso, encaram a falta de apoio logístico por parte do sistema de saúde, para obter materiais e medicamentos específicos que são restritos aos hospitais. **Considerações finais:** Com a leitura dos artigos evidencia-se os benefícios que o parto domiciliar traz a gestante, pois ele permite que a mulher tenha o seu parto em um ambiente acolhedor, com a presença e apoio de sua família e contando com a assistência do profissional de enfermagem, ao qual está preparado para qualquer intervenção que possa vir a ocorrer. E assim consiga também extinguir o preconceito cultural que existe entorno do parto domiciliar, exercendo o respeito a decisão da parturiente e aos seus desejos, com esta conduta incentivar a autonomia das mulheres que desejam ter o seu momento de parir no aconchego do seu lar e próximo as pessoas que a fazem se sentir bem.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Descritores: parto domiciliar; enfermeiros; parto normal.

Descriptors: Home birth; nurses; normal birth.

Descritores: parto en casa; enfermeras; parto normal.

REFERÊNCIAS

1 NASCIMENTO, J.P.; MATTOS, D.V.; MATÃO, M.E.L. et al. **O empoderamento da mulher no parto domiciliar planejado** Rev enferm UFPE on line., Recife, 10(Supl. 5):4182-7, nov., 2016

- 2 GAMA, S.G.N., LEAL, M.C. **Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento:** Parir no Brasil. Sumário Executivo Temático da Pesquisa, 2014.
- 3MATTOS, D. V.; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C. A. **O enfermeiro obstetra no parto domiciliar anejado.** Rev enferm UFPE on line, Recife, 10(2):568-75, fev. 2016.
- 4 FRANK, T. C.; PELLOSO, S. M. **A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado.** Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(1):22-29.
- 5 MARTINS, C. A.; ALMEIDA, N. A. M.; MATTOS, D. V. Parto **domiciliar planejado:** assistido por enfermeiro obstetra. Enfermería Global, 2012. Jul.



56. O TRABALHO DE PROFISSIONAIS EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE WORK OF ACTING PROFESSIONALS IN AN URGENT MOBILE CARE SERVICE: EXPERIENCE REPORT

EL TRABAJO DE ACTUAR PROFESIONALES EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN MÓVIL URGENTE: INFORME DE EXPERIENCIA

BACKES, Carolina¹; BEUTER, Margrid²; VENTURINI, Larissa³; BRUINSMA, Jamile Laís³; BENETTI, Eliane Raquel Rieth³; JACOBI, Caren da Silva³; SILVA, Matheus Souza⁴

Introdução: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) trata-se de um serviço de saúde, cuja ligação para o número 192, destina-se a Central de Regulação de Emergências Médicas, que orienta e direciona ações convenientes para cada situação¹. O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003, institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Em seu artigo terceiro define que a Política Nacional deve ser instituída através de componentes fundamentais, incluindo o componente Pré-Hospitalar Móvel, definido como SAMU². Elucida-se, assim, que o SAMU e demais serviços associados de salvamento e resgate mostram-se como realidade peculiar de atuação de profissionais de saúde, necessitando de reflexões e dimensionamentos específicos. Mediante sugestão de realização de trabalho de observação de cuidado, pela disciplina de Introdução às Ciências Sociais e da Saúde, disponibilizada na grade curricular do 1º semestre da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), optou-se por realizar o dever no município de Santo Cristo, localizado na região noroeste do Rio Grande do Sul (RS). A entidade escolhida foi o Hospital de Caridade, que em sua estrutura corporativa, conta com um SAMU. **Objetivo:** relatar o trabalho desempenhado por profissionais do SAMU, associando conceituações teóricas à experiência vivenciada por uma acadêmica de Enfermagem. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência da observação da rotina de trabalho de profissionais de um SAMU, desenvolvida por solicitação de uma disciplina da grade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem. A presente atividade foi realizada no dia 20 de junho de 2014, das sete horas ao meio dia, totalizando cinco horas. A autorização de observação do trabalho do SAMU concedida pelo Hospital incluiu a condição de não acompanhar a ambulância nos atendimentos, pois o deslocamento com o veículo envolve riscos. Os profissionais que transitam no veículo são devidamente segurados pelo Hospital, na garantia da ocorrência de eventuais acidentes de trabalho. Portanto, acompanhou-se o trabalho dos profissionais apenas no espaço físico em que atuam, atentando para a organização do local e da ambulância, bem como, a rotina e as atribuições dos profissionais. A proposta de operacionalização da atividade de observação incluía a manifestação de pré-noções acerca do serviço visitado. **Resultados:** a

¹ Relatora. Aluna do sétimo semestre da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: karolbackes@hotmail.com.

² Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPEGNF) da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

³ Coautora. Enfermeira. Doutoranda do PPEGNF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

⁴ Coautor. Enfermeiro. Mestrando do PPEGNF da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

acadêmica, antes de ingressar no serviço, detinha o conhecimento de que o SAMU localizava-se junto ao Hospital, e que seu trabalho era controlado através de uma central de atendimentos. Considerava que havia uma sala específica destinada ao SAMU dentro do próprio hospital sem, entretanto, conhecer o número de profissionais que desempenhavam o atendimento, a estrutura interna da ambulância e da sala do SAMU, além do local que o mesmo ocupava dentro do hospital. O Hospital de Caridade de Santo Cristo é uma instituição filantrópica, com 83 anos de fundação na ocasião da realização do trabalho. A unidade do SAMU de Santo Cristo, cujo início de funcionamento data de agosto de 2009, conta com dez funcionários (entre Técnicos de Enfermagem e Condutores), além de uma enfermeira chefe, que coordena o trabalho. O serviço conta com uma ambulância de suporte básico, do tipo B, que se responsabiliza em atender, além da cidade sede, também os municípios vizinhos: Porto Lucena, Porto Vera Cruz e Alecrim. A prioridade de deslocamento dos pacientes é para o Hospital de Caridade de Santo Cristo, considerado referência por ser a unidade sede do SAMU. Porém, em casos mais graves, autoriza-se o deslocamento para municípios como Santa Rosa/RS, que dispõem de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e médicos especializados em determinadas áreas, a exemplo da traumatologia. A ambulância tem suporte para transportar até dois pacientes. Conforme relatório enviado à 14ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), no período compreendido entre agosto de 2011 até o início do ano de 2014, os atendimentos realizados pelo SAMU SB 48 (Suporte Básico 48), foi de 971. Destes, 284 atendimentos corresponderam a acidentes automobilísticos, perfazendo 30%; 121 a traumas como fraturas gerais (13%); 170 a eventualidades cardiológicas (17%); 150 a eventualidades neurológicas (15%); 147 a eventualidades respiratórias (15%); 13 atendimentos relacionados à obstetrícia (1%); 85 atendimentos classificados como outros (9%); houve um trote telefônico. Durante a manhã em que foi realizado o trabalho de observação, não houve registro de chamados para atendimento. O trabalho de observação no campo contou também com informações fornecidas pelos profissionais plantonistas daquele turno, um condutor e uma técnica de enfermagem. Aos profissionais, atuantes nesse serviço cabe também a função de prever e prover a reposição de materiais à ambulância e à própria sala do SAMU no hospital, incluindo o controle de cilindros de oxigênio, check-list mecânico e manutenção preventiva de equipamentos. Ao associar a prática observada à teoria abordada na disciplina de Introdução às Ciências Sociais e da Saúde, apresenta-se o conceito de responsabilidade abordado por Ayres (2004) em seu artigo “O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde”, na página 24: *“A responsabilidade assume relevância para o Cuidado em saúde em diversos níveis, já desde aquele de construção de vínculos serviço-usuário, de garantia do controle social das políticas públicas e da gestão dos serviços, até este plano em que se localiza aqui a discussão. É preciso que cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interroguem acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos”*³. **Conclusão:** a relevância em desenvolver a observação de cuidado no SAMU, consiste principalmente em suprir a lacuna existente na graduação, referente à formação pré-hospitalar. A grade curricular do Curso de Enfermagem da UFSM dispõe de uma disciplina complementar de graduação, que aborda os temas de urgência e emergência, entretanto, é imprescindível experienciar a prática para além da teoria. Neste sentido, o diálogo com os profissionais atuantes no SAMU contribuiu para o esclarecimento de dúvidas e visão ampliada do trabalho prestado por eles. A Enfermagem desempenha significativas atribuições no SAMU, referente à prestação de primeiros socorros, e a atuação como socorrista perpassa os aprendizados adquiridos na formação técnica e acadêmica. Relatar a experiência oriunda do trabalho de

observação denota a importância de compreender os aspectos organizacionais e atribuições implicadas no exercício profissional da Enfermagem.

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

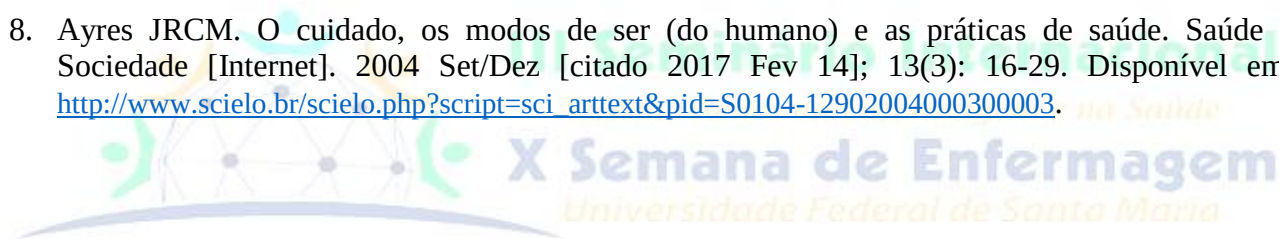
Descritores: Assistência à Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Enfermagem

Descriptors: Delivery of Health Care; Emergency Medical Services; Nursing.

Descriptores: Prestación de Atención de Salud; Servicios Médicos de Urgência; Enfermería.

REFERÊNCIAS

6. Samu – Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. [Internet]. [citado 2017 Fev 14]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/144/SAMU>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Portaria GM/MS nº 1863 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003 Set 29 [citado 2017 fev 14]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html.
8. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do humano) e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade [Internet]. 2004 Set/Dez [citado 2017 Fev 14]; 13(3): 16-29. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003.



57. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO HOSPITALAR: DESAFIOS DA GESTÃO

ORGANIZATION OF NURSING ASSISTANCE IN A HOSPITAL ADVANCE SERVICE: MANAGEMENT CHALLENGES

ORGANIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN SERVICIO DEL PRIMEROS AUXILIOS: DESAFIOS DE LA GESTIÓN

OLIVEIRA, Isabel Cristine¹; SODER, Rafael Marcelo²; WEILLER, Teresinha Heck³; ESCHER, Meire Suzana⁴; SCHNEIDER, Fabiéli Muniz Varga⁵; SANTOS, Luana Escobar⁶; PETRY, Letícia⁷

Resumo

O Pronto Atendimento (PA) hospitalar é caracterizado por ser um ambiente inconstante, onde os profissionais de enfermagem devem estar preparados para atender todas as intercorrências. Objetivou-se conhecer as percepções dos profissionais da enfermagem na organização da assistência prestada ao usuário no PA. Caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, com população amostral escolhida de forma intencional abarcando 21 participantes, nestes, enfermeiros e técnicos de enfermagem, funcionários de um PA do noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Da análise emergiu duas categorias: importância da educação permanente no Pronto Atendimento; gestão do cuidado e organização dos serviços no Pronto Atendimento. Concluiu-se que o setor de PA é um ambiente de trabalho desgastante para os profissionais de enfermagem, pois exige habilidade, agilidade, competência e resolutividade nos atendimentos prestados, sustentado pela qualidade da assistência ao usuário em situação de cuidado a saúde.

Descritores: Enfermagem; Saúde; Cuidado; Gestão.

Abstract

The hospital advance service is characterized by being a fickle environment, where nursing professionals must be prepared to attend to all intercurrents. The study aimed to know the perceptions of nursing professionals in the organization of care provided to the user in PA. It is characterized as a qualitative, exploratory and descriptive research. For data collection, the semi-structured interview was used, with a sample population intentionally chosen, comprising 21 participants, in these nurses and nursing technicians, employees of an AP in the northwest of the state of Rio Grande do Sul. From the analysis emerged two categories: the importance of permanent education in the Early Care; Management of the care and organization of the services in the Pronto Service. It was concluded that the PA sector is an exhausting work environment for nursing professionals, since it requires skill, agility, competence and resolution in the services rendered, supported by the quality of the assistance to the user in a health care situation.

Descriptors: Nursing; Health; Care; Management.

Resumen

El servicio del primeros auxilios del hospitales caracteriza por ser un entorno inestable donde las enfermeras deben estar preparados para cumplir con todas las complicaciones. El objetivo del estudio fue identificar las percepciones de los profesionales de enfermería en la organización de la asistencia al usuario en PA. Se caracteriza como una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva. Para recopilar los datos, se utilizó una entrevista semiestructurada, con población de la muestra se eligió intencionadamente, elegido 21 participantes, ellos enfermeros y técnicos de enfermería, empleados de un PA, en el noroeste del estado de Rio Grande do Sul. El análisis permitió la construcción de dos categorías: la importancia de la formación continua en el servicio de urgencias; cuidar la gestión y organización de los servicios en el servicio de urgencias. Se concluyó que el sector de la PA es un ambiente de

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/RS. Email: isakbel@hotmail.com

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente na Universidade Federal de Santa Maria-Campus Palmeira das Missões/RS.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pró-Reitora de Extensão e Docente no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/RS.

⁴ Enfermeira Assistencial do Hospital de Caridade de Alecrim/RS.

⁵ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-Campus Palmeira das Missões/RS.

⁶ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-Campus Palmeira das Missões/RS.

⁷ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-Campus Palmeira das Missões/RS.

trabajo estresante para las enfermeras, ya que requiere habilidad, agilidad, habilidad y firmeza en la atención que reciben, con el apoyo de la calidad de la asistencia a los usuarios en la situación de la atención sanitaria.

Descriptor: Enfermería; Salud; Cuidado; Gestión.

Introdução

Os serviços de Pronto Atendimento (PA) hospitalar foram organizados e estruturados para absorver uma demanda sem características de atendimento de urgência. Nesse sentido, o PA caracteriza-se como uma porta de entrada para usuários que buscam espontaneamente o serviço, muitas vezes deambulando e com acesso direto à uma recepção e sua sala de espera, ou seja, não sendo caracterizado como urgência ou emergência. Mesmo não tendo características de atendimento emergencial, ressalta-se que todo usuário que busca os serviços do PA, tem o direito legal de receber o atendimento, respeitando-se quando necessário a garantia da referência garantida mediante encaminhamento realizado por meio das centrais de regulação ou, quando estas não existirem, através de fluxos previamente pactuados.¹⁻²

Enquanto que o serviço de emergência é caracterizado por ser um ambiente no qual os usuários que buscam atendimento, apresentam quadros clínicos complexos e grande parte destes, risco de morte iminente, necessitando de avaliação a saúde imediata. Diferentemente do serviço de urgência, que é um ambiente onde os que ali se encontram, necessitam de uma maior resolutividade, porém, podem ocorrer agravos do quadro de saúde, além de intercorrências com ou sem risco potencial de vida, necessitando de igual forma, avaliação especializada imediata.¹

Nesse interim, o PA é caracterizado por ser um ambiente inconstante, onde os profissionais de enfermagem devem estar preparados para atender a todas as intercorrências, seja ela grave ou não.³ Este fator gera a equipe um desgaste tanto físico como psicológico, uma vez que exige um atendimento preciso e rápido ao usuário e, muitas vezes, aos seus familiares. Ressalta-se a importância destas unidades serem providas de ambientes qualificados, da mesma forma que os profissionais sejam devidamente preparados e capacitados constantemente.⁴

Os profissionais de enfermagem que atuam neste serviço tem como prioridade a manutenção das funções fisiológicas apresentadas por cada indivíduo, evitando quaisquer prejuízo no estado de saúde, resultando como consequência a necessidade ou não de algum tratamento definitivo.⁵ Assim, torna-se fundamental que a equipe de enfermagem possa desenvolver suas atividades de forma unida e resolutiva, prestando uma assistência adequada, gerando maior resolutividade.

Nessa perspectiva, o enfermeiro desenvolve atividades fundamentais nos serviços de PA, envolvendo estratégias e ações organizacionais. Assim, a organização a partir da gestão é uma ação complexa, onde o profissional é responsável pela organização dos trabalhos de toda a equipe, isso inclui: os recursos humanos em enfermagem; a educação permanente; o cuidar e a garantia da execução de todas as atividades inerentes a enfermagem.⁶

Em vista disso, tem-se como questão norteadora do estudo: Quais as percepções dos profissionais da enfermagem frente a organização da assistência prestada ao usuário no Pronto Atendimento? Assim, com base na situação descrita, tem-se por objetivo conhecer as percepções dos profissionais da enfermagem frente a organização da assistência prestada ao usuário no Pronto Atendimento.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva. A escolha pela abordagem qualitativa⁷ deu-se por proporcionar aos pesquisados a possibilidade de argumentação sobre a realidade vivenciada no serviço. A população amostral foi escolhida de forma intencional,⁸ visto que todos os profissionais do serviço do PA participaram do estudo, envolvendo enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no PA.

O estudo foi realizado no Pronto Atendimento (PA) de um hospital de médio porte com um total de 110 leitos, localizado no noroeste do estado do Rio Grande do Sul, em uma entidade sem fins lucrativos. No hospital atuam 31 médicos, 69 técnicos de enfermagem e 16 enfermeiros compondo a equipe de enfermagem e mais de 60 profissionais de outras áreas alocados em setores específicos. O PA da instituição é referência de atendimentos para sete cidades circunvizinhas, atendendo cerca de 52.575 habitantes.

As entrevistas foram realizadas a partir de um instrumento com questões semiestruturadas, gravadas em um sistema digital e posteriormente transcritas para realização da análise temática⁷ transcorrendo pelas etapas da pré análise com a exploração do material, tratamento dos resultados, a inferência, e a interpretação, codificação e a categorização.

Incluíram-se os profissionais que, trabalhavam há no mínimo seis meses no PA e, após o contato e agendamento conforme disponibilidade, além de esclarecimentos relativos às questões éticas, aceitaram participar da pesquisa, abrangendo o universo de profissionais da enfermagem desse setor, totalizando 21 participantes. Os dados foram coletados no período de julho a agosto de 2016.

Os preceitos éticos foram seguidos conforme determina a legislação em vigor,⁹ sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (Termo Substanciado nº 1.630.232). Os participantes do estudo foram identificados pela letra 'E' (enfermeiro) e 'T' (técnico em enfermagem), seguida da ordem de como foram realizadas as entrevistas.

Resultados e Discussão

A análise do estudo permitiu que as seguintes categorias fossem emergidas, contextualizando as ações e estratégias da gestão e organização no setor de Pronto Atendimento, conforme a visão dos profissionais da Enfermagem, apresentadas no quadro 1:

Quadro 1 – Categorias temáticas

Categorias	Resultados

A importância da educação permanente no Pronto Atendimento	Todos os profissionais devem se atualizar constantemente (E.1) Treinamento eficiente, com mais de uma etapa [...] (E.5). Deveria ser rotina do hospital, fornecer qualificação e treinamentos para as equipes. (T.4) Equipe bem treinada e preparada para todas as situações é fundamental para o bom atendimento. (T.9) Cursos de urgência e emergência e também de automotivação e confiança para os profissionais (T.5). As técnicas e protocolos mudam com o tempo, tem que aperfeiçoar para o bom desempenho (T.14)
Gestão do cuidado e organização dos serviços no Pronto Atendimento.	[...] capacitaria de forma efetiva, para que assim melhorasse o fluxo de pacientes (E.7). Faria mais reuniões de equipe e treinamento rotineiramente (E.3). Melhor organização dos pacientes para o atendimento onde não ficassem aguardando no lado de fora e sim em uma sala. (T.10). Estabeleceria rotinas e qualificação, treinamentos para as equipes (T.3). Reorganizar os setores com a quantidade de funcionários necessários conforme o fluxo de pacientes (T.8). Mais materiais e mais aparelhos para uma ajuda mais competente (T.11)

A importância da educação permanente no pronto atendimento

O PA caracteriza-se por ser um local complexo e abarca inúmeras especificidades. A educação permanente torna-se um dos pilares que sustentam a qualidade e eficiência das ações e estratégias dos serviços de enfermagem nesse local, necessitando ser enquadrada dentro do contexto do trabalho na área da saúde. Assim, cabe ressaltar que a característica do público a ser abordado deve ser levado em consideração, envolvendo as atividades cotidianas e rotineiras no rol de atualizações dos profissionais que atuam no PA.¹⁰⁻¹¹

A atualização por meio da educação permanente direcionada aos profissionais de saúde torna-se um elemento essencial para qualificar os serviços prestados no PA.¹² Visto que o aperfeiçoamento das técnicas, os novos conhecimentos e a atualização continuada acerca dos protocolos de atendimento, permite que os profissionais se sintam mais preparados e confiantes, e assim, garante melhor qualidade, agilidade e segurança na assistência.

Nessa perspectiva, pode-se observar a importância da educação permanente nas citações dos participantes da pesquisa (quadro 1), onde é evidenciado a necessidade de estarem em atualizações constantes percorrendo diversos assuntos. Ressalta-se que são temas importantes para serem trabalhados com toda a equipe do setor, pois assim, os profissionais têm a possibilidade de construir relações de trabalho mais harmônicas, buscando agir com alta qualidade técnica e humana nas situações de urgência.

A educação permanente pode ser caracterizada como possibilidade de mudança do trabalho no campo da saúde, seguindo a perspectiva de que o profissional está em contínua atualização, adotando novas praxes críticas, reflexivas, compromissadas e tecnicamente efetivas. Ainda quando embasada em metodologias diferentes, quando reunidas, a educação permanente proporciona o fortalecimento do trabalho, qualificando os profissionais nas suas fragilidades e potencializando os serviços que requeiram a reflexão aliada com a técnica em momentos de alta tensão/pressão.¹²

Por se tratar de um processo educativo, o profissional tem a possibilidade de refletir e executar suas ações, conduzidas pelos seus valores políticos, culturais e éticos, preservando também a qualidade técnica na condução clínica no atendimento ao usuário em situação crítica.¹³ Dessa forma, torna-se relevante o interesse

do profissional na busca de qualificação constante, possibilitando dessa forma, atualização de suas habilidades, e por conseguinte, eficiência no processo de trabalho da enfermagem.¹⁰⁻¹¹

O empenho e a atenção da equipe de enfermagem influenciam fortemente na qualidade da assistência prestada aos usuários no PA, ao passo que, o trabalho de enfermagem é de total importância para os serviços de saúde. Bem como, os processos capacitativos exercem materialidade e segurança no desenvolvimento de estratégias e ações onde ocorrem transformações e mudanças na rotina de setores considerados críticos.¹⁴⁻¹⁵

Nessa perspectiva, a educação permanente é um agente transformador do profissional, e consequentemente faz uma conversão positiva da qualidade dos serviços prestados, visto que dá sustentação na forma, método e modelo de condução teórico-prática dos eventos presentes no Pronto Atendimento.

Gestão do cuidado e organização dos serviços no pronto atendimento

A gestão do cuidado e a organização dos serviços, está diretamente ligada à forma de assistência que será prestada aos usuários, pois é por meio destas que a enfermagem organiza o processo de trabalho do PA. A gestão do cuidado é de responsabilidade dos profissionais de enfermagem, capitaneada pelo(a) enfermeiro(a), o qual, a qualidade dos serviços prestados está diretamente ligado ao modelo organizativo desenhado pela coordenação do setor.

No quadro 1, pode-se evidenciar que os pesquisados relatam a importância da gestão com qualidade para que não haja prejuízo no serviços. Os profissionais ressaltam que não são estimulados e nem encorajados a uma atualização permanentemente, bem como à estabelecer rotinas protocolares, cuidar com o desperdício de materiais, concluindo que há o desinteresse na qualidade dos serviços prestado no pronto atendimento.

A gestão do cuidado se insere como parte primordial na assistência da equipe de enfermagem, transpassando os princípios técnicos, pois exige do profissional, criatividade e autonomia para realizar modificações do seu modelo de cuidar e gerir. Ligado a isto, a forma em que a equipe de enfermagem presta o cuidado, deve estar voltada ao bem estar do usuário, ao seu conforto e de seus familiares, pois muitas vezes, estes estão em situações críticas e que demandam uma atenção de qualidade e humanizada. Contudo, em uma escala de importância da gestão do cuidado em situações críticas, a capacidade técnica e teoria dos profissionais ocupa o ponto mais alto da pirâmide, visto que em muitos casos, a necessidade de técnica, do agir com eficiência e eficácia, está à frente do conforto do usuário e seus familiares.¹⁶

Nessa perspectiva, ressalta-se que a elaboração de um padrão organizacional e/ou administrativo de gestão do cuidado deve englobar os preceitos éticos do profissional, seu comprometimento, sua competência técnicas e a assistência humanizada. A fim de gerar retoricamente a reflexão na equipe, de que toda a atenção ou ação direcionada ao ser humano deve ser de forma igualitária e horizontal, suprimindo as necessidades individuais de cada usuário.¹⁷

A gestão tem papel fundamental quando diz respeito ao cuidado e a atenção que são prestados aos clientes. Face a este quadro, o planejamento, a coordenação, a direção e o controle, são compreendidos como meios ou instrumentos das estratégias e ações da enfermagem. Entre estas, garantir qualidade no cuidado dos serviços prestados pela equipe de enfermagem aos usuários; coordenar e estruturar o trabalho dos profissionais de enfermagem e; assegurar recursos e infraestrutura que possibilitam uma assistência efetiva nos casos de Urgência.⁶ Cabe ressaltar que não é de plena responsabilidade da gerência fazer com que tudo ocorra da melhor forma possível, mas também de outros fatores que estejam disponíveis e em boas condições de serem usados/aplicados, a fim de suprir as necessidades de saúde existentes, havendo assim assistência de qualidade.¹⁰⁻¹¹

Dessa forma, a gestão do cuidado traduz os grandes encargos e tem importância representativa para a realização efetiva de todas as funções pelas quais os enfermeiros são responsáveis. Dentre os vários processos que cabem aos enfermeiros, os que mais são evidenciados na praxis são o cuidar/assistir, administrar/gerenciar e pesquisar/ensinar.¹⁰⁻¹¹

Por fim, a gestão do cuidado e a organização dos serviços pela enfermagem, são os alicerces de sustentação do perfeito funcionamento dos serviços no Pronto Atendimento. Entendendo que é por meio destes que a qualidade da atenção à saúde se sustenta, oportunizando assim, melhores condições de trabalho para os profissionais, bem com, maior segurança aos usuários em situações adversas de saúde.

Conclusão

Tendo em vista o que foi discutido, conjugado aos resultados apresentados, evidencia-se que as categorias que emergiram apresentam conexão em seus aspectos, demonstrando sintonia nas dificuldades reveladas no PA, principalmente em relação as condições necessárias para os profissionais desenvolverem assistência de qualidade.

Ficou claro que é fundamental os profissionais estarem em constantes atualizações, treinamentos e capacitações, a fim de proporcionar maior segurança, qualidade, habilidade técnica e clínica, buscando elevarem a autoestima e a autoconfiança na assistência à saúde no PA.

Os resultados dão indícios que a gestão do cuidado torna-se essencial no ambiente de trabalho do PA, pois por meio dela, pode-se proporcionar aos profissionais um local organizado, planejado e estruturado para exercerem suas atividades rotineiras. Visando assim, promover aos usuários uma assistência de qualidade e resolutiva nas singularidades e especialidades apresentadas por cada sujeito que necessite de cuidados pela equipe de enfermagem.

A garantia de uma assistência de qualidade, o compromisso e a dedicação dos profissionais de enfermagem, ganham forças quando a instituição disponibiliza uma estrutura adequada para o desenvolvimento do trabalho, aliada a disponibilidade de materiais e equipamentos necessários para realizarem os procedimentos que geram segurança e qualidade no atendimento.

Por fim, as categorias que emergiram a partir das análises dos dados referidos pelos sujeitos, demonstraram que o PA apresenta fatores limitantes no atendimento de urgência que podem comprometer a relação saúde-sequela-sobrevida-vida. Bem como, ficou evidente a importância da educação permanente para continuamente reforçar a segurança e habilidades em relação a assistência ao usuário pelo profissional. Assim como, pode-se identificar a necessidade da gestão do cuidado como viga mestre na organização dos serviços e sustentação da qualidade das estratégias e ações em saúde desenvolvidas no Pronto Atendimento.

Eixo Temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Brasil Ministério da saúde. Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. Boas práticas para organização e funcionamento de serviços de urgência e emergência.
2. Brasil Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 3ª ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2006.
3. Farias SM de C, Teixeira OL de C, Moreira W, Oliveira MA de, Pereira MO. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. Rev. esc. enferm. 2011;45(3):722-729.
4. Almeida PJ dos S, Pires DEP de. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. Revista Elet. de Enferm. 2009; 9(3).
5. Costa A, Araújo DV de A, Barros WCT dos S. O trabalho do enfermeiro no setor de urgência/emergência hospitalar. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. Anais. 2009; 9(9):1-4.
6. Santos JLG dos, Lima MAD da S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. Rev. Gaúcha Enferm. 2011; 32(4): 695-702.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo, Hucitec-Abramo, 2014.
8. Polit DF, Bech CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 339-71
9. Brasil Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2013;150 (112 Seção 1):59-62.
10. Peres AM, Ciampone MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. Texto contexto - enferm. 2006; 15(3): 492-499.

11. Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant, P. Gerenciamento em enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
12. Sardinha LP, Gonçalves LC, Da Costa TD, Tavares CM de M, Cavalcanti ACD, Cortez EA. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. *Enferm. glob.* 2013; 12(29): 307-322.
13. Amestoy SC, Schweitzer MC, Meirelles BHS, Backes VMS, Erdmann AL. Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2010;31(2):383-387.
14. Tavares CM de M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto contexto enferm.* 2006; 15(2): 287-295.
15. Pinto JR, Ferreira GSM, Gomes AM de A, Ferreira FIS, Aragão AE de, Gomes FMA. Educação permanente: reflexão na prática da enfermagem hospitalar. *Tempus, Actas de saúde Colet.* 2015; 9(1), 155-165.
16. Koerich C, Santos FC dos, Meirelles BH, Erdmann AL. Gestão do cuidado de enfermagem ao adolescente que vive com HIV/AIDS. *Esc. Anna Nery.* 2015; 19(1):115-123.
17. Kempfer SS, Birolo IVB, Meirelles BHS, Erdmann A. Reflexão sobre um modelo de sistema organizacional de cuidado de enfermagem centrado nas melhores práticas. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2010; 31(3):562-566.



58. PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS QUE TRABALHAM EM TURNOS ACERCA DA SOBRECARGA DE TRABALHO: PROPOSTA DE INVESTIGAÇÃO

PERCEPTION OF NURSES WHO WORK IN TURN ON WORK OVERLOAD: RESEARCH PROPOSAL

PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS TRABAJAN EN TURNOS EN LA SOBRECARGA DE TRABAJO: PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

TRINDADE, Liliane Ribeiro¹; SILVA, Rosangela Marion da²; BECK, Carmem Lúcia Colomé³; COELHO, Alexa Pupira Flores⁴; AOZANE, Fabiele⁵ GOES, Núbia Cristina de⁶

Introdução: Diversos estudos têm apontado a enfermagem como uma profissão com elevado risco de adoecimento dos trabalhadores. Os riscos ocupacionais mencionados nos estudos não se restringem aos ergonômicos, biológicos, químicos, físicos e de acidentes de trabalho. Somam-se aos riscos já conhecidos e novas questões como a organização dos processos de trabalho para atender às demandas dos serviços de saúde.¹ A complexidade do processo de trabalho do enfermeiro e as exigências que incidem sobre o mesmo aliado as condições precárias de trabalho são consideradas elementos que determinam a sobrecarga de trabalho, acúmulo de atribuições, podem repercutir em riscos para o paciente, comprometendo sua segurança, e também a segurança do próprio profissional, uma vez que este durante o processo de trabalho está exposto a diversos fatores.² O conceito de sobrecarga de trabalho relaciona-se à percepção da alta demanda exigida nas situações rotineiras no ambiente de trabalho para a pessoa e à dificuldade de enfrentamento frente às exigências que a atividade profissional impõe aos trabalhadores.³ Ainda nesse sentido, justifica-se essa pesquisa com base na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, na qual a temática de saúde do trabalhador está descrita entre os temas das subagendas de pesquisa em saúde. Foram realizadas ainda pesquisas na literatura nacional e internacional com o intuito de encontrar as lacunas do conhecimento na temática estudada, a respeito da revisão integrativa de literatura realizada na base de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PUBMED, os resultados demonstraram que o trabalho de profissionais de saúde em ambiências não saudáveis podem trazer repercussões psicológicas, físicas e emocionais caracterizando prejuízos a saúde desses profissionais, também foi observado que os profissionais de saúde, embora percebam os riscos e fatores a que estão expostos no ambiente de trabalho muitas vezes menosprezam ou tentam minimizar os efeitos desses prejuízos através da utilização de medicações ou simplesmente a tentativa de fuga do problema. Também foi observado que os trabalhadores que necessitam de tratamentos algumas vezes são vistos como maus funcionários pelos colegas e chefia, em função de licenças e adequações a rotina de trabalho. Também foi abordada a necessidade de elaboração de estratégias de prevenção de agravos e promoção da saúde do trabalhador nas instituições de saúde, preparando os profissionais para o enfrentamento de situações e gestão dos riscos ocupacionais a que estão expostos, agregando valor a saúde ocupacional e à qualificação do trabalho na assistência prestada. Fica evidente que existem inúmeras estratégias para a melhoria desta realidade, mas algumas instituições não fazem uso das mesmas por inúmeros fatores como, por exemplo: minimização do sofrimento dos trabalhadores, carência de recursos humanos, alta demanda de usuários, interesses financeiros, entre outros.

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem – UFSM. E-mail: lilianetrindade2@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem Professora – UFSM

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Professora – UFSM

⁴ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem- UFSM

⁵ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem- UFSM

⁶ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem- UFSM

Quanto ao estudo de tendências realizado nos Catálogos do Centro de Estudo e Pesquisa em Enfermagem (CEPEEn), o mesmo permitiu verificar que as condições de trabalho influenciam no processo de trabalho e contribuem sobremaneira para determinar o processo de saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem. Também permitiu identificar que a Enfermagem brasileira, enfrenta muitas dificuldades no seu exercício diário e que é necessário um modo de mensurar a sobrecarga de trabalho no intuito de preservar a saúde dos trabalhadores de enfermagem, subsidiar a valorização da classe e oferecer um melhor atendimento aos pacientes. Também foram verificadas relações entre os estudos e foi confirmada que a sobrecarga de trabalho prejudica a capacidade de trabalho dos profissionais de enfermagem e sua qualidade de vida. Os resultados permitiram ainda concluir que a visibilidade da Enfermagem parece gerar implicações negativas ao contexto de trabalho do enfermeiro, manifestadas através da insatisfação e ausência de motivação, podendo comprometer a qualidade da assistência. Sendo assim, pesquisas⁴ destacam a pertinência do desenvolvimento de estudos que abordem a relação do trabalhador de enfermagem com o trabalho e o seu processo de viver, ser e sentir-se saudável, no intuito de compreender essa relação, a fim de oferecer subsídios que possibilitem refletir acerca do binômio trabalho-saúde. A partir disso formulou-se a seguinte questão para o projeto de pesquisa: Qual a percepção de enfermeiros que atuam no trabalho em turnos sobre a sobrecarga de trabalho? Tendo como objetivos caracterizar o perfil sócio demográfico de enfermeiros que atuam no trabalho em turnos e conhecer a percepção de enfermeiros que atuam no trabalho em turnos sobre a sobrecarga de trabalho. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo. O estudo terá como cenário o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), sendo que este é referência em saúde para a região centro do estado Rio Grande do Sul e atua como hospital-escola, voltado para o desenvolvimento do ensino, pesquisa e assistência em saúde. Os locais de realização desta pesquisa serão as unidades: Unidade de Internação Clínica Cirúrgica (3º andar); Unidade de Internação Clínica Médica I (4º andar) e Unidade de Internação Clínica Médica II (5º andar). Essas unidades foram selecionadas considerando que são unidades abertas e que o regime de trabalho é realizado em turnos. Os participantes do estudo serão todos os enfermeiros que atuarem na Unidade de Internação Clínica Cirúrgica (3º andar- 17 enfermeiros); Unidade de Internação Clínica Médica I (4º andar - 8 enfermeiros) e Unidade de Internação Clínica Médica II (5º andar-9 enfermeiros) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) no período de coleta de dados da pesquisa. Serão utilizados como critérios de exclusão: profissionais que estiverem trabalhando a menos de seis meses na instituição e que estiverem em afastamento médico, licença de qualquer natureza ou férias. Estima-se em torno de 34 enfermeiros para compor o universo do estudo. A amostra não será previamente determinada e obedecerá a equivalência dos enfermeiros nos turnos diurno e noturno. Para a produção dos dados, será utilizada a entrevista semiestruturada e a observação sistemática não participante. A observação será realizada durante a troca de plantões dos três turnos e durante toda sua duração. Quanto a entrevista semi-estruturada será seguido o roteiro com questões norteadoras que abordarão temas referentes ao significado da sobrecarga de trabalho, sua influência no trabalho, na vida pessoal e possíveis estratégias para minimizar a sobrecarga no contexto do trabalho. Todas as entrevistas serão gravadas em áudio após a autorização dos participantes, e posteriormente transcritas e analisadas por meio da técnica de análise do conteúdo temática de Minayo⁵ da qual contempla três etapas: a primeira, denominada pré-análise desdobra-se em três fases: leitura flutuante, constituição do corpus e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. Os princípios éticos serão respeitados, protegendo os direitos dos indivíduos envolvidos levando-se em consideração as determinações, apontadas pelas normas de pesquisa em saúde, referidas pela resolução nº466/12, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa será devidamente explicada aos seus participantes, no qual se dará de forma voluntária, assegurando o direito de desistência em qualquer momento do estudo. Será informado, o direito ao anonimato das informações obtidas, assegurando a confidencialidade dos dados, os objetivos da pesquisa e possíveis riscos. **Resultados esperados:** Considera-se que este estudo qualitativo preencherá uma lacuna do conhecimento científico, a qual diz respeito ao conhecimento da interface

entre sobrecarga e trabalho em turnos de enfermagem na perspectiva dos próprios trabalhadores. A interpretação desde fenômeno a partir da voz dos participantes poderá culminar em resultados relevantes acerca de uma temática pouco explorada e na perspectiva da subjetividade e experiência dos trabalhadores. Além disso, espera-se que os resultados dessa pesquisa possam subsidiar o planejamento de medidas preventivas visando à melhoria das condições de trabalho desses trabalhadores, bem como gerar dados para estudos futuros sobre a temática. Espera-se, ainda, que este estudo contribua no fortalecimento do conhecimento científico de enfermagem acerca da Saúde do Trabalhador, em especial, da saúde dos trabalhadores de enfermagem e sua relação com o trabalho em turnos.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem

Descritores: Enfermagem; Saúde do trabalhador; Trabalho em turnos; Carga de trabalho.

Descriptors: *Nursing; Occupational Health; Shift Work; Workload.*

Descritores: *Enfermería; Salud Laboral; Trabajo por Turnos; Carga de Trabajo.*

Referências:

1. David, H. M. S. L. et al. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. Texto Contexto Enferm [internet]. 2009, 18(2), 206-14. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Helena_David2/publication/41395025_Organizacao_do_trabalho_de_enfermagem_na_Atencao_Basica_uma_questao_para_a_saude_do_trabalhador/links/0046352c580bed0c65000000.pdf
2. Andolhe, R., (Tese de doutorado). Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: estresse, coping e burnout da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos e incidentes. São Paulo, 2013.
3. Bandeira M., Ishara S., Zuardi AW. Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. J. bras. Psiquiatr [internet]. 2007. 56(4), 280-286. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000400007
4. Baggio, M. A.; Formaggio, F. M. Trabalho, cotidiano e o profissional de enfermagem: O significado do descuido de si. Cogitare Enfermagem. [internet]. 2008. 13.1. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/11954>
5. Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2014.

59. PERCEPÇÕES DO (CON) VIVER COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

PERCEPTIONS OF (COHABITING) LIVING WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS: A REPORT BASED ON AN EXPERIENCE

PERCEPCIONES DE (CONVIVIR) VIVIR CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS: UN RELATO DE UNA EXPERIENCIA

OLIVEIRA, Francine Feltrin¹; CARNEIRO, Alessandra Suptitz².

Introdução: Este trabalho se propõe a relatar uma experiência com o grupo de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) do município de Marau/RS, na unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rita, que serve como campo de atuação do Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) descentralizada do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de Porto Alegre – RS e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), ambos com ênfase em Saúde da Família e Comunidade. A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). A Atenção Básica é reconhecida como a porta principal de acesso dos usuários no SUS, favorecendo a reorientação do processo de trabalho, a ampliação, a resolutividade e impactando na situação de saúde dos indivíduos e coletivos¹. Dessa forma, a ESF é considerada como um espaço potente para o desenvolvimento da educação em saúde, pelo fato desta ser a principal estratégia para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. A educação em saúde, na unidade de estratégia de saúde da família é uma prática atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe com o objetivo de desenvolver processos educativos em saúde dialógicos e libertadores². Nesta perspectiva, a unidade de ESF Santa Rita tem aproximadamente 200 usuários cadastrados entre diabéticos e hipertensos, recebendo atendimento clínico e ambulatorial, além das atividades em grupo de educação em saúde que são acompanhadas por uma equipe multiprofissional, sendo a maioria desenvolvidos pelas residentes. A Hipertensão (HAS) e Diabetes (DM) são consideradas doenças crônicas não transmissíveis, responsáveis pela maior taxa de morbidade e mortalidade no país, com expressivas taxas de internação e complicações associados a doença. A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é caracterizada por níveis elevados de pressão arterial, condição multifatorial associada a alterações funcionais dos órgãos como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais^{3a}. O Diabetes Mellitus é um distúrbio metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizada por hiperglicemia e distúrbio no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultante defeito da secreção e ou ação da insulina^{4b}. A doença crônica tem aparecido no cenário mundial e nacional, como responsável pelo aumento da mortalidade e incapacidades funcionais, associado a fatores como urbanização, envelhecimento da população, sedentarismo e obesidade. **Objetivo:** Compreender que contribuições o grupo de educação em saúde traz para os usuários com hipertensão e diabetes. **Metodologia:** Este resumo consiste em um relato de experiência, sobre o olhar qualitativo, que abordou a problemática a partir de um método descritivo e observacional no último encontro do ano de 2016 do grupo HIPERDIA. Este grupo teve início em 2014, sendo desde então coordenado por residentes dos núcleos de enfermagem, psicologia e farmácia. Ocorre quinzenalmente na ESF, com duração de 70 minutos e a participação de aproximadamente 20 usuários, entre homens e mulheres. No ano de 2016 foram realizados 18 encontros. A metodologia

¹Enfermeira, Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de Porto Alegre. E-mail: francinefeltrin@uol.com.br.

²Enfermeira, Residente em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência da Universidade Federal da Fronteira Sul(UFFS). Residente em Saúde da Família e Comunidade de Marau/RS..

utilizada nos encontros do grupo de educação em saúde é a Roda de Conversa e o diálogo, que por suas características permitem que os participantes expressem, suas impressões e opiniões sobre o tema proposto. Para alcançar o objetivo apresentado neste trabalho utilizou-se duas questões disparadoras: O que a doença crônica diabetes e ou hipertensão representa para vocês? Como o grupo de educação em saúde ajuda no controle e conhecimento da doença? Os dados foram coletados durante a realização do grupo através do registro em diário de campo das falas e observações. Cabe ressaltar, que por se tratar de um relato de experiência não necessitou da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição ou Universidade Federal da Fronteira Sul, porém teve a anuência do local onde ocorreu a prática, mantendo-se o cuidado com o sigilo e confidencialidade dos dados. **Resultados:** Ao questionar os pacientes sobre o que a doença crônica diabetes e ou hipertensão representa para si foi possível perceber que o diagnóstico da doença acarreta dificuldades emocionais para as pessoas, que não estão preparadas para conviver com as limitações decorrentes da doença. As respostas mostram que “a tristeza, o medo da morte, a ansiedade e os sintomas físicos” são preocupações frequentes do viver com a condição crônica. Segundo os participantes do grupo isso acaba trazendo “dificuldades no controle da doença” levando a complicações que muitas vezes irreversíveis. A “privação alimentar” aparece como outro elemento muito citado pelos usuários, situação que os leva ao isolamento social em função da necessidade de controle da doença. Em relação ao questionamento de como o grupo de educação em saúde ajuda no controle e conhecimento da doença partimos do conceito de Paulo Freire⁵ que a educação em saúde deve estar comprometida com a prática de reflexões que permitam liberdade, a fim de colocar em movimento o seu modo de ver, sentir e pensar entre pessoas. Foi exposto pelos usuários que o grupo oportuniza “a escuta, a expressão de suas dúvidas, medos e inseguranças, orientações gerais, apoio emocional, incentivo para mudança e organização cotidiana, constituindo-se de momentos que lhes causam alegria e bem-estar”. De um lado as residentes que participaram do grupo tinham uma preocupação intensa em não reproduzir neste espaço a cultura médico hegemônica, que vê nos grupos uma forma de “controlar” o usuário e sua doença, ou então somente como transmissor de informações em saúde. Por outro lado, consideram o grupo como uma possibilidade de constante movimento e trocas tanto individuais quanto coletivas, que é potencializado pelo encontro consigo e com o outro, gerando mudanças em relação ao cuidado à saúde e melhora da qualidade de vida. A partir da observação do grupo constatou-se que a modificação de hábitos de vida consolidados há anos, bem como a necessidade de assumir uma rotina com rigor alimentar, prática de atividade física e o uso permanente de medicações desencadeia uma variedade de sentimentos, como desânimo, tristeza, ansiedade e medo sendo um agravante no momento de mudar um hábito ou um estilo de vida. Cabe salientar que alguns participantes demonstram sentimento de indignação quanto ao fato de não haver cura para essas doenças, e por desconhecerem enquanto jovens as consequências do mal hábito alimentar, sedentarismo e prevenção. **Conclusão:** O trabalho em Educação em Saúde mostra que saber ouvir as necessidades do grupo, respeitando as experiências e o “saber” de cada participante foi fator importante para se estabelecer uma relação de respeito e aprendizagem, além de permitir trocas e uma reflexão sobre as escolhas de cada indivíduo, e como estas influenciam na sua qualidade de vida. A metodologia da educação dialógica, e a técnica da roda de conversa possibilitaram que os sujeitos falassem de suas vidas, experiências e sentimentos diante da condição de ter que conviver diariamente com a doença crônica diabetes e ou hipertensão, ao mesmo tempo que produziram reflexões para e sobre a prática educativa. A singularidade do encontro fez com que todos se sentissem à vontade para compartilhar e debater suas opiniões, criando-se um espaço para discussão de conhecimentos sobre temáticas propostas pelos participantes. Esse momento nos levou a encontrar uma compreensão dentro da proposta da educação em saúde, reconhecendo que uma roda de conversa produz dados significativos para reflexão do processo de trabalho com hipertensos e diabéticos. Sobretudo, que diálogos pressupõem abertura, disponibilidade para ouvir o outro, horizontalidade nas relações e uma forma de aproximação da equipe de saúde com a população do território. A prática da educação em saúde se torna um desafio no cotidiano dos serviços, deve ser

pensada com estratégias metodológicas de atuação que tragam sentido para os usuários. A educação em saúde possibilita aos usuários participantes um cuidado e controle maior da doença, trazendo respostas mais integrais ao se levar em consideração aspectos psicológicos, sociais e familiares. A educação em saúde requer dos enfermeiros mudanças cotidianas no processo de trabalho, na forma de abordagem e uso de novas tecnologias, reconhecendo essa prática como um espaço potente de vinculação entre o enfermeiro e o paciente, e destes com a comunidade. No contexto da enfermagem e do cenário da saúde no país a educação em saúde representa uma mudança de paradigma de atenção à saúde que parte do modelo biomédico para o conceito de promoção da saúde. Este relato possibilita refletir sobre o papel do enfermeiro nas relações entre a saúde, a educação, a sociedade e sua atuação junto a equipe multiprofissional, além de ampliar para as múltiplas possibilidades de olhares, para além de questões meramente biológicas. **Eixo Temático:** Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Descritores: Educação em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Sistema Único de Saúde; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial.

Description: Health Education; Family Health Strategy; Unique Health System; Diabetes Mellitus; Arterial Hypertension.

Descriptores: Educación en Salud; Estrategia Salud de la Familia, Sistema Unico de Salud; Diabetes Mellitus; Hipertensión Arterial.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012; 09-105.
2. Fernandes CAO, Solano LC, Soares FRR, Barreto LF, Oliveira LC, Carvalho FPB. Educação Popular em Saúde com o Grupo de HIPERDIA de uma unidade básica de saúde. Rev. Enfermagem. Recife, 2013; 7(8):5157-64.
Disponível em:
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/4070> Acesso em: 03 abril 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial**. Brasília, 2014^a, .
4. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, 2014b, 160; 17-160.
5. Freire P, Shor I. Medo e ousadia: O Cotidiano do Professor. Rio de Janeiro, Paz e Terra; 1987; 116.

60. PERFIL DE ADOLESCENTES COM DIABETES MELLITUS ACOMPANHADOS EM HOSPITAL DE ENSINO: NOTA PRÉVIA

PROFILE OF ADOLESCENTS WITH DIABETES MELLITUS ACCOMPANIED IN TEACHING HOSPITAL: PRIOR NOTE

PERFIL DE ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS ACOMPAÑADO EN HOSPITAL DE ENSEÑANZA: PREÁMBULO

BERTOLDO, Caren da Silva; SILVA, Júlia Heinz da; NEVES, Eliane Tatsch

Introdução: De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), adolescentes são indivíduos a partir de 12 anos completos até 18 anos incompletos¹. A adolescência caracteriza-se como um período de transição entre a infância e a vida adulta, representando um fenômeno construído ao longo da história, que possui ligação com o meio social, político e cultural no qual o sujeito se insere². É durante este período que são construídos os hábitos alimentares do indivíduo, os quais permanecem por toda vida. Atualmente, a maioria dos adolescentes se torna responsável por sua alimentação, uma vez que seus pais estão ausentes, trabalhando grande parte do dia. Sendo assim, eles optam pela praticidade, preparando alimentos mais rápidos, como produtos industrializados ricos em gordura e sódio, que são consequentemente menos saudáveis e com pouco ou nenhum teor nutricional². Sabe-se que o hábito alimentar inadequado predispõe ao desenvolvimento de doenças que resultarão em prejuízos em longo prazo para o indivíduo². Dentre as doenças causadas por uma alimentação maléfica destaca-se a diabetes mellitus, ela caracteriza-se pela insuficiência da ação, ou de produção da insulina no organismo, acarretando em hiperglicemia que, por sua vez, pode causar disfunções e insuficiência de vários órgãos³. A diabetes mellitus pode ser diagnosticada em qualquer idade, porém sabe-se que 75% dos diagnósticos são realizados em pessoas com menos de 18 anos, sendo que sua maior incidência é entre os 10 e 15 anos, apresentando-se como a doença mais comum entre crianças e adolescentes³. A diabetes mellitus possui duas subcategorias: diabetes tipo 1, a qual geralmente tem início na infância e caracteriza-se pela destruição das células β do pâncreas responsável pela produção de insulina, resultando na completa deficiência desse hormônio; e, a diabetes tipo 2, manifesta-se frequentemente em pessoas com mais de 45 anos, com sobrepeso e sedentárias, na qual o corpo realiza uma resistência sobre a função do hormônio no organismo³. No Brasil, os dados epidemiológicos oficiais apresentam um número expressivo de novos casos registrado dessa doença, assim como o número de internações hospitalares da população adolescente em decorrência dela, que chegou a aproximadamente 295.476 nos últimos 5 anos⁴. A atuação da enfermagem frente aos adolescentes portadores de diabetes mellitus consiste principalmente nas práticas de educação em saúde, uma vez que o conhecimento acerca da doença se faz fundamental para mobilizá-lo e conscientizá-lo a cerca da necessidade de realizar mudanças no seu modo de vida para prevenção dos agravos consequentes da evolução da doença³. Perante o exposto, evidencia-se a importância de estudos que caracterizem os adolescentes portadores de diabetes mellitus, pois esta é uma população vêm aumentando com o passar do tempo demandando maior conhecimento por parte dos profissionais da saúde. Sendo assim, este estudo irá buscar responder o seguinte questionamento: qual o perfil dos adolescentes com diabetes que frequentam o ambulatório de um hospital de ensino? **Método:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo que será realizado em prontuários de adolescentes acompanhados pelo ambulatório, este serviço funciona de segunda a sexta-feira das 7h às 19h, oferecendo consultas especializadas aos clientes. Serão analisados todos os prontuários de adolescentes, na faixa etária entre 12 e 18 anos, que tiverem consultado no ambulatório do hospital, no período de janeiro a dezembro de 2016. Os adolescentes que consultarem mais de uma vez no período de coletas serão considerados apenas uma vez. Os dados serão digitados e organizados no programa Epi-info® (versão 7.0), com dupla digitação independente. Verificados os erros e inconsistências na

digitação, a análise dos dados será realizada no programa *SPSS Statistics 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences)*. A distribuição da normalidade dos dados será verificada pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis qualitativas serão analisadas por meio de frequências absoluta (N) e relativa (%). E as variáveis quantitativas por meio das medidas de tendência central e de dispersão, utilizando média e desvio padrão quando apresentarem distribuição normal e mediana, mínimo e máximo quando não apresentarem distribuição normal. Após verificação da normalidade dos dados serão escolhidos os testes paramétricos ou não-paramétricos para comparação das variáveis. Este estudo possui aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria, sob número de registro CAAE: 57774916.7.0000.5346 e parecer número: 1.673.887. **Resultados Esperados:** Ao final deste estudo espera-se conhecer o perfil dos adolescentes portadores de diabetes mellitus que frequentam o ambulatório do referido Hospital desde sua idade, sexo, escolaridade, procedência, hábitos de vida, conduta terapêutica, aceitação da terapia proposta e diagnósticos diferenciais, em prol da integralidade do cuidado. Quanto à aceitação terapêutica busca-se conhecer a sua relação com os hábitos de vida dos adolescentes, já que a manutenção da doença consiste na reeducação alimentar e prática de exercícios físicos. Acredita-se que a alteração dos hábitos de vida esteja intrinsecamente ligada a educação em saúde, uma vez que essa prática visa à prevenção de agravos resultante da doença e a promoção da saúde, a qual possui como ferramenta para alcançar seus objetivos e a autonomia do indivíduo. Nesse contexto, busca-se munir o enfermeiro de conhecimento acerca da população de adolescentes portadores de diabetes mellitus, para que o profissional possa oferecer subsídios necessários a ela, a fim de torná-la responsável por sua transformação. Em relação aos diagnósticos diferenciais espera-se encontrar uma associação entre as patologias adicionais dos adolescentes e seu diagnóstico de diabetes mellitus, a fim de evidenciar a importância de um acompanhamento adequado da doença fundamentado na educação em saúde ao adolescente, promovendo a manutenção da saúde deste indivíduo e reduzindo os agravos causados por ela. **Considerações Finais:** Frente aos resultados esperados o estudo constitui-se como um desafio para a prática de enfermagem, visto que a modificação dos hábitos de vida de uma pessoa não se configura como uma tarefa fácil. Em relação à metodologia proposta acredita-se que seja possível obter informações relevantes para a construção do perfil dos adolescentes portadores de diabetes mellitus, pois os dados provenientes dos prontuários contêm informações referentes a todas as consultas realizadas com estes adolescentes na instituição. Cabe ressaltar ainda que a prática de enfermagem na atenção ao adolescente com diabetes mellitus deve voltar-se para a empatia, auxiliando-o na transição entre a negação e a aceitação da doença, contribuindo para o processo de empoderamento do sujeito e, assim, o encaminhando à autonomia. Por fim, espera-se que este estudo incentive outros estudos desta natureza, para construção de um perfil mais abrangente de adolescentes portadores de diabetes mellitus, a fim de dar maior visibilidade a esta população também nas taxas oficiais do país, possibilitando o aprimoramento da assistência prestada a eles.

Descritores: Enfermagem; Saúde do Adolescente; Diabetes Mellitus.

Descriptors: Nursing; Adolescent Health; Diabetes Mellitus.

Descriptores: Enfermería; Salud de los adolescentes; Diabetes Mellitus.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências:

¹Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente: Brasília (DF): MS. 13ª ed. 2015.

²Silva JG, Teixeira MLO, Ferreira MA. Alimentação e Saúde: sentidos atribuídos por adolescentes. Escola Anna Nery. 2012 jan./mar; 16(1): 88-95.

³Hockenberry MJ, Wilson D. Wong fundamentos da enfermagem pediátrica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

⁴Brasil. Ministério da saúde. DATASUS. Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 25 mar. 2017.



61. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E LABORAL DOS MILITARES DE ENFERMAGEM DO EXÉRCITO BRASILEIRO DO RIO GRANDE DO SUL

SOCIODEMOGRAPHIC AND LABOR PROFILE OF BRAZILIAN MILITARY NURSES OF RIO GRANDE DO SUL

TRABAJO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y DE ENFERMERAS MILITAR BRASILEÑO DE RIO GRANDE DO SUL

DORNELES, Ademir Jones Antunes¹

DALMOLIN, Grazielle de Lima²

LUNARDI CANABARRO, Janaína³

MOREIRA, Maria Graziela de Souza⁴

Introdução: Os trabalhadores da enfermagem militar do Exército Brasileiro (EB) que servem nas Organizações Militares do Rio Grande do Sul (RS) estão organizados conforme seu nível hierárquico estabelecido por seus postos e graduações; por consequência, de acordo com seu grau hierárquico aumentam sua autoridade, responsabilidade e competência. O trabalho realizado pela enfermagem militar possui particularidades, exigência de composição própria, capacidade física e mental dos seus trabalhadores. Diante do exposto, observa-se que ainda existem muitas lacunas sobre a enfermagem militar na literatura que precisam ser desbravadas, especialmente em relação ao perfil sociodemográfico e laboral da enfermagem militar do EB no RS¹. **Objetivo:** caracterizar o perfil sociodemográfico e laboral da enfermagem militar do EB no RS. **Métodologia:** pesquisa quantitativa, do tipo descritiva, realizada em cinco hospitais militares do Exército Brasileiro, em cinco municípios diferentes. São quatro Hospitais Militares de Guarnição, sediados nas cidades de Alegrete, Bagé, Santa Maria e Santiago; e um Hospital Militar de Área, sediado no município de Porto Alegre. Conceitua-se Hospital Militar de Guarnição como Hospital de Pequeno Porte (≤ 50 leitos) e Hospital Militar de Área como de Grande Porte (151 a 500 leitos). Foram elegíveis para participarem da pesquisa enfermeiros e técnicos de enfermagem militares atuantes, com tempo mínimo de um ano no serviço militar na área de enfermagem, nos Hospitais Militares do Exército Brasileiro do Rio Grande do Sul. Foram excluídos todos os militares de enfermagem que, durante a coleta de dados, estavam em afastamentos ou licenças. A técnica de amostragem usada foi a de conveniência. Para reduzir a ocorrência de possíveis vieses em relação ao tamanho da amostra, adotou-se o critério de seleção do tamanho amostral objetivando estimar o mínimo de participantes que necessitavam fazer parte da amostra². Desta forma, com base numa população de 212 militares de enfermagem, 31 enfermeiros e 181 técnicos de enfermagem, estimou-se um número amostral de

¹ Professor Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Major Enfermeiro. Oficial do Exército Brasileiro. E-mail: majademir10@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM.

³ Enfermeira. Mestre em enfermagem. 2º Tenente Enfermeira. Oficial do Exército Brasileiro.

⁴ Acadêmica de Enfermagem da UFSM.

115 participantes, ao qual foram acrescidos 20% para possíveis perdas, totalizando um mínimo de 138 participantes. A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2015 a maio de 2016, após os trâmites legais e respectivas autorizações do Comando da 3ª Região Militar e da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sendo o projeto registrado sob CAAE nº 51069615.2.0000.5346, em 16 de dezembro de 2015. Os participantes foram abordados no horário de serviço, de acordo com sua disponibilidade para participar do estudo; sendo capacitados os coletadores pelo pesquisador responsável pela pesquisa. Em um primeiro momento, ocorreu uma apresentação geral sobre a pesquisa, aos dirigentes de enfermagem, convidando-os a participarem e apoiarem a realização da pesquisa. Foi solicitado aos participantes assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Aqueles que aceitaram participar da pesquisa receberam um envelope contendo o instrumento de coleta de dados e o TCLE em duas vias. O envelope foi entregue aos participantes e agendada, com cada um, a data para seu recolhimento. Foram realizadas até três tentativas de recolhimento dos instrumentos de pesquisa, junto com o TCLE. Desta maneira, os participantes da pesquisa responderam a um questionário com perguntas de abordagem sociodemográfica e laboral, objetivando à caracterização do perfil da amostra. O instrumento de pesquisa constou de um questionário com perguntas de abordagem sociodemográficas (Organização Militar de Saúde; idade; sexo; estado civil; religião; número de filhos; escolaridade; instituição de formação; e se estava estudando no período da coleta) e laborais (Posto ou graduação; categoria profissional; setor de trabalho; vínculo; tempo de profissão na enfermagem e na enfermagem militar; horas trabalhadas no último mês; turno de trabalho; tempo que trabalha no turno atual; outro emprego; afastamento). Para a inclusão dos dados e posterior processo de análise, foi utilizado o aplicativo Excel 2010, com dupla digitação independente para verificação de erros e inconsistências. Após a correção, realizou-se a análise dos dados no programa PASW Statistic® (*Predictive Analytics Software*, da SPSS Inc., Chicago, USA) versão 21.0 para Windows, por meio de estatística descritiva, utilizando-se, para variáveis qualitativas distribuições de frequência absoluta e relativa, e para variáveis quantitativas medidas de tendência central e dispersão, com média e desvio padrão; ou mediana e intervalo interquartil, conforme teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov). Para o desenvolvimento do estudo, foram observados os aspectos éticos, conforme Resolução 466/12, que define as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos³.

Resultados: Um total de 173 (82%) militares de enfermagem, dos Hospitais Militares do Exército Brasileiro do Rio Grande do Sul, responderam ao estudo. Seis participantes foram excluídos por não terem um ano de serviço de enfermagem militar, resultando assim em amostra total de 167 (79%) participantes. Identificou-se 20,4% dos trabalhadores da enfermagem militar do sexo masculino e 74,9% feminino; com mediana de idade de 34 anos, 59,3% dos participantes eram casados ou com união estável e 32,3% eram solteiros; 53,9% possuíam de um dois filhos e 41,9% não tinham filhos. Dos participantes, 25 (15%) eram enfermeiros e 142 (85%) técnicos de enfermagem. Quanto ao tipo de vínculo com o Exército Brasileiro, 44 (26,3%) eram militares de enfermagem de carreira, 121 (72,5%) temporários, dois (1,25%) não responderam. Em relação ao local, 77 (46,1%) eram vinculados ao HM1 (Porto Alegre), 46 (27,5%) do HM2 (Santa Maria), 20 (12%) do HM3 (Santiago), 15 (9%) do HM4 (Alegrete) e nove (5,4%) do HM5 (Bagé). Sobre o Posto ou Graduação encontraram-se seis (3,6%) Oficiais Intermediários e Superiores, 19 (11,4%) Oficiais Subalternos e 142 (85,0%) Praças. Oficiais Intermediários (Tenentes e Capitães enfermeiros) e Superiores (Majores e Tenentes Coronéis) são enfermeiros; as Praças (Sargentos) são Técnicos de enfermagem. Em relação ao turno de trabalho, 99 (59,3%) estavam locados no turno da manhã, 38 (22,8%) à tarde, sete (4,2%) na noite e 23 (13,8%) em turno misto (sem turno fixo). Observou-se que 82 (49,1%) estudavam e 85 (50,9%) não; que 16 (9,6%) tinham outro emprego; 133 (79,6%) fazem alguma atividade de lazer

ou *hobby*. Com referência ao tempo de enfermagem, os participantes tinham 132 meses (11 anos) de mediana de serviço na enfermagem, 48 meses (quatro anos) de tempo de serviço na enfermagem militar. Quanto ao turno de trabalho, possuíam 24 meses de mediana (dois anos) no turno atual de trabalho e estavam no setor atual de trabalho a 34 meses ($\pm$ três anos) e haviam trabalhado 196 horas de mediana de trabalho no último mês, o que corresponde a 49 horas por semana. No tocante ao achado sobre o setor de trabalho registre-se que as unidades abertas compreendem: UPI: Unidade do Paciente Interno, com 44 (26,3%) dos participantes; UPE: Unidade do Paciente Externo, com cinco (3%); a UU: Unidade de Urgência, com 25 (15%) e as unidades fechadas; UTI: Unidade de Terapia Intensiva, com 11 (6,6%) de participantes; CC: Centro Cirúrgico, com 29 (17,4%). Além dessas, citam-se também os serviços Mistos (participante que trabalha em mais de um setor) com 15 (9,0%); os serviços de apoio com 17 (10,2%); os serviços de apoio administrativo com 17 (10,2%), e quatro (2,4%) participantes que não responderam a essa variável. Quanto aos trabalhadores que afirmaram estar estudando no período de coleta dados, destaca-se que 25 (15,0%) estão cursando graduação em enfermagem, sete (4,2%) outras graduações na área da saúde, 21 (12,6%) outras graduações, sete (4,2%) pós-graduação e, 12 (7,2%) cursos preparatórios e de atualização técnica. Com respeito ao afastamento do trabalho por problemas de saúde no último ano, 10,2% dos participantes já haviam se afastado do serviço por problemas de saúde, sendo 3% por problemas cirúrgicos, 2,4% problemas clínicos, 1% por licença maternidade, 3,6% por alterações osteomusculares e 0,6% por depressão e fadiga. **Considerações finais:** Este estudo realizado no período de dezembro de 2015 a maio de 2016 ocorreu com 167 trabalhadores militares de enfermagem de cinco hospitais militares do Exército Brasileiro do Rio Grande do Sul, localizados nas cidades de Alegrete, Bagé, Santa Maria e Santiago (Hospitais Militares de Guarnição) e em Porto Alegre (Hospital Militar de Área); visou sobretudo caracterizar o perfil sociodemográfico e laboral da enfermagem militar do EB no RS. Desta forma constatou-se que dos participantes, 74,9% eram do sexo feminino; com mediana de idade de 34 anos; 72,5% eram militares temporários, 85% eram Técnicos de Enfermagem, o que mostra um maior número de mulheres e técnicos de enfermagem quando relacionados aos enfermeiros e ao sexo masculino. A enfermagem militar do EB do RS esta formada na sua maioria por trabalhadores temporários, experientes, praticantes de atividades de lazer ou *hobby*, lotado no turno da manhã, com atividade exclusiva na área militar.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem

Descritores: Perfil sociodemográfico e laboral; Enfermagem; Hospitais Militares; Exército Brasileiro.

Descriptors: *Sociodemographic and work profile; Nursing; Military Hospitals; Brazilian army.*

Descriptores: Perfil sociodemográfico y ocupacional; Enfermería; Hospital Militar; Ejército brasileño.

Referências:

- 1- Jesus, M.B. et al. Relação entre a Síndrome de Burnout e as condições de saúde entre Militares do Exército. *Tempus*, actas de saúde colet, Brasília, 10(2), 11-28, jun, 2016.
- 2- Hill M. M.; Hill, A. **Investigação por questionário**. Lisboa: Editora Sílado, 2002.
- 3- Brasil. **Resolução 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), 2012.



III Seminário Internacional

Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde

X Semana de Enfermagem

Universidade Federal de Santa Maria

62. PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE COM SUPORTE DO SOFTWARE IRAMUTEQ PARA CODIFICAÇÃO DOS DADOS

QUALITATIVE HEALTH RESEARCH SUPPORTING BY IRAMUTEQ SOFTWARE FOR DATA ENCODING

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD CON SOPORTE DE SOFTWARE IRAMUTEQ PARA LA CODIFICACIÓN DE DATOS

ALDRIGHI, Juliane Dias¹; WALL, Marilene Loewen²; BENEDET, Deisi Cristine Forlin³; PILER, Adriana Aparecida⁴

Introdução: Desde a década de 1980, ferramentas digitais de apoio à análise de dados qualitativos vêm sendo construídas e, atualmente, existe uma ampla variedade de *softwares* que gerenciam dados textuais. É o caso do *software* Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), uma ferramenta gratuita e de fonte aberta que realiza análises estatísticas de textos e começou a ser utilizada no Brasil em 2013¹. **Objetivo:** relatar a experiência de utilização da ferramenta Iramuteq como apoio à análise de dados de uma pesquisa qualitativa. **Metodologia:** Relato de experiência acerca da utilização do *software* Iramuteq como apoio em uma dissertação de mestrado² com abordagem qualitativa, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, defendida em novembro de 2016. O referido estudo teve como objetivo descrever a vivência das mulheres na gestação em idade avançada. Foram realizadas 21 entrevistas semiestruturadas com gestantes maiores de 35 anos durante o período de dezembro de 2015 a abril de 2016. O referencial para coleta e análise dos dados teve como base os passos propostos por Creswell³, em que o terceiro passo consiste na codificação dos dados, momento em que o *software* foi utilizado. Importa apresentar uma descrição do Iramuteq, que é uma ferramenta capaz de realizar diferentes tipos de análises textuais: lexical clássica, especificidades de grupos, classificação hierárquica descendente (CHD), análise de similitude e representação gráfica em nuvem de palavras determinada por frequência ou associação de χ^2 (qui-quadrado). Para processar os cálculos estatísticos, o Iramuteq se ancora no ambiente do *software* R, também gratuito e de código aberto que utiliza a linguagem de programação *python*. Além da análise lexical clássica das palavras, permite recuperar o contexto em que essas palavras estão inseridas no discurso. Portanto, além da palavra em si, o *software* considera os segmentos de texto envolvidos, trazendo fidedignidade às interpretações da análise lexical. Esse tipo de análise é realizada a partir da CHD, que possibilita ter grupos de palavras que se relacionam entre si formando uma classe temática referente ao objeto de estudo da pesquisa. A CHD ainda permite que seja explorada cada palavra isoladamente, ou seja, pode-se constatar qual a palavra mais característica de cada classe e em qual segmento apareceu mais, resultando assim na contextualização das palavras e dos segmentos nos quais estavam inseridas. A CHD é possível por meio do qui-quadrado (χ^2), teste estatístico que apresenta a relação da palavra com a classe, considerando que esta associação tenha valor $\geq 3,84$, pois $p < 0,05$ representa uma associação com nível de significância forte¹. **Resultados:** As entrevistas realizadas foram transcritas, após a audição exaustiva das gravações. Foi realizada a leitura dos dados para, posteriormente, apreender o sentido dos discursos apresentados. Também, a fase de leitura serviu para que ocorresse a “limpeza” do

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. E-mail: juliane.aldrighi@gmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto da Universidade Federal do Paraná.

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná.

⁴Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação Profissional da Universidade Federal do Paraná.

corpus, ou seja, este foi adequado à linguagem formal do idioma português para que o dicionário do *software* pudesse reconhecer as formas gramaticais presentes nas falas. Além disso, sua formatação não permite o uso de aspas, hífen, diminutivos, cifrão, porcentagem, etc.¹. Ao realizar essa adequação, prezou-se pela manutenção do sentido do discurso apresentado pelas entrevistadas. Dessa forma, o *corpus* textual foi construído a partir das entrevistas que devem ter apenas um foco temático a fim de garantir a validação das conclusões, de forma que a análise é sensível à estruturação do estímulo que produz o material textual¹. Assim, as entrevistas foram separadas por linhas de comando, que informam as variáveis utilizadas para classificar cada participante da pesquisa, formando cada linha contendo os discursos, um texto que compõe o *corpus*. As linhas de comando foram expressas da seguinte forma: ***** *g_1 *idade_1/*idade_2/*idade_3, em que g representou a palavra gestante seguida da ordem da entrevista, e idade representa a faixa etária apresentada pela gestante, em que 1 era de 35 a 39 anos; 2, de 40 a 44 anos; 3, de 45 a 49 anos; e 4, maior ou igual a 50 anos. O Iramuteq trabalha com cálculos efetuados sobre a coocorrência de palavras em segmentos de texto (ST), fornecendo resultados que permitem distinguir classes de palavras que representam o discurso dos participantes sobre o tema investigado. Dessa forma, os resultados apresentaram 954 ST, dos quais 874 foram aproveitados e divididos em seis classes distintas. Para apresentar essas classificações o Iramuteq levou o tempo de 31 segundos e obteve uma retenção de 91,61% do material textual que compõe o *corpus*. Ou seja, houve um bom desempenho para a realização da análise dos dados coletados, pois para as análises do tipo CHD serem úteis a qualquer material textual requerem um mínimo de 75% de retenção dos ST do *corpus*¹. Para chegar na denominação das classes, utilizou-se a perspectiva do referencial metodológico que envolveu “extrair sentido do texto”³, associada às palavras que constituíam as classes. Assim, construiu-se agrupamentos de elementos de significados mais próximos, no sentido de proporcionar a formação de categorias gerais de conteúdo. As classes foram denominadas: Ambivalência: do medo à felicidade; O (não) planejamento e o divino; (Re) organização familiar: do apoio a não aceitação; Maturidade como uma facilidade à maternidade; A idade avançada e a percepção do risco; A idade biológica do corpo dificultando a gestação. O pesquisador pode explorar o conteúdo de cada uma das classes a partir de recursos disponibilizados pelo *software*. Esses recursos, possibilitam acesso às palavras associadas à forma (verbo, substantivo, adjetivo etc.), permitem a visualização de gráficos que ilustram frequência, associação e coocorrência de uma palavra específica, bem como dos ST em que a palavra aparece na classe. Em relação à classe como um todo, é possível ter acesso a uma árvore de similitude da classe, as expressões ou combinações de palavras que mais se repetem, os ST característicos de cada classe, entre outros. Um dos equívocos relacionados aos *softwares* qualitativos é de que comumente podem ser confundidos com uma metodologia, o que é duramente criticado pelos criadores e defensores do seu uso. Outra crítica é relacionada com a utilização unicamente do *software* para a codificação dos dados, sugerindo que este realize a análise pelo pesquisador. Nesse sentido, o papel do pesquisador é imprescindível, pois é ele quem vai orientar o tratamento e análise dos dados, a partir do seu conhecimento aprofundado sobre a temática e seu referencial metodológico, abrindo possibilidades de limitar ou aprofundar sua análise. **Considerações Finais:** a partir do exposto, admite-se a possibilidade de utilizar uma ferramenta de apoio às análises textuais de pesquisas qualitativas como o Iramuteq. Destaca-se que apresenta vantagens, pois é um *software* livre, com interface simples, disponível na versão em língua portuguesa, apresenta rapidez no processamento dos dados, e, desse modo otimiza o trabalho do pesquisador, permite o aprofundamento na análise dos dados com menor interferência subjetiva dos pesquisadores envolvidos e qualifica a pesquisa em Enfermagem. Portanto, o Iramuteq é um *software* de apoio ao pesquisador, criado para facilitar a organização dos dados e dar mais confiabilidade à pesquisa qualitativa, na medida em que associa análises estatísticas de palavras, segmentos de textos e o contexto em que estão inseridos. Por isso, não é um método de pesquisa e nem uma técnica de análise dos dados, e sim uma ferramenta que auxilia o pesquisador e exige que este use seu conhecimento sobre o tema para poder extrair sentido e interpretar o que lhe foi apresentado.

Descritores: Pesquisa qualitativa; Enfermagem; Software

Descriptors: Qualitative Research; Nursing; Software

Descriptores: Investigación Cualitativa; Enfermería; Programas Informáticos

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.
2. Aldrighi JD. A vivência da mulher na gestação em idade avançada [dissertação]. Curitiba: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná; 2016.
3. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.



63. PRÁTICAS DE CUIDADO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

PEOPLE TO CARE PRACTICES WITH MENTAL DISORDER: REVIEW LITERATURE INTEGRATIVE

PRÁCTICAS DE CUIDADO A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL: REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

TISOTT, Zaira Letícia¹; TERRA, Marlene Gomes²; MELLO, Amanda de Lemos³; SIQUEIRA, Daiana Foggiao de⁴; JUNIOR, Angelo Ramos⁵; GRIGOLETTO, Ana Paula⁶.

Resumo

Introdução: O cuidado em saúde mental vem sendo construído nos modelos da Reforma psiquiátrica por meio das políticas que as regem. **Objetivo:** analisar as produções científicas acerca das práticas de cuidado realizadas por trabalhadores da saúde às pessoas com transtorno mental. **Método:** revisão narrativa desenvolvida nas bases de dados LILACS e MEDLINE, com o descritor “saúde mental” and as palavras “cuidados” e “transtorno”. Totalizaram 11 artigos analisados na íntegra. **Resultados:** evidenciou-se que existem diferentes concepções, estratégias e limitações frente à prática de cuidado às pessoas com transtorno mental. **Conclusão:** ao identificar as diferentes formas de práticas de cuidado em saúde mental, visa-se fortalecer e orientar o cuidado realizado pelos trabalhadores nesta área, como forma de qualificar a assistência em saúde.

Descritores: Atenção Integral a Saúde; Saúde Mental; Trabalhador da Saúde.

Abstract

Introduction: Mental health care has been built on the models of psychiatric reform through the policies that govern them. **Objective:** to analyze the scientific productions about the care practices carried out by health workers to people with mental disorders. **Method:** narrative review developed in the LILACS and MEDLINE databases, with the descriptor "mental health" and the words "care" and "disorder". Eleven articles were analyzed in their entirety. **Results:** it was evidenced that there are different conceptions, strategies and limitations regarding the practice of care for people with mental disorders. **Conclusion:** when identifying the different forms of mental health care practices, it aims to strengthen and guide the care carried out by the workers in this area, as a way of qualifying health care.

Key words: Comprehensive Health Care; Mental health; Health Worker.

Resumen

Introducción: el cuidado de la salud mental se está construyendo en los modelos de reforma psiquiátrica por las políticas que las gobiernan. **Objetivo:** analizar la producción científica sobre las prácticas de atención llevadas a cabo por trabajadores de la salud a las personas con trastorno mental. **Método:** Revisión narrativa desarrollada en LILACS y bases de datos MEDLINE, con el descriptor "salud mental" y la "atención" y las palabras "desorden". Ellos fueron de 11 artículos analizados en su totalidad. **Resultados:** Se demostró que existen diferentes conceptos, estrategias y las limitaciones que enfrenta la práctica de atención a las personas con trastornos mentales. **Conclusión:** para identificar las diferentes formas de las prácticas de atención de la salud mental, tiene como objetivo fortalecer y guiar la atención recibida por los trabajadores en esta área, con el fin de calificar para el cuidado de la salud.

¹ Enfermeira Mda. Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENf). Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Email: zairatisott10@gmail.com.

² Enfermeira Dra. Docente do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

³ Enfermeira Dda. Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENf). Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

⁴ Enfermeira Dda. Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENf). Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

⁵ Enfermeiro. Programa de Pós Graduação em Gestão Pública em Saúde. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

⁶ Graduanda. Bolsista do Centro Regional de Referência de enfrentamento ao Crack e outras drogas/CRR. Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Palabras clave: Atención integral de salud; Salud mental; trabajador de la salud.

Introdução

No livro, “Holocausto Brasileiro” é relatado a história real durante a maior parte do século XX do maior hospício do Brasil, conhecido como Colônia. Além disso, mostra o genocídio cometido pelo estado Brasileiro, com a convivência dos médicos e, também, da população. Cerca de 70% das pessoas não tinham transtorno mental, eram pessoas que se rebelavam ou tornavam-se “incômodas” para a sociedade. Por muito tempo as pessoas com diagnóstico de transtorno mental, eram sinônimas de exclusão social, negligência de cuidados, abandono e maus tratos ¹. Devido a essas questões, no ano de 1989, deu-se entrada no Congresso Nacional um projeto de lei propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção dos manicômios no País. Esse período marcou o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira nos campos legislativos e normativos², entretanto foi sancionada como Lei nº 10.216 somente no ano de 2001. A Lei supracitada dispõe sobre os direitos do portador de transtorno mental e envolve diversos atores no processo, como profissionais da área de saúde, usuários e familiares no cuidado às pessoas com transtorno mental³. Ainda, aponta avanços que contribuem para o cuidado na área da saúde mental e nos modelos de atenção articulados em rede no campo da saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) ⁴. Apesar de todos esses avanços, os profissionais que atuam na rede de saúde mental, ainda se deparam com dificuldades na efetivação de tais práticas inclusivas que divergem do modelo de cuidado proposto⁵. Além disso, justifica-se a necessidade de buscar subsídios que auxiliem para o aprimoramento do cuidado às pessoas com transtorno mental, visto a importância de compreender a multiplicidade dos indivíduos e as suas necessidades conforme a melhor abordagem para a atenção aos mesmos. Diante disto, o presente artigo apresenta como objetivo analisar as produções científicas acerca das práticas de cuidado realizadas por trabalhadores da saúde às pessoas com transtorno mental.

Método

Trata-se de uma Revisão Narrativa de Literatura. A busca realizou-se nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), no período de dezembro de 2015 e janeiro de 2016, sendo que a delimitação temporal foi entre os anos de 2001 a 2015. A escolha por este período justifica-se pelo fato de que em, abril de 2001, foi aprovada a Reforma Psiquiátrica

Brasileira, Lei nº 10.216/2001. Sendo assim, utilizou-se o descritor/MeSHTerms “saúde mental” e as palavras “cuidados” e “transtorno”, agrupados pelo operador booleano AND. Justifica-se a utilização das palavras, pois, após diversas tentativas de estratégias, essa foi a mais adequada para o desenvolvimento do estudo. Os critérios para inclusão das publicações nesta pesquisa foram: artigos de pesquisa nos idiomas português, inglês e espanhol. E, excluíram-se os estudos que não responderam o objetivo dessa pesquisa. A partir da combinação do descritor e das palavras chaves, na base de dados LILACS emergiram 47 publicações e na base de dados MEDLINE 59 publicações, totalizando 106. Ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos 56 estudos na MEDLINE e 39 estudos na LILACS, sendo que destes: 57 não abordavam a temática, 15 por resumo incompleto, 08 por não serem gratuitos e 15 por não serem artigos de pesquisa. Portanto, para análise final, foram selecionados 11 artigos. A seleção ocorreu por meio da leitura do título e resumo dos artigos científicos, para, posteriormente, serem lidos na íntegra, foi construída uma ficha de extração documental dos estudos selecionados com os seguintes itens: identificação do estudo, título, autor, ano, revista, objetivo, método, sujeitos das pesquisas, cenário e principais resultados.

Resultados e Discussão

Dentre os onze artigos selecionados e analisados na íntegra, predominaram-se estudos desenvolvidos no Brasil, com delineamento qualitativo (n=8), enquanto nos Estados Unidos, Holanda e Hong Kong contabilizaram um artigo cada. O ano de publicação que mais obteve produções foi o ano de 2008 (n=4), seguido de 2015 (n=3) e apenas um artigo por ano em 2006, 2009, 2010, 2013. Quanto ao desenho metodológico das pesquisas, foram oito estudos qualitativos, dois ensaios clínicos e um transversal com corte. Relacionado aos cenários de estudo, observou-se que quatro deles foram realizados em Instituições psiquiátricas/hospital Psiquiátrico, seguidos de dois estudos com atendimento a domicílio, tendo como cenário a Unidade Básica de Saúde (UBS) e cenários como Pronto Atendimento em um Hospital Geral (HG), CAPS, Atenção Básica, Organização Não Governamental (ONG) e uma Clínica de cuidado primário, contabilizaram um cada. Em relação aos participantes das pesquisas, fizeram parte usuários e trabalhadores dos serviços (n=4), sendo que as maiorias desses trabalhadores fazem parte da equipe de enfermagem (n=3), houve também, participantes associados com usuários dos serviços (n=1). A discussão dos resultados divide-se em duas categorias: Concepções dos profissionais acerca do cuidado as pessoas com transtorno mental e Estratégias para o desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde mental.

Quadro 1- Artigos segundo a sua identificação, ano, país, delineamento do estudo, participantes e cenário da pesquisa.

Id	Título	Ano	País	Delineamento	Participantes da pesquisa	Cenário do estudo
A 1	Práticas terapêuticas na rede informal com ênfase na saúde mental: histórias de cuidadoras	2008	Brasil	Qualitativa	Mulheres que atuam como cuidadoras	ONG
A 2	O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio ao portador de transtorno mental e sua família.	2006	Brasil	Qualitativa	Usuários dos serviços de saúde	UBS Domicílio
A 3	Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento.	2010	Brasil	Qualitativa	Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.	Pronto Atendimento
A 4	Conceitos de cuidado elaborados por enfermeiros que atuam em instituições psiquiátricas	2009	Brasil	Qualitativo	Enfermeiros	Instituições Psiquiátricas
A 5	Concepções de usuários e trabalhadores de um CAPS DA SER-IV, de Fortaleza- CE, acerca do cuidado em saúde mental.	2008	Brasil	Qualitativo	Usuários do CAPS e trabalhadores	CAPS
A 6	Sensibilizando a equipe de enfermagem ao cuidado humanizado em saúde mental mediante oficinas educativas	2008	Brasil	Qualitativa	Técnicos e auxiliares de enfermagem.	Instituição Psiquiátrica
A 7	Geriatric psychiatry home treatment (GHT): a pilot study on outcomes following hospital discharge for depressive and delusional patients.	2008	Holanda	Estudo com delineamento quase-experimental	Pacientes depressivos	Domicílio
A 8	Comparative effectiveness of standard versus patient-centered collaborative care interventions for depression among African Americans in primary care settings: the BRIDGE Study.	2013	EUA	Estudo clínico randomizado	Pacientes depressivos	Atenção primária
A 9	Help-seeking intentions and subsequent 12-month mental health service use in Chinese primary care patients with depressive symptoms	2015	Hong Kong	Estudo de coorte	Pacientes depressivos	Clínicas de cuidado primário
A 10	O acesso às informações sobre diagnóstico e internação à pessoa com transtorno mental	2015	Brasil	Qualitativa	Profissionais de saúde	Hospital Psiquiátrico
A 0		2015	Brasil	Qualitativa	Enfermeiros	Hospital

11	Cuidar humanizado: descobrimos as possibilidades na prática da enfermagem em saúde mental					Psiquiátrico

Concepções dos profissionais acerca do cuidado as pessoas com transtorno mental.

Os profissionais realizam uma reflexão sobre cuidado humanizado (A2, A3, A4, A6, A11), os quais procuram atender os usuários em sua integridade (A1, A3, A4), a partir da lógica do cuidado transpessoal (A2). Na grande maioria dos estudos, os profissionais enfermeiros apresentam embasamento sobre cuidado integral, como explanado pela literatura (A2,A3,A4,A6). O cuidado pode ser considerado como uma forma de viver, de se expressar e contribuir com o bem-estar geral, de forma a promover potencialidades e a dignidade humana⁶. O cuidado integral às pessoas com transtorno mental, evidenciado em alguns estudos envolve o resgate das condições humana de liberdade. Visa cuidar na perspectiva da integralidade, do acolhimento, do estabelecimento de vínculo, da responsabilização e de, sobretudo, de buscar garantir os direitos de cidadania e sociabilidade⁷. Nesse sentido, o cuidado integral faz-se imprescindível para a construção do vínculo entre profissional e usuário, promove inclusão social e autonomia em suas escolhas. Assim, constrói-se o processo de produção de cuidado, na qual as pessoas são protagonistas de suas ações. Para compreender as singularidades dos usuários e conseguir trabalhar com as subjetividade de cada um, é necessário primeiramente que o profissional de saúde mental possa conhecer-se. Nesse sentido, o cuidado transpessoal propõe a restauração entre os seres envolvidos no processo, o qual possibilita novas oportunidades, como, o autoconhecimento. Assim, viabiliza um melhor conhecimento de si para melhor conhecer o outro⁸.

Estratégias para o desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde mental.

Dentre as estratégias evidenciadas nos estudos analisados encontram-se: desenvolvimento, por meio de oficinas e cursos (A1), atividades de educação em saúde (A1, A2, A7, A8), atividades em grupo, onde é trazida a importância do apoio mútuo e da solidariedade, com espaços para trocas de experiências (A1). Sendo que para a efetivação dessas práticas, os profissionais apontam elementos fundamentais, dentre eles: comunicação (A3), escuta (A1), atenção e carinho (A4), responsabilidade, compromisso e ética (A11), e a participação da equipe Multiprofissional (A7,

A8). A educação em saúde faz com que os usuários sintam-se responsabilizados por sua própria saúde capazes de compreender e trabalhar melhor com suas escolhas⁹. Dessa forma as atividades grupo podem ser um nutriente para a educação em saúde, além de ter outros propósitos. Os grupos terapêuticos conseguem mostrar possibilidades de uma vida saudável e autônoma, sendo composto, por pessoas que partilham do mesmo sofrimento. Em alguns grupos, são organizados encontros para realização de atividades sociais, culturais, de lazer e de reconhecimento¹⁰. Os grupos de autoajuda vêm contribuir também como forma de cuidar, pois envolve pessoas com situações semelhantes, com finalidade e responsabilidade de ajudarem-se uns aos outros, ajudando-se a si próprios. Esses espaços são essenciais às pessoas com transtorno mental, pois promove qualidade de vida e a busca por autonomia em seu tratamento¹¹. De acordo com a Reforma Psiquiátrica e evidenciada nos artigos selecionados (A1, A2, A3, A4, A6), a humanização do cuidado é trazida como relevante no ato de cuidar. Humanizar em saúde mental significa acolher, ouvir e dar respostas positivas às necessidades tanto individuais como coletivas às pessoas cuidadas. Significa cuidar das pessoas com responsabilidade, compromisso e ética, ajudando-as em suas dificuldades e limitações¹². Para isso é necessário que os envolvidos estejam disponíveis um para o outro, escutando e valorizando desejos, sentimentos, comportamentos e necessidades para que, juntos, possam planejar as ações de cuidado, com o intuito de ir além da competência técnica e do domínio biológico, mas sim estar aberto para compreender o significado da experiência do outro¹³.

Considerações finais

Os resultados desta pesquisa, respondem ao objetivo do estudo e ao analisar as evidências disponíveis nas produções científicas acerca da prática de cuidado às pessoas com transtorno mental, percebe-se que os cuidados em saúde mental estão centralizados na equipe de enfermagem. Além disso, o ato de cuidar é visto tanto relacionados ao cuidado humanizado e no seu sentido ampliado, quanto como no modelo hegemônico. Os estudos apontaram ainda que haja benefícios na realização de grupos de discussão sobre cuidar em saúde mental pela equipe de enfermagem como também na construção de grupos terapêuticos trazidos pelos usuários. No entanto, o cuidado ainda apresenta limitações, principalmente na assistência ainda centrada somente ao modelo biomédico. Espera-se que este estudo possa contribuir com a melhoria do cuidado realizado pelos trabalhadores de saúde às pessoas com transtorno mental, em especial a enfermagem visto que o enfermeiro atua como um gerenciador da qualidade dos serviços de saúde o qual está vinculado. E, também, estimule o trabalho da equipe multiprofissional, sendo este um importante aliado na construção estratégias corresponsáveis na saúde.

Eixo Temático: processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Arbex D. Holocausto brasileiro. 1 ed. São Paulo: Geração editorial, 2013.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde 2005.
3. Brasil. Lei Nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [Internet]. 2001 .
4. Brasil. Portaria Nº 3.088. 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) 2011.
5. Azevedo EB de, Filha, Maria de Oliveira Ferreira. Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: entre dificuldades e facilidades. Porto Alegre. Revista Ciência & Saúde, [Internet]. 2012.
6. Santana JCB, Campos ACV, Dutra BS, Borges CM, Souza AB, Santos VH. O cuidado humanizado sob a percepção dos enfermeiros. Rev. Enfermagem Revista 2012.
7. Vasconcelos EM. Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde 2013.
8. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública, 35(1):103-9,2001.
9. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). Ciência & Saúde Coletiva 2011.
10. Vasconcelos EM. Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitador trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde 2013.
11. Zimermann, DE. Como trabalhamos em grupos. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.
12. Oliveira LC de, Silva RAR da, Medeiros MN de, Queiroz JC de, Guimarães J. Cuidar humanizado: descobrindo as possibilidades na prática da enfermagem em saúde mental. J. res.: fundam. care 2015.

13. Silva KM, Santos SMA dos, Souza AIJ de. Reflexões sobre a Necessidade do Cuidado Humanizado ao Idoso e família. Florianópolis . Sau. &Transf. Soc. 2014.



64. PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO NOS IDOSOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS DE CONVIVÊNCIA DE SÃO CARLOS (SC)

PREVALENCE OF DEPRESSION ON THE OLD PARTICIPANTS OF THE CONVIVÊNCIA GROUPS OF SÃO CARLOS (SC)

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS PARTICIPANTES OLD EN LOS GRUPOS CONVIVENCIA SAO CARLOS (SC)

ZENEVICZ, Leoni Terezinha¹; CELICH, Katia Lilian Sedrez²; SOUZA, Silvia Silva de³; MADUREIRA, Valeria Silvana Faganello⁴

INTRODUÇÃO: A depressão, uma das enfermidades mais incidentes na população idosa, tem grandes impactos no cotidiano e é considerada como fator de risco importante para os processos demenciais, aumentando a morbidade e a mortalidade associadas a patologias pré-existentes¹. Sendo uma enfermidade comum, crônica e recorrente, é uma doença de difícil mensuração, pois debilita a saúde física e mental, impondo restrições ao bem estar e à qualidade de vida, pois a sintomatologia é semelhante a de outras doenças, o que comprometendo o diagnóstico e provoca equívocos com os sinais e sintomas naturais do processo de envelhecer². Estudo realizado por Ballone (2007) aponta que a depressão acomete 20 a 27% dos idosos que vivem na comunidade e atingem 25 a 80% dos idosos institucionalizados, dados que se aproximam aos internacionais.

OBJETIVO: Conhecer a incidência de depressão nos idosos participantes dos grupos de convivência de São Carlos (SC). **METODOLOGIA:** Estudo transversal, observacional com abordagem quantitativa, realizado com 122 idosos de ambos os sexos, sem déficit cognitivo, participantes do grupo de idosos do Município de São Carlos(SC). Utilizou-se como instrumento a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage ampliada e já validada no Brasil, com 30 itens, que busca avaliar a satisfação com a vida, interrupção de atividades, aborrecimento, humor, isolamento, energia, alegria e problemas relacionados à memória. A apresentação dos resultados ocorreu pela estatística descritiva através da distribuição absoluta e relativa (n - %), bem como, pelas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão e amplitude). A simetria das distribuições contínuas foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para a análise bivariada entre variáveis qualitativas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2), que estabelece a comparação entre as frequências observadas (reais) e as esperadas, bem como, a análise pelos resíduos ajustados, onde os valores negativos indicam uma frequência real inferior à esperada e os valores positivos uma frequência real superior à esperada. As células, cujos resíduos ajustados assumem valores iguais ou acima de 1,96, em valor absoluto, contribuem significativamente para a relação de dependência entre variáveis comparadas (EVERITT, 1977). Nas tabelas de contingência em que pelo menos 25% dos valores das células (caselas) apresentarem frequência esperada menor do que 5, utilizou-se o teste exato de Fisher, sendo que, nas situações onde pelo menos uma variável tenha característica politômica, foi utilizada a simulação de Monte Carlo. Para as variáveis contínuas, quando a comparação ocorreu entre dois grupos independentes foi aplicado o teste de t-Student e de Mann Whitney, e quando a comparação ocorreu entre três ou mais grupos foi utilizada a Análise de variância (One way) – Post Hoc Tukey ou o teste de Kruskal Wallis – Post Hoc Dunn. Os dados receberam tratamento estatístico utilizando-se o

¹ Doutora em Gerontologia Biomédica. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), e-mail leoni.zenevicz@uffs.edu.br

² Doutora em gerontologia Biomédica. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

³ Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

software SPSS 17.0 (*Statistical Package to Social Sciences for Windows*) onde, para critérios de decisão foi adotado o nível de significância (α) de 5%. A proposta foi aprovada pelo comitê de ética da Universidad Nacional de Entre Rios (UNER)/ Facultad de Ciencias de La Salud.

RESULTADOS: Participaram deste estudo 122 idosos, com média de idade estimada em 70,8 ($\pm 7,9$) anos e amplitude de variação de 60 a 99 anos. Homens e mulheres mostraram-se igualmente distribuídos, 50,0% (n=61). Em relação a naturalidade, todos os investigados se declararam brasileiros, sendo 83,5% (n=101) pertencentes ao estado de Santa Catarina e 16,5% (n=20) ao Rio Grande do Sul. A maior parte da amostra declarou ter tido filhos, 98,4% (n=120), e, sobre este grupo a média foi de 4 ($\pm 1,7$) filhos, com o mínimo de um e o máximo de oito filhos. Ainda verificou-se que, 57,5% (n=69) declararam ter tido de três a quatro filhos. Em relação ao estado civil, 39,7% (n=48) se definiram como casados e 38,8% (n=47), como viúvo. Neste estudo a escolaridade evidenciou-se por baixo nível educacional observada em 57,0% (n=69) da amostra tinham o ensino primário completo. Quando questionados se moravam sozinhos, 76,9% (n=93) responderam de forma negativa e, sobre este grupo, a estimativa é de que os idosos residam, em média, com mais 2 ($\pm 1,3$) pessoas, sendo o mínimo de 1 e o máximo de 6 pessoa. Ainda, se verificou que, 43,0% (n=40) dos investigados relataram residir com apenas uma pessoa. Em relação ao grau de parentesco, a grande maioria relatou residir com familiares, 97,8% (n=90). Dos 98,2% (n=120) idosos se declararam aposentados e, em relação às ocupações exercidas antes da aposentadoria prevaleceu a de trabalhador (a) rural/trabalhador (a) da agricultura/agricultor (a), 46,7% (n=56); 15,0% (n=18) autônomo e dona de casa/do lar, observada em 10,0% (n=12) dos casos. A prática de alguma religião foi apontada por 95,9% (n=117) dos idosos. Quanto ao suporte social informal, 98,4% (n=120) dos idosos relataram algum tipo de apoio, sendo que, o apoio que mais prevaleceu foi oriundo dos membros da família, 94,3% (n=115). Quanto ao tipo de suporte que recebem como apoio o mais observado foi o emocional, 43,3% (n=52), seguido das combinações econômico/emocional, 28,3% (n=34), e Econômico/emocional/instrumental, 20,8% (n=25). Quando questionados sobre quem prestava o apoio, 34,7% (n=41) mencionaram que o apoio vinha exclusivamente dos filhos; 20,3% (n=22) relataram o apoio de familiares ou membros da família (exceto os filhos); 12,7% (n=15) informaram apoio do (a) esposo (a)/filhos. A atividade física foi confirmada por 47,5% (n=56) da amostra, onde as atividades mais relatadas foram a caminhada, 52,1% (n=25) e a hidroginástica, 37,5% (n=18). No entanto também foram mencionadas as modalidades de dança, 12,5% (n=6), academia, 10,4% (n=5), e ginástica ao ar livre, 6,3% (n=3). A participação de atividades junto a comunidade foi apontada por 75,4% (n=92) da amostra, onde as principais atividades desempenhadas foram a participação em grupo de idosos, 53,3% (n=49), grupo de liturgia, igreja /orações/carismáticos, 29,4% (n=27), e ainda 26,1% (n=24) relataram a participação em grupo de coral. Ainda em relação a participação em atividades na comunidade, verificou-se que, 48,3% (n=43) dos investigados informaram participar de apenas uma atividade, 43,8% (n=39) relataram duas atividades, enquanto que, 7,9% (n=7) informaram participar de 3 atividades.

CONCLUSÕES: Dos idosos analisados, 61,5% dos idosos foram diagnosticados com sinais e sintomas de depressão. Quando caracterizados 4,9% dos idosos apresentam depressão severa, 56,6% com depressão moderada e 38,5% sem depressão. O gênero feminino apresentavam níveis depressivos mais elevados que os homens. A idade mais acometida pela depressão foi dos 66 a 69 anos e com + 80 anos. Os idosos casados, que moram com a família e desenvolvem atividades físicas rotineiramente não apresentam depressão. A depressão em idosos compromete de maneira significativa a qualidade de vida da população idosa. Neste contexto, os profissionais de saúde devem estar sensibilizados e envolvidos com o desenvolvimento de cuidados de natureza preventiva, interdisciplinar e comunitária, que minimizem o sofrimento psíquico e restaurem a alegria de viver.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Descritores: prevalência; depressão; idosos.

Keywords: Prevalence; depression; elderly.

Palabras clave: prevalencia; depresión; ancianos.

REFERENCIAS

- 1 Stella F, Gobbi S, Corazza DI, Costa JLR. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. Motriz. 2002; 8(3):91-8.
- 2- Ballone GJ. (2007). Fisiopatologia da depressão. [acesso 2008 out. 20]. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/>
- 3- Rosa PV. Estudo sobre os fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda - RS, Brasil [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2007. 79 p.
- 4- Everitt BS. The analysis of contingency tables. New York (NY): Wiley; 1977.



65. PROBLEMAS ÉTICOS E SENSIBILIDADE MORAL DOS ENFERMEIROS DO RIO GRANDE DO SUL

ETHICAL PROBLEMS AND MORAL SENSITIVITY OF NURSES OF RIO GRANDE DO SUL

PROBLEMAS ÉTICOS Y SENSIBILIDAD MORAL DE LOS ENFERMERAS DO RIO GRANDE DO SUL

DALLA NORA, Carlise Rigon¹

Introdução: Nos últimos anos tem havido grandes mudanças no Sistema de Saúde em todo o mundo, incluindo avanços tecnológicos, ferramentas de diagnóstico, técnicas modernas, mudanças nos processos de cuidados e intervenções clínicas, com restrições orçamentais e reformas.¹ Embora toda essa crescente tecnologia ajude no julgamento clínico, ainda são os profissionais que tomam as decisões cruciais para os pacientes. Nesse contexto, os enfermeiros prestam cuidados cada vez mais complexos e enfrentam muitos problemas éticos no seu trabalho diário.² Problemas éticos são desafios, fontes de conflitos de valores e deveres com vários cursos de ação para solução, o que requer deliberação e ponderação para se encontrar o melhor caminho, a alternativa ótima para resolução das questões. Assim, para o enfermeiro tomar decisões apropriadas esse precisa ter sensibilidade moral. A sensibilidade moral é definida como a compreensão contextual e intuitiva da situação de vulnerabilidade do paciente, tendo consciência das implicações morais das decisões tomadas em seu nome.³ Além disso, compreende outras dimensões além da capacidade cognitiva, incluiu também sensações, sentimentos, conhecimento moral e habilidades⁴. A diminuição ou ausência de sensibilidade moral pode resultar em um cuidado deficiente. Avaliar a sensibilidade moral é fundamental para planejar intervenções para facilitar a prática ética e garantir que os enfermeiros tomem decisões apropriadas. Esse estudo possui uma perspectiva Luso-Brasileira na medida em que se insere no acordo de dupla titulação realizado entre o Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. **Objetivo:** Identificar e descrever os problemas éticos encontrados pelos enfermeiros em sua prática e a sensibilidade moral destes em situações éticas. **Método:** Trata-se de um estudo transversal e descritivo. Os participantes deste estudo foram uma amostra de conveniência de 316 enfermeiros dos serviços de saúde do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. A coleta de dados foi realizada entre os meses de março e julho de 2016. Os enfermeiros foram convidados mediante convite *online* divulgado pelo Conselho de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN/RS). Foram incluídos no estudo enfermeiros que atuam em ambiente hospitalar, na atenção primária à saúde e no âmbito do ensino. O questionário de sensibilidade moral foi desenvolvido por Lutzen⁵ para verificar a sensibilidade moral dos enfermeiros que trabalham em serviços de psiquiatria na Suécia. O MSQ original, contém uma escala com 30 itens que estão distribuídos em 6 dimensões da sensibilidade moral, sendo: orientação interpessoal, autonomia, benevolência, estruturar do

¹Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa (UCP). Investigadora no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS); Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Especialista em Saúde da Família. Porto, Portugal. E-mail: carliserdn@gmail.com

significado moral, vivenciar o conflito moral e confiança no conhecimento profissional.⁵ Foi realizada a análise fatorial exploratória dos itens. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob nº 1.180.518. Este estudo observou todos os preceitos éticos e legais das pesquisas envolvendo seres humanos e garante uma participação livre e voluntária. A pesquisa é desenvolvida sob a modalidade Bolsa de Doutorado Pleno no Exterior, concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. **Resultados:** O questionário de sensibilidade moral do Brasil (MSQ-B) permaneceu com 27 itens, distribuídos em quatro dimensões: orientação interpessoal; conhecimento profissional; conflito moral e significado moral. A média de sensibilidade moral dos enfermeiros foi de 4,44 de 7 considerada moderada. Os problemas éticos na enfermagem compreendem três categorias: problemas éticos na relação entre a equipe, problemas éticos na relação com o usuário e problemas éticos na gestão dos serviços de saúde. **Conclusão:** É necessário que os enfermeiros reconheçam que a sua responsabilidade profissional se estende a todos os aspectos da prática cotidiana. Nesse contexto, enfermeiros com moderada sensibilidade moral podem não perceber as implicações éticas das situações ou realizar um cuidado mecanizado, baseado em rotinas. Os enfermeiros precisam ser preparados para enfrentar os problemas éticos, evidenciando a importância da formação em ética durante o processo educativo, antes e durante a prática profissional, proporcionando o desenvolvimento de sensibilidade e competência ética para a resolução desses problemas. Este estudo foi o primeiro a investigar o padrão de como os enfermeiros do Rio Grande do Sul, Brasil respondem ao itens do MSQ. Os resultados trazem implicações importantes para a enfermagem brasileira, na medida que apresenta dimensões para avaliar a sensibilidade moral dos enfermeiros em consonância com pesquisas realizadas internacionalmente, possibilitando que os profissionais ampliem e potencializem sua sensibilidade moral. O questionário de sensibilidade moral é um instrumento válido e apropriado para avaliar a sensibilidade moral dos enfermeiros Brasileiros.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem.

Descritores: Sensibilidade Moral; Desenvolvimento Moral; Validação de escalas; Enfermagem.

Key words: Moral sensitivity; Moral development; Scale validation; Nursing.

Palabras clave: Sensibilidad moral; Desarrollo moral; Escalas de validación; Enfermería.

Referências

- 1 Borhani F, Abbaszadeh A, Mohamadi E, Ghasemi E, Hoseinabad-Farahani MJ. Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nurs Ethics*. 2015, 28:1-9.
- 2 Sahin S, Iyigun E, Acikel C. Validity and Reliability of a Turkish Version of the Modified Moral Sensitivity Questionnaire for Student Nurses. *Ethics & Behavior*. 2015; 25(4):351-59.
- 3 Tuveson H, Lützén K. Demographic factors associated with moral sensitivity among nursing students. *Nurs Ethics*. 2016, 28:1-9.

4 Lützén K, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing Ethics*, 2006; 13(2), 187-196.

5 Lützén K, Evertzon M, Nordin C. Moral sensitivity in psychiatric practice. *Nursing Ethics*, 1997; 4(6): 472-482.



PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PERSPECTIVA DA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SOCIAL PARTICIPATION IN THE PERSPECTIVE OF THE MANAGEMENT OF THE UNIQUE HEALTH SYSTEM

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA PERSPECTIVA DE LA GESTIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD

HOPPE, Ariane dos Santos¹; MOCELIN, Guilherme²; MÜLLER, Francieli Ester³; PAPPEN, Morgana⁴; KIST, Daiane Raquel⁵; FLÔRES, Gabriela Mendes da Silva⁶; KESSLER, Amanda Luisa⁷; REZENDE, Maristela Soares de⁸; WEIGELT, Leni Dias⁹; ALVES, Luciane Maria Schmidt¹⁰; KRUG, Suzane Beatriz Frantz¹¹.

Resumo

Este estudo qualitativo objetivou identificar, na percepção de gestores municipais e presidentes de Conselhos Municipais de Saúde (CMS), potencialidades, fragilidades, perspectivas e desafios da participação social para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e monitoramento das políticas públicas de saúde. A amostra foi constituída por 17 sujeitos de dez municípios da 28ª Região de Saúde - RS. Os dados foram submetidos à análise temática. Os sujeitos demonstraram conhecer aspectos relativos à participação social no SUS e a existência de resultados positivos advindos desse movimento. Como expectativa, apontaram a ampliação da participação da comunidade nas ações de saúde/SUS, sugerindo que haja maior divulgação das reuniões do CMS e das ações da participação social nos municípios. Conclui-se que há necessidade da elaboração de mecanismos que aproximem a comunidade das decisões no campo da saúde.

Descritores: Participação Social; Gestão em Saúde; Conselhos de Saúde.

Abstract

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (PROBIC-FAPERGS). Email: arianehoppe@hotmail.com.

² Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul. Bolsista voluntário do Programa UNISC de Iniciação Científica (PUIC).

³ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul. Bolsista voluntário do Programa UNISC de Iniciação Científica (PUIC).

⁴ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul. Bolsista do Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoas de Nível Superior (PROSUP-CAPEs Taxa).

⁵ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul.

⁶ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul. Bolsista voluntário do Programa UNISC de Iniciação Científica (PUIC).

⁷ Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade de Santa Cruz do Sul. Bolsista voluntário do Programa UNISC de Iniciação Científica (PUIC).

⁸ Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento Regional, docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul.

⁹ Enfermeira, Doutora em Desenvolvimento Regional, docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul.

¹⁰ Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul.

¹¹ Enfermeira, Doutora em Serviço Social, docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia e do Programa de Pós-Graduação/Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul.

This qualitative study aimed to identify the potentialities, fragilities, perspectives and challenges of social participation in the perception of municipal managers and presidents of Municipal Health Councils (CMS) to strengthen Unique Health System (SUS) and monitor public health policies. The sample consisted of 17 subjects from ten municipalities of the 28th Region of Health- Rio Grande do Sul. The data were submitted to thematic analysis. The subjects demonstrated to know aspects related to social participation in SUS and the existence of positive results coming from this movement. As an expectation, they pointed to the expansion of community participation in health actions / SUS, suggesting that there should be greater dissemination of CMS meetings and social participation actions in municipalities. It is concluded that there is a need for the elaboration of mechanisms that bring the community closer to decisions in the field of health.

Descriptors: Social Participation; Health Management; Health Councils.

Resumen

Este estudio cualitativo tuvo como objetivo identificar la percepción de los gestores municipales y presidentes de los Consejos Municipales de Salud (CMS), en relación a las potencialidades, las debilidades, las perspectivas y desafíos de la participación social para fortalecer el Sistema Único de Salud (SUS) y el seguimiento de las políticas de salud pública. La muestra fue de 17 sujetos de diez municipios correspondientes a la 28ª Región de Salud - RS. Los datos fueron sometidos a análisis temático. Los sujetos demostraron que saben los aspectos de la participación social en el SUS y la existencia de resultados positivos derivados de este movimiento. Como era de esperar, señalaron la necesidad de expansión de la participación de la comunidad en las actividades de salud/SUS, sugiriendo que haya mayor divulgación de las reuniones del CMS bien como de las acciones de participación en los municipios. Finalmente se llega a la conclusión de que hay necesidad de construir mecanismos que acerquen a la comunidad del proceso de tomada de decisión en el área de la salud.

Descriptor: Participación Social; Gestión en Salud; Consejos de Salud.

Introdução

A busca e o exercício da participação social no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de ações dos grupos sociais na formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas constitui-se um meio de promover a equidade e de transformar a atenção à saúde.

Participação social é entendida como "múltiplas ações" de "diferentes forças sociais" que são relevantes e se complementam. As práticas institucionais não substituem as formas de pressão política dos movimentos sociais, que se somam às demais manifestações dos sujeitos coletivos em busca de saúde e qualidade de vida.¹ É um importante marcador do desenvolvimento de uma sociedade, com impacto direto sobre os indicadores de saúde. Verifica-se que países onde há maior coesão e participação social contam com menores iniquidades em saúde.²⁻³

Na abordagem do conceito ampliado de saúde, a participação social torna-se condição necessária para seu pleno exercício, não podendo-se considerar saudável uma população que não esteja articulada e vinculada aos processos de decisão sobre os rumos da saúde pública, um dos princípios do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.⁴ O envolvimento da população permite a apropriação de sua saúde e conduz à formação da consciência sanitária e coletiva, estendendo-se às demais questões sociais. Nesse processo, obtém-se aprimoramento político e da cidadania, elementos essenciais ao desenvolvimento de uma sociedade justa e democrática. Nesse viés, a autonomia do sujeito é compreendida não como ausência de liberdade, mas como capacidade de lidar com sua rede de dependência, tornando-se elemento importante no processo de co-constituição de compreensão e ação sobre si mesmo e sobre o contexto, de acordo com objetivos democraticamente estabelecidos para a saúde.⁵

A participação da comunidade no sistema de saúde é condição fundamental para ações de construção da cidadania e formação de sujeitos coletivos na conquista de espaços democráticos e de direitos sociais. A Lei n.º 8.142/90, resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde, dispõe sobre a participação social na gestão do SUS, sendo criados, a partir deste marco legal, os Conselhos e as Conferências de Saúde, instâncias colegiadas em cada esfera de governo que se configuram como espaços

fundamentais para o exercício do controle social do Sistema Único de Saúde.⁶ Assim, o fortalecimento da participação social na gestão das políticas de saúde deve ser valorizado com potencialidade para avanços da universalização e equidade do acesso à saúde, além de possibilitar a qualificação da gestão pública. A abertura da gestão aos diversos olhares e vozes democratiza as ações em saúde pública e as tornam adequadas às reais demandas sociais.⁴

Embora prevista em lei desde a criação do SUS, a participação social é um processo em permanente construção, sendo dependente de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos, enfrentando sucessivos avanços e recuos. Por isso, devem ser proporcionadas condições para que a democracia participativa se efetive na prática e que a sociedade civil se torne protagonista no processo de controle social nas políticas públicas de saúde.⁷

O mapeamento das práticas democráticas participativas possibilita o conhecimento da realidade de monitoramento das políticas públicas em saúde, de forma a contribuir para o fortalecimento do SUS. Desta forma, pode-se favorecer o planejamento, formulação, execução e fiscalização de políticas públicas, constituindo-se meios para a promoção da equidade e da transformação da atenção à saúde, na perspectiva de ações que possam contribuir para a construção da cidadania e formação de sujeitos coletivos na conquista de espaços democráticos e de direitos sociais.

Para tanto, conhecer os cenários da participação popular na 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, seus avanços, fragilidades, os elementos necessários para consolidar e efetivar a participação popular pode cooperar para a democratização dos espaços de escuta da sociedade civil da região, tornando-os cada vez mais apropriados para as tomadas de decisão. Nesse sentido, o presente estudo objetivou identificar, na percepção de gestores municipais e presidentes de conselhos municipais de saúde, as potencialidades, as fragilidades, perspectivas e desafios da participação social para o fortalecimento do SUS e monitoramento das políticas públicas de saúde.

Metodologia

O presente estudo trata-se de um estudo qualitativo, recorte da pesquisa “Práticas democráticas participativas na implementação e monitoramento das políticas públicas de saúde nos municípios do sul do Brasil” desenvolvida pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). A amostra foi constituída de forma aleatória e voluntária por 17 sujeitos, sendo nove gestores municipais de saúde e oito presidentes de Conselho Municipal de Saúde, provenientes de dez municípios (Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Vale do Sol, Venâncio Aires e Vera Cruz) que compõem a 28ª Região de Saúde - RS.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizada entrevista semiestruturada e para análise dos dados utilizou-se o método da Análise Temática.⁸ Os gestores entrevistados foram identificados como G1, G2, G3 e assim sucessivamente até o último sujeito, bem como os presidentes de Conselho Municipal de Saúde como P1, P2, P3..., dessa forma, garantindo o anonimato dos mesmos. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISC através do parecer 1.171.773/15.

Resultados e discussão

Os sujeitos do estudo tinham, majoritariamente, de um a três anos de atividade no cargo. A faixa etária da maioria variou de 41 a 50 anos de idade, sendo 11 do sexo masculino e com estado civil casado. Quanto a escolaridade, sete tinham ensino superior completo, seguido por cinco com ensino médio completo.

Do total dos pesquisados, dez referiram integrar, além do Conselho Municipal de Saúde (CMS), outros movimentos sociais, como grupos da terceira idade, Conselhos Municipais da Educação e do Idoso, Sindicatos, entre outros.

Os resultados desse estudo foram organizados em três unidades temáticas: a primeira expõe conhecimentos sobre a participação social e fatores que facilitam e/ou dificultam o seu desenvolvimento, a segunda discorre sobre os resultados da participação social para a comunidade e a terceira apresenta as expectativas e sugestões dos sujeitos para a participação da comunidade nas ações de saúde do SUS.

Conhecimentos e práticas da participação social

Os participantes do estudo demonstraram conhecer aspectos relativos às formas de participação social, sendo referidas, principalmente, a atuação do conselho municipal de saúde e a realização de conferências de saúde, haja vista que essas instâncias contam com intensa participação da comunidade, sobretudo de profissionais de saúde, sindicalistas e integrantes da gestão de saúde municipal. No entanto, os mesmos inferem que a existência da baixa participação dos usuários de serviços de saúde está atrelada ao desconhecimento da população sobre esses mecanismos, como pode-se observar na fala a seguir:

“Eu acho que o pessoal, a população, assim, não tá muito informada sobre os direitos que elas têm nesse sentido. Acho que, assim, tá tendo pouca participação da comunidade no planejamento e controle” (P6).

Nesse sentido, os sujeitos apontaram a necessidade de maior envolvimento da sociedade em relação às demandas e ações que poderiam estar sendo desenvolvidas com maior eficácia, levando em consideração que os mesmos julgam a prática da participação social como restrita e pouca efetiva, o que pode ser sugestivo da centralização do poder e de uma visão fiscalizatória das ações. A falta de envolvimento da comunidade nas ações de saúde/SUS é também encontrada em outros estudos, traduzindo, dessa forma, uma problemática que não é enfrentada somente na região estudada, mas em diversas regiões do Brasil.⁹⁻¹⁰

No que se refere aos fatores dificultadores, os sujeitos deram ênfase a impossibilidade de flexibilização dos horários de reuniões, destacando que, para servidores públicos, a ocorrência das reuniões em horário de turno de trabalho facilita sua participação, condição contrária à disponibilidade dos representantes das demais entidades e da população em geral. Isso posto, observa-se que a participação e o controle social não se efetivam integralmente, contribuindo para tal, a falta de informação da população sobre seus direitos, o que faz com que a mesma não tenha a capacidade de exigí-los.⁷

Os gestores e presidentes de CMS ressaltam e reconhecem que se a população cobrasse mais ações e resultados por parte dos agentes responsáveis, desenvolver-se-iam mais trabalhos em prol do meio social e de saúde. Ainda, reconhecem que existe certa “acomodação” de ambas as partes, o que atravanca o funcionamento articulado do sistema, e versaram sobre a importância da força social da comunidade, com a finalidade de modificar essa situação. A fala de um gestor engloba a questão:

“Representantes de entidades e a maior parte da população não sabem o poder que tem dentro do conselho”. (G1).

Os Conselhos de Saúde podem evidenciar as relações de proximidade e/ou distanciamento entre os gestores e os usuários. Nesse sentido, a lei nº 8.142, de 1990, regulamentou os Conselhos de Saúde, definindo os usuários – maior percentual -, os representantes dos gestores e de prestadores de serviço de saúde e os profissionais como seus componentes. Assim, é fundamental o empoderamento da população, a fim de tomar decisões e definir prioridades.¹¹

Outro ponto que foi destacado pelos entrevistados fez menção a “*saber cobrar, mas participar não*” (G3), demonstrando que, inúmeras vezes, grande parcela dos atores sociais não possui ciência de que seja possível participar ativamente frente às decisões que são tomadas no âmbito da saúde pública. Ainda, evidenciou-se que, a comunidade, na grande maioria das situações, requer e exige resolutividade em questões pontuais e individuais como, por exemplo, a necessidade de um procedimento cirúrgico, não priorizando, dessa forma, o anseio pelo bem estar comum. Esse achado é observado também em outros estudos, em que conselheiros referem à sobreposição de interesses individuais de outros integrantes do CMS aos interesses dos usuários da comunidade, inviabilizando, dessa forma, a assistência às necessidades da população como um todo.¹²

Sob esta mesma ótica, os participantes do estudo referiram nos municípios estudados a existência de Conselhos Municipais de Saúde dinâmicos, bem estruturados e com participação ativa de seus integrantes. Dessa forma, a participação da comunidade nas políticas sociais é de extrema importância para o desenvolvimento de ações diretamente voltadas para as necessidades de saúde da população e o controle social é uma proposta de democratização da saúde.¹¹

Resultados e contribuições para a comunidade

A participação social pode provocar o desenvolvimento de ações que, de alguma forma, atendem as necessidades e expectativas da comunidade, inclusive críticas e sugestões aos serviços públicos podem transformar o modo de acolher e dar resolutividade às demandas.¹³ Nesse estudo, os principais resultados da participação social para a comunidade apontados pelos sujeitos referem-se à novas unidades de saúde e estratégias de assistência à saúde da população da zona rural, como observa-se nas falas abaixo:

“Criticar serviços e ações nossas, com certeza vai estar nos ajudando a buscar cada vez mais aprimorar nossos serviços” (G8).

“A própria unidade de saúde da comunidade “x”, foi uma conquista do movimento da população local junto com uma pessoa que representava o conselho” (P1).

“Pelo conselho, a gente já conseguiu, por reivindicações de alguns membros, a questão de ir pro interior, de ficar nas comunidades [...] que eles queriam muito, isso eles conseguiram através do conselho” (P2).

Desse modo, a participação da comunidade articula órgãos governamentais e movimentos sociais e é indispensável, pois organiza a viabilidade do controle social no Estado.⁴ Através dela, é possível a concretização de propostas que atendam às necessidades da população, caracterizando-se como uma forma de unir forças e agir em prol do bem comum. Esse fato é exposto em outros estudos em que conselheiros de saúde relatam que sentem-se úteis para a comunidade, haja vista que os mesmos encaminham e discutem as

demandas identificadas nas localidades com o CMS e gestão, possibilitando a construção de ideias e a agilidade no desenvolvimento dos processos.¹⁰

Participação social: expectativas e sugestões

Através das falas, evidencia-se que a maior expectativa que os entrevistados possuem nesse campo está relacionada à ampliação da participação da comunidade no planejamento, monitoramento e controle das ações de saúde/SUS nos municípios pesquisados, como mostra a fala a seguir:

“[...] espero a participação cada vez maior da comunidade, nesse sentido, porque a construção inicia no que a comunidade tá pedindo, tá exigindo. Vejo como papel fundamental da participação no controle e no avanço do serviço, na melhoria. É uma ferramenta correta, onde todo cidadãos deveriam começar, os pilares de início dessas atividades” (G9).

Na visão dos sujeitos, a integração dos usuários com os serviços constitui-se como um dos fatores que facilitam o desenvolvimento do controle social, o que é justificado por autores que pontuam que a participação social deve ser provocada no intuito de melhoria do processo democrático e de cidadania, instigando informações e participação de todos e atentado principalmente para a valorização das sugestões e falas.^{11,13} A participação social possibilita a construção de políticas que contemplem as diferentes realidades de uma população, caracterizando-se como um processo democrático e de direito da sociedade. Através dela, é possível que um coletivo exerça o poder de decisão baseado nas suas necessidades, acompanhando e avaliando todas as ações de saúde do SUS.⁴

No entanto, a falta de envolvimento da comunidade nas decisões no campo da saúde, muitas vezes, está atrelada ao desconhecimento de seus direitos e das possibilidades de participação.¹⁰ Nesse sentido, a fala de um gestor de saúde demonstra a expectativa em relação ao empoderamento da comunidade sobre as informações pertinentes à participação social no SUS como mecanismo de fortalecimento das ações nesse âmbito:

“(Eu espero) que cada vez mais elas se empoderem, se empoderem de informações pra poder melhor contribuir, ajudar a fiscalizar, ajudar também a ordenar fluxos” (G1).

Quando questionados sobre as sugestões para a participação da comunidade nas ações de saúde SUS, os entrevistados relataram a necessidade de maior divulgação das reuniões do CMS e das ações da participação social nos municípios:

“Talvez ampliar essa divulgação, tornar as pessoas sabedoras deste canal, dessas vias de participação, né” (G9).
“Quem sabe tornar ela (reunião do CMS) aberta. Não é que ela seja fechada, mas não é divulgada. Hoje, ainda, ela tá fechada, como num gabinete, mas porque ela não é divulgada” (G2).

Demandas parecidas também são observadas em outros estudos, em que a disponibilização de informações para a comunidade apresenta-se de forma insuficiente ou nula. Nesse sentido, salienta-se a falta

de informação como um nó crítico nesse processo, haja vista que para o exercício democrático e pleno da participação social na área da saúde, faz-se necessário a articulação dos diferentes atores sociais, o que ocorrerá, principalmente, através da publicização das informações produzidas pelo SUS.¹⁴⁻¹⁵

Além disso, os sujeitos pesquisados percebem a necessidade da criação de mecanismos que aproximem a comunidade das decisões no campo da saúde, como, por exemplo, a realização de audiências públicas, de reuniões nas comunidades, principalmente em regiões do interior dos municípios, a criação de conselhos locais de saúde, entre outros:

“[...] tentar criar conselhos locais de saúde, trazer mais a voz da população pra dentro das reuniões do conselho” (P1).

“Eu acho que criar fóruns nas comunidades, nos bairros, principalmente do interior, um pouco mais periódicos pra debater a saúde em si, pra debater as melhorias, não só na questão da saúde, mas em si no município” (P8).

Estudos apontam a importância da criação de conselhos locais de saúde, tendo em vista que esses tornam-se meios que aproximam e facilitam o envolvimento da comunidade nas decisões e fiscalização nos serviços de saúde do SUS. Esses caminhos tornam a participação social mais democrática e equânime, auxiliando no atendimento das prioridades da população, por meio da participação da própria comunidade.¹⁶

Considerações Finais

Nos municípios estudados pode-se observar que a participação social caracteriza-se como importante mecanismo de luta por um sistema de saúde mais democrático e equânime, haja vista que, nos relatos, foram observados variados resultados advindos desse movimento, como os que se referem à implantação de novas unidades de saúde em regiões antes desassistidas, principalmente rurais.

Salienta-se, ainda, que os sujeitos apontam que a participação social ocorre, majoritariamente, por meio das reuniões do conselho municipal de saúde e das conferências de saúde. Todavia, é pontuada a pequena participação de indivíduos que não integram o CMS ou outros movimentos sociais nas ações de saúde/SUS. Esse fato parece estar atrelado ao desconhecimento da comunidade acerca de seus direitos enquanto usuários do SUS.

Nesse sentido, os gestores de saúde e presidentes de CMS expressam o desejo de que a população obtenha informações referentes à participação social e sugerem o desenvolvimento de mecanismos que aproximem a população desses movimentos, como a ampliação na divulgação das reuniões do CMS, a criação de conselhos locais de saúde e de reuniões em comunidades do interior.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. Cad. Saúde Pública. 1998;14 Supl. 2: p. 7-18.
2. Buss PM, Pelegriini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. 2007;17(1):77-93.
3. Esperidião MA. Controle social do SUS: conselhos e conferências de saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 261-9.

- 4.Coelho JS. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde e Sociedade*. 2012;21 Supl. 1:138-51.
- 5.Onocko Campos RT, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 669-88.
- 6.Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Regulamenta o controle social no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 31 dez 1990.
- 7.Rolim LB, Cruz RSBL, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde e debate*. 2013;37(96):139-47.
- 8.Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- 9.Grisotti M, Patricio ZM, Silva A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010;15(3):831-40.
- 10.Busana JA, Heidemann ITS, Wendhausen ALP. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(2):442-9.
- 11.Durán PRF, Gerschman S. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. *Saúde Soc*. 2014;23(3):884-96.
- 12.Oliveira AMC, Ianni AMZ, Dallari SG. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18(8):2329-38.
- 13.Rodrigues CT, Spagnuolo RS. Organizações Sociais de Saúde: potencialidades e limites na gestão pública. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2014;16(3):549-57.
- 14.Longhi JC, Canton GAM. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2011;21(1):15-30.
- 15.Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2010;20(4):1227-43.
- 16.Cruz PJSC, Vieira SCR, Massa NM, Araújo TAM, Vasconcelos ACCP. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. *Saúde e Sociedade*. 2012;21(4):1087-100.

PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: A VISÃO DOS ENFERMEIROS

PROGRAM TO IMPROVE ACCESS AND QUALITY OF BASIC CARE: THE VISION OF NURSES

PROGRAMA PARA EL MEJORAMIENTO DEL ACCESO Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: LA VISIÓN DE LOS ENFERMEROS

KESSLER, Amanda Luisa¹; FLÔRES, Gabriela Mendes da Silva²; TELLES, Rosimeri³; HOPPE, Ariane dos Santos⁴; DOTTO, Ronise Ferreira⁵; REZENDE, Maristela Soares de⁶; KRUG, Suzane Beatriz Frantz⁷; WEIGELT, Leni Dias⁸.

Resumo

Com o objetivo de investigar a visão dos enfermeiros das Estratégias Saúde da Família (ESF) incluídas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), quanto às mudanças provocadas pelo programa na unidade de saúde foram entrevistados 28 enfermeiros. Estudo qualitativo, descritivo, com 28 enfermeiros integrantes de equipes de ESF em 11 municípios da 28ª Região de Saúde-RS. O conteúdo das entrevistas foi submetido à análise temática. Constatou-se que dos 28 enfermeiros pesquisados, três eram do sexo masculino e 25, feminino, com idades entre 23 e 60 anos. Os mesmos relataram mudanças na estrutura física, aquisição de materiais e capacitações. Alguns não reconhecem as propostas do PMAQ-AB. Diante deste contexto, conclui-se que lacunas nas informações são desafios aos enfermeiros na efetivação das melhorias do acesso e da qualificação da Atenção Básica.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

in the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB), about the changes caused by the program in the health unit, 28 Nurses were interviewed. Qualitative, descriptive study with 28 nurses from ESF teams in 11 municipalities of the 28th Region of Health-RS. The interviews content were submitted to the thematic analysis. It was verified that of the 28 nurses surveyed, three were male and 25 female, aged between 23 and 60 years. They reported changes in physical structure, acquisition of materials and skills. Some of them did not recognize the proposals of PMAQ-AB. Given this context, it is concluded that information gaps are challenges for nurses in achieving improvements in access and qualification of Primary Care.

Descriptors: Primary Health Care; Nursing; Family Health Strategies.

Resumen

Con el fin de investigar la visión de los enfermeros que participan de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) acción esta incluida en el Programa Nacional para el Mejoramiento del Acceso y Calidad de la Atención Primaria (PMAQ-AB), fueron entrevistados 28 enfermeros cuestionándolos sobre los cambios producidos en las clínicas. Este estudio es descriptivo cualitativo y cuenta con 28 participantes enfermeros de los equipos de la ESF de 11 municipios de la 28ª Región de Salud. El contenido de las entrevistas fue sometido a análisis temático. Se encontró que de los 28 enfermeros encuestados, tres eran hombres y 25 mujeres, con edades comprendidas entre los 23 y los 60 años. Se informó de los cambios en la estructura física, adquisición de materiales y capacitación. Algunos no reconocen las propuestas de PMAQ-AB. En este contexto, se concluye que las lagunas en la información son retos para las enfermeras en la efectividad de las mejoras de acceso y la calificación de la atención primaria.

Descriptores: Atención Primaria de Salud; Enfermeros; Estrategia de Salud de la Familia.

¹ Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade de Santa Cruz do Sul. E-mail: amanduisa@hotmail.com.

² Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul.

³ Enfermeira, graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul.

⁴ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul.

⁵ Odontóloga, Doutora em Endodontia, docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul.

⁶ Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento Regional, docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul.

⁷ Enfermeira, Doutora em Serviço Social, docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia e do Programa de Pós-Graduação/Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul.

⁸ Enfermeira, Doutora em Desenvolvimento Regional, docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Introdução

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído em 2011, através da Portaria nº 1.654 do Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de “induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde”.¹

As iniciativas em relação a esse Programa e os modelos de aplicação do mesmo com propostas de inovação e mudanças mostram-se ainda incipientes no cotidiano de trabalho da equipe de saúde na rede básica. Processos avaliativos da política de saúde vêm interferindo nas estruturas e organizações dos serviços de Saúde de forma diversa, surtindo resultados nem sempre significativos, influenciado pelo método de avaliação e pelas peculiaridades locais.²

As equipes de Atenção Básica têm como compromissos no PMAQ organizar o processo de trabalho, implementar processos de acolhimento, alimentar o sistema de informação, programar e implementar atividades e instituir processos avaliativos. O profissional enfermeiro, integrante da equipe de saúde, na maioria das vezes, assume a coordenação da unidade de saúde, além de suas atribuições profissionais específicas, o que implica no seu envolvimento no contexto das demandas da equipe e da comunidade. A avaliação do desenvolvimento das ações é um processo que conta com o enfermeiro no sentido de sanar possíveis fragilidades e dar suporte para melhorias.^{1,3}

Diante desse contexto, questiona-se qual a avaliação dos profissionais enfermeiros sobre a aplicação das ferramentas do PMAQ e de seus resultados nas unidades Estratégia da Família. Portanto, o presente estudo tem como objetivo investigar a visão dos enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família, incluídas no PMAQ-AB, quanto às mudanças provocadas por esse programa na unidade de saúde.

Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como qualitativo, um recorte da pesquisa intitulada: “Aplicação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): olhar avaliativo dos profissionais de saúde”, desenvolvida pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (GEPS/UNISC).

Participaram desse estudo 28 enfermeiros integrantes de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 11 municípios da 28ª Região de Saúde - RS. Os critérios de inclusão para

constituição da amostra basearam-se em: ser enfermeiro com atuação em ESF aderida ao PMAQ-AB e ter participado de alguma fase deste programa.

A coleta de dados ocorreu mediante entrevista semi-estruturada, no período de abril a novembro de 2016, nos locais de trabalho dos profissionais e conforme suas disponibilidades. Após apresentação do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos sujeitos e pesquisadores. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. Com base nas transcrições, elaborou-se um *corpus* dos resultados, destacando-se as respostas mais significativas para o objetivo do estudo. Na análise dos dados, utilizou-se o método de Análise de Conteúdo e, respeitando suas fases, organizou-se o conteúdo do estudo nas seguintes temáticas: mudanças na organização do trabalho, mudanças na assistência à saúde, mudanças na unidade de saúde.⁴

Na análise dos dados, utilizou-se as falas dos pesquisados em sua íntegra e, primando pelo anonimato, estão identificadas pela letra “E” seguido do número correspondente a ordem da entrevista. A aprovação deste estudo se deu pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC, sob protocolo nº1.171.974/15, estando de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, regulamentadora de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados e discussão

No que se refere ao perfil dos 28 enfermeiros pesquisados, três eram do sexo masculino e 25, feminino, cujas idades variaram entre 23 e 60 anos, sendo que 11 eram solteiros; 12 casados; dois divorciados; uma viúva; e dois com união estável; 13 apresentavam a nível *lato sensu* e um *stricto sensu* mestrado. Do total, 20 eram concursados e oito, contratados. O tempo de atividade no município, variou de menos de um ano a 13 anos; e a carga horária semanal, que todos cumpriam, era de 40 horas.

Mudanças na organização do trabalho

Quanto às mudanças na organização do trabalho, os enfermeiros apontaram a valorização do PMAQ- AB, conforme percebe-se na fala a seguir:

“Sim, principalmente, pelo meu lado pessoal. Eu vejo a importância de documentar, deixar tudo organizado, de registrar todos os trabalhos, de ter reuniões, de tudo ser bem organizado, registrado, documentado. A gente perde tempo, é burocrático o serviço, mas é importante, principalmente depois, na hora de avaliar o programa, do que que deu certo e o que não deu” (E5).

A organização no trabalho é fundamental, ela contribui para que o profissional compreenda a realidade de sua área de atuação e elenque prioridades para efetuar suas ações. Essa organização se torna ainda mais eficiente quando se utiliza o sistema de informação, o qual elenca dados diminuindo, dessa forma, as incertezas e otimizando o processo de trabalho.⁵ Nesse sentido, foi possível verificar, como expresso abaixo, que os enfermeiros buscam alimentar o sistema de informação a fim de organizar o processo de trabalho:

“[...] eu acho ótimo, porque tudo muito organizado, muito controlado, que nem a gente tem tudo anotadinho. Eu igual faço produção, no papel e passo pro relatório se é e-SUS, SIAB, e tem que fazer pelo computador pra mim visualizar. No final do mês, é bom, eu vejo a demanda se aumentou, eu vejo se o atendimento continua como tá [...]” (E2).

Tal mudança vem ao encontro de um dos objetivos do programa, o qual aponta que utilizar as informações na alimentação do sistema é uma importante ferramenta de gestão e contribui para a melhoria da qualidade da assistência em saúde, bem como agiliza e torna eficiente o processo de trabalho, implementando as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).⁵⁻⁶ O cumprimento dos princípios do SUS é essencial para uma Atenção Básica de qualidade, e é possível detectar a ideia de universalidade no pronunciamento do pesquisado:

“Eu acho que organiza, eu acho interessante a agenda, que nem eu disse. Antes, só tinha para hipertenso, era um grupo focado. Hoje em dia, a gente tem prá todos, até liga se precisa, e, se mora muito longe, o pessoal se desloca. Eles vêm a pé, gente muito humilde não tem carro, não tem charrete, não tem nada [...]” (E2).

A fala desse enfermeiro demonstra a singularidade na forma de olhar e avaliar o usuário, apoiando-se no princípio da equidade e formação de vínculos. Tal colocação denota uma conduta diferenciada em que os profissionais rejeitam a compartimentação no cuidado e passam a identificar o indivíduo na sua integralidade.⁶

Mudanças na assistência à saúde

O papel do enfermeiro está estritamente vinculado às mudanças na assistência à saúde, uma vez que este possui importante papel na gestão das ações. Tais ações devem ser desenvolvidas de maneira que contemplem o indivíduo e a sociedade na sua integralidade. Para isso, os profissionais devem ser capacitados a fim de desempenhar suas atividades com eficiência, visando o bem-estar físico, emocional e social dos usuários. Sendo assim, o enfermeiro que possibilita a educação

permanente de sua equipe, consegue acolher o usuário de maneira eficaz, favorecendo o acesso e a satisfação dos usuários.

“Ah, tá! Tu quer saber se os resultados foram positivos? É que nem eu digo: várias coisas a gente não tinha na época que não tinha o PMAQ, e era diferente, sabe [...] não tinha uma salinha de acolhimento [...] era um salão ali que a pessoa sentava numa cadeirinha na frente de todo mundo, exposto.[...] Hoje, já tem uma salinha de acolhimento, é diferenciado, não é exposto o paciente [...]” (E3).

Podemos perceber, na fala acima, a implementação do acolhimento à demanda espontânea. Tal ação responsabiliza o profissional de saúde frente ao usuário do serviço, o instiga a realizar uma escuta de qualidade e ser resolutivo perante as situações que lhe são apresentadas. Isso forma um vínculo entre a equipe de saúde e o usuário, fortalecendo a atenção básica como porta de entrada na rede de atenção à saúde.⁶ Em um estudo de abrangência nacional que investigou 17.482 equipes de Saúde da Família, que aderiram ao PMAQ, em mais de 5.000 municípios distribuídos em todo o Brasil, foi identificado, entre os profissionais de nível superior, que o enfermeiro destaca-se no acolhimento, valorizando a escuta ao usuário.⁷

Através da fala da enfermeira, a seguir, foi possível identificar a importância do PMAQ na prevenção em saúde, gerando uma mudança. Essa empodera o usuário e todos os indivíduos envolvidos nesse processo, pois a melhoria da qualidade de vida modifica os determinantes sociais e de saúde.⁸

“[...] antes era remédio, remédio. Agora, as pessoas estão mais conscientizadas na prevenção porque falta muito ainda as pessoas entenderem que a prevenção é a melhor forma e, mais, eu acho que é o caminho. Tá indo pra melhoria. Tá melhorando cada vez mais. Por isso que eu acho que o PMAQ, da avaliação que nem tu me perguntou, ali, eu acho que ele, pra nós, serviu. Tá servindo e cada vez vai ter mais melhorias” (E3).

Como função das equipes de saúde, além de sua rotina, estão as de atender as demandas dos usuários, primando pela promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. Porém, pode-se defrontar com a fragmentação da assistência, que compromete o inter-relacionamento dos diferentes setores e desqualifica a assistência, tornando-se uma entrave na implementação do PMAQ.⁹

Mudanças na unidade de saúde

O PMAQ busca atingir um padrão de qualidade em que a atenção básica esteja equiparada em todo país. Entretanto, muitos desafios são encontrados para que se efetivem tais mudanças,

como por exemplo, a precariedade da estrutura física, a insuficiência de equipamentos, a necessidade de qualificação dos profissionais, a alta rotatividade dos mesmos e a fragmentação do cuidado. As transformações nas estruturas das unidades de saúde provocadas pelo PMAQ possibilitam não só mudanças físicas, pois, estas refletem diretamente na eficácia das ações da equipe. Os enfermeiros relatam mudanças na estrutura física, aquisição de materiais e capacitações como colocadas, na fala abaixo:

“Com certeza, desde então recebemos computadores, consultório médico, consultório de enfermagem, triagem, vacina, recepção, capacitações sobre o sistema e móveis também pra unidade: cadeiras, bancos, mesas, armários. Isso está sendo muito válido” (E4).

Nesse estudo, foi possível perceber que o PMAQ influenciou de forma positiva nas mudanças físicas das unidades de saúde, uma vez que o enfrentamento dessa realidade é um dos desafios do programa. Em um estudo realizado no interior do Rio Grande do Sul, aponta que a precariedade na estrutura física das unidades de saúde interfere na dinâmica de trabalho da enfermagem, devido ao espaço físico pequeno e a carência de móveis e materiais. Nessa perspectiva, tais mudanças refletem diretamente no processo de trabalho de forma abrangente, favorecendo o vínculo entre a equipe e o usuário.¹⁰

Os trabalhadores com maior envolvimento nesse processo conseguem ter a percepção das melhorias. Porém, quando o desconhecimento do programa, a falta de comunicação entre a equipe, o apoio institucional ineficiente e a inexistência de retorno dos resultados estão presentes, os trabalhadores não identificam as mudanças provindas do programa na sua unidade de saúde.¹¹ Essa assertiva, no que tange ao conhecimento do PMAQ-AB e de suas repercussões no espaço de trabalho, são confirmadas nas falas abaixo:

“[] a gente não teve influência de nada, porque assim, pra te falar bem na verdade, o pouco que eu sei sobre o PMAQ, foi eu que fui pesquisar na internet pra saber do que se tratava, assim. Porque a gente não recebeu nenhuma orientação ainda, né? [...] não teve nenhum instrumento, nada assim para utilizar por enquanto” (E8).
“Não sei te dizer” (E15).

O PMAQ tem o objetivo de instigar a mobilização dos profissionais de saúde, os quais são atores de mudanças sociais, sendo que a não percepção dessas mudanças é um reflexo da ineficácia da mobilização na dinâmica das ações. Cada ator é induzido a problematizar, avaliar e intervir em

sua realidade local a fim de que mudanças venham a ser provocadas. Para isso não basta aderir ao programa, é preciso conhecê-lo e atuar de forma eficiente a fim de que tais atitudes permaneçam operantes, enfrentando cada desafio.¹²

Considerações Finais

Os enfermeiros pesquisados pontuaram mudanças não apenas na estrutura física, mas na organização e implementação das atividades propostas pelo programa. Além disso, percebeu-se que, na visão dos enfermeiros que se envolveram no desenvolvimento do PMAQ-AB, este trouxe boas perspectivas na melhoria e acesso à atenção básica, primando por um trabalho em equipe organizado, através do registro das suas ações realizadas junto a equipe e aos usuários do serviço. Embora constatou-se que, como alguns profissionais não identificam o programa, os mesmos não se inserem nas propostas, denotando o desconhecimento das mudanças instigadas pelo PMAQ-AB.

Este programa objetiva induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, estando relacionado com estratégias definidas pela Política Nacional de Atenção Básica e com movimentos de reorientação do modo como se organiza o Sistema Único de Saúde. As mudanças provocadas pelo PMAQ nas estruturas das unidades de saúde possibilitam não só mudanças físicas, mas que refletem diretamente na organização do trabalho e na eficácia das ações da equipe.

A Atenção Básica sendo porta de entrada do sistema e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde tem papel fundamental na coordenação do cuidado à saúde. No entanto, persistem importantes barreiras organizacionais para acesso, os fluxos estão pouco ordenados e a integração à rede ainda é incipiente. A atuação dos enfermeiros nas Estratégias Saúde da Família pode contribuir na construção e nas mudanças da atenção básica à saúde e do modelo assistencial no SUS. Destaca-se a ampliação da inserção e a relevância deste profissional pela experiência em atividades de planejamento, execução e avaliação da assistência, administrativas e educativas, fundamentais ao desenvolvimento das ações de saúde.

As Estratégias Saúde da Família são consideradas facilitadoras do processo de ampliação e consolidação do cuidado em enfermagem, uma vez que apontam para uma nova abordagem de intervenção em saúde, entendendo o ser humano como singular e multidimensional inserido em seu contexto real e próximo à equipe de saúde. Para tanto, ressalta-se a necessidade de enfrentamento de alguns desafios para a superação das dificuldades dos enfermeiros na efetivação de melhorias no acesso e na qualificação da AB. Reflexões a cerca do papel do enfermeiro e de estratégias de educação permanente em saúde são de extrema importância nestas unidades de atenção à saúde.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília: Gabinete Ministerial; 2011.
2. Alencar Mota RR, David HMSL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. *Revista Enfermagem UERJ*. 2015;23(1):122-7.
3. Moreira DA, Horta NC, Brito MJM, Pereira LD, Montenegro LC. Estratégias de organização e fortalecimento do trabalho da enfermagem na equipe de saúde da família. *Rev. Enfermagem do Centro do Oeste Mineiro*. 2016;6(1):2106-18.
4. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
5. Cabral SAAO, Nóbrega JYL, Sayonara AO, Santos DP, Almeida Neto P, Caja DF et al. A utilização do e-sus atenção básica (AB) no processo de fortalecimento da efetivação dos princípios doutrinários do SUS. *INTESA*. 2015;9(1):01-4.
6. Brasil. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual instrutivo 3º Ciclo (2015-2016). Brasília; 2015.
7. Clementino FS, Gomes LB, Vianna RPT, Marcolino EC, Araújo JP, Chaves TV. Acolhimento na atenção básica: análise a partir da avaliação externa do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB). *Revista saúde & ciência online*. 2015;4(1):62-80.
8. Heidemann ITSB, Wosny AM, Boehs AE. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3553-9.
9. Jesus AS. O enfermeiro no contexto do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (pmaq): relato de experiência. *Rev. Saúde.Com*. 2015;11(2):193-200.
10. Strehlow BR, Fontana RT. Implicações da estrutura física de unidades de saúde da família na dinâmica do trabalho. *Rev enferm UFPE online*. 2016;10(7):2624-33.
11. Telles R, Weigelt LD, Rezende MS, Krug SBF, Ferreira R, Kessler AL et al. Implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Rev. Epidemiologia e Controle de Infecção*. 2016;6 Supl. 2:1-10.
12. Pinto HA, Souza ANA, Ferla AA. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Rev. Saúde e Debate*. 2014;38(51):43-57.



III Seminário Internacional

Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde

X Semana de Enfermagem

Universidade Federal de Santa Maria

PROCESSO DE REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE HIV PARA CRIANÇA E ADOLESCENTE

HIV DIAGNOSIS DISCLOSURE PROCESS FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS

PROCESO DE DIAGNÓSTICO DEL VIH DE DIVULGACIÓN DE NIÑO Y EL ADOLESCENTE

ZANON, Bruna Pase¹; PAULA, Cristiane Cardoso²; RIBEIRO, Aline Cammarano³

Introdução: A revelação do diagnóstico de HIV possibilita a criança e adolescente confirmar o seu diagnóstico; constitui-se de um processo progressivo, gradual e lento com abordagem individualizada; podendo contar com estratégias desenvolvidas pelos profissionais da saúde em conjunto com os familiares¹. Indica-se que a revelação do diagnóstico de HIV aconteça precocemente, visto sua importância para a adesão ao tratamento e cuidado de si. Contudo, ainda encontram-se crianças nos serviços de saúde especializados que estão transitando para a adolescência sem informações completas sobre seu diagnóstico. Neste sentido, os profissionais da saúde são de suma importância na revelação do diagnóstico de HIV, visto que irão apoiar os familiares neste processo, minimizando as repercussões na integridade física e psicológica da criança, adolescente e seus familiares.² O problema deste estudo está no âmbito da comunicação de más notícias, pois compartilhar informações acerca da doença, tratamento e diagnóstico representa uma tarefa difícil encontrada pelos profissionais da saúde, de responsabilidade multiprofissional e não sistematizada no cotidiano assistencial de atendimento desta população. **Objetivo:** Construir coletivamente um guia para acompanhamento da revelação do diagnóstico de HIV para crianças e adolescentes em serviço especializado. **Metodologia:** Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) com abordagem qualitativa. A PCA se caracteriza pela articulação da produção de conhecimento científico com a prática assistencial em saúde. Lançada em 1999, foi construída pelas enfermeiras e doutoras Mercedes Trentini e Dra. Lygia Paim, reconhecidas pela defesa da investigação como instrumento para promover mudanças no processo de cuidar. A especificidade da PCA consiste em manter, durante o seu processo investigativo, uma estreita relação entre a prática da pesquisa e da assistência, com o propósito de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações no cotidiano de atenção à saúde.³ A pesquisa foi desenvolvida no período de maio a junho de 2015, teve como cenário o Ambulatório de Doenças Infecciosas Pediátricas de um hospital do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os participantes foram sete profissionais da saúde do referido serviço. Como procedimentos metodológicos para coleta utilizou-se observação participantes, entrevista semiestruturada e grupo de convergência, com técnica de triangulação de dados. Foi desenvolvida análise temática de conteúdo⁴. Os aspectos éticos foram respeitados segundo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁵, obtendo protocolo de aprovação de número 39967714.4.0000.5346. **Resultados:** Como resultados das observações tem-se que a revelação do diagnóstico de HIV acontece no Ambulatório de Doenças Infecciosas Pediátricas, no entanto não há um acompanhamento do processo de revelação. Os profissionais de saúde desconhecem as crianças e adolescentes que sabem ou não do diagnóstico de HIV, o que dificulta o desenvolvimento das consultas, confundem a revelação ora como um momento ora como um processo, a falta de comunicação entre os profissionais da saúde e espaços restritos para discussão dos aspectos que envolvem a revelação, não há um planejamento,

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Email: bbrunazanon@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

sistematização ou acompanhamento para revelação do diagnóstico, a revelação não é desenvolvida como um processo; não integrando as consultas a esta população. Quanto as entrevistas individuais emergiram cinco temas, os quais permitiram compreender o significado da revelação do diagnóstico de HIV, os disparadores para revelação do diagnóstico de HIV, os atores responsáveis pela revelação do diagnóstico de HIV, quais estratégias utilizar para revelação do diagnóstico de HIV e limites e possibilidades encontradas pelos profissionais da saúde sobre revelação do diagnóstico de HIV. Os profissionais relatam a revelação do diagnóstico de HIV, como um diagnóstico diferenciado quando comparado às outras doenças, que revelar o diagnóstico não é somente nomear a doença, mas que há existência de um processo que precisa ter um antes, durante e depois, um acompanhamento da revelação, que não termina no momento de nomear a doença. Retratam que os disparadores para revelação do diagnóstico de HIV são os questionamentos e curiosidades das crianças e adolescentes, demonstradas através de perguntas; a adolescência; início da vida sexual e idade avançada são preditores para que a revelação do diagnóstico. Apontam para que a revelação do diagnóstico de HIV aconteça o mais precoce, por volta dos nove a 11 anos de idade (revelação parcial) e 13 a 14 anos de idade (revelação completa). Sugerem que dentre os atores indicadas para revelação estão os profissionais da saúde, preferencialmente uma equipe multidisciplinar (psicólogo, médico, enfermeiro e assistente social), os profissionais de saúde que criança e adolescente tem maior vínculo, os familiares/cuidadores iniciarem a revelação em casa e solicitar auxílio do profissional para dar continuidade à revelação no serviço. Dentre as estratégias, o lúdico, a utilização do brinquedo terapia, como sendo o indicado para revelação do diagnóstico para a criança e o uso da informática, diálogos sinceros como sendo o ideal para os adolescentes. Os limites apontados pelos profissionais da saúde destacam-se a resistência familiar, principalmente dos avós em revelar o diagnóstico, o desconhecimento teórico dos profissionais da saúde sobre revelação do diagnóstico, falhas na comunicação entre os profissionais de saúde; como possibilidades para superar os limites os profissionais da saúde sugerem: reuniões da equipe do ambulatório para discutir os casos que precisam que a revelação do diagnóstico aconteça, aprofundamento teórico de como abordar a revelação do diagnóstico com a criança, adolescente e sua família e esclarecer os familiares/cuidadores da importância da revelação do diagnóstico de HIV. No que se refere ao grupo de convergência, esse suscitou no guia para acompanhamento da revelação do diagnóstico de HIV para criança e adolescente em serviço especializado. Os encontros do grupo foram realizados em uma sala reservada no Ambulatório de Doenças Infecciosas Pediátricas. Foram realizados dois encontros com o grupo de convergência para subsidiar a construção do Guia, o qual foi constituído seis etapas: 1) analisar questionamentos e curiosidades; 2) avaliar a capacidade cognitiva, 3) discutir os motivos, 4) elencar os profissionais envolvidos, 5) incluir a família, 6) elaborar estratégias. **Conclusões:** Assim, revelar o diagnóstico representa um processo complexo, mas possível e necessário, especialmente de direito das crianças e adolescentes que vivem com HIV. Para tanto, é imprescindível o acompanhamento, desde o preparo para revelar até suas repercussões, como corresponsabilidade entre equipe multidisciplinar e família. Assim, o desenvolvimento da pesquisa qualitativa possibilitou compreender o estado atual da revelação do diagnóstico de HIV para criança e adolescente e propor intervenções para mudanças no cotidiano assistencial. Como implicações de novas pesquisas têm-se construção e validação de um protocolo assistencial para acompanhamento do processo de revelação do diagnóstico de HIV para crianças.

Descritores: HIV; Saúde da criança; Saúde do adolescente; Revelação da verdade.

Descriptors: HIV; Child health; Adolescent health; Truth disclosure.

Descriptores: VIH; Salud del Niño; Salud del Adolescente; Revelación de la Verdad.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Adebe W, Teferra S. Disclosure of diagnosis by parents and caregivers to children infected with HIV: prevalence associated factors and perceived barriers in Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS Care*. 2012; 24(9):1097-1102.
2. Marques, HHS, et al. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública*, 2014; 22(3): 619-29.
3. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3a ed. Porto Alegre: Moriá; 2014.
4. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13a ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: set. 2014.



67. PROCESSO FORMATIVO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM PARA A GESTÃO E GERÊNCIA DO CUIDADO: RESULTADOS PRELIMINARES

TRAINING PROCESS OF THE ACADEMICS OF NURSING FOR MANAGEMENT AND MANAGEMENT OF CARE: PRELIMINARY RESULTS

PROCESO DE FORMACIÓN DEL ACADÉMICO DE ENFERMERÍA PARA GESTIÓN Y CUIDADO DE GESTIÓN: RESULTADOS PRELIMINARES

SANTOS, Luana Escobar Dos¹; SODER, Rafael Marcelo²; SCHNEIDER, Fabielí Vargas Muniz³; OLIVEIRA, Isabel Cristine⁴; LOPES, Josiane⁵; VIEIRA, Yohana Pereira⁶; PETRY, Letícia⁷.

Resumo

O presente trabalho trará os resultados preliminares de um projeto de pesquisa que estuda as diferentes concepções de gerência e gestão do cuidado na percepção de acadêmicos de enfermagem. Objetiva compreender, os significados atribuídos pelos acadêmicos de enfermagem sobre sua formação profissional para a gestão e gerência do cuidado nos cenários dos serviços de saúde. Sustentou-se na Teoria Fundamentada nos Dados, abarcando 24 acadêmicos de uma universidade pública federal do noroeste do estado do Rio Grande do Sul. A análise dos dados se deu pelos processos de codificação aberta, axial e seletiva. Dos resultados emergiram duas categorias: Significando a gestão do cuidado em saúde e enfermagem; Significando o gerenciamento do cuidado em saúde e enfermagem. Observou-se que existe uma lacuna de conhecimento dos acadêmicos aos significados atribuídos ao processo de trabalho que envolve a gestão e a gerência do cuidado em saúde e enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Gestão; Cuidado;

Abstract

The present work will bring the preliminary results of a research project which studies the different conceptions of management and care management in the perception of nursing academics. Aims to understand the meanings assigned by nursing academics on their professional training for the and care management in health care settings. Sustained in Theory based on data, covering 24 academics from one federal public university northwestern state from River Great South. The analysis of the data by the processes of open coding, axial and selective out of the results, two categories emerged meaning of care management in health And nursing; Meaning the management of health care and nursing. It was observed that there is a gap of academic knowledge to the meanings assigned to the work process that involves management and management of health care and nursing.

Descriptors: Nursing; Management; Caution;

Resumen

Este trabajo traerá los resultados preliminares de un proyecto a investigación que estudia las diferentes concepciones de gestión y administración de la atención en la percepción de los estudiantes de enfermeira. Objetivo comprender los significados asignado por los estudiantes de enfermería en su formación profesional para la gestión y el manejo de la atención los escenarios de los servicios de salud. Se mantiene en la Teoría Fundamentada los datos, cubriendo 24 académicos de una universidad pública federal estado de Río Grande do Sul el noroeste. Análisis de los datos fue hecha por los procesos de codificación abierta axial y selectiva. Los resultados ponen de manifiesto dos categorías:

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria(UFSM)/ Campus Palmeira das Missões. E-mail: luana_escobar93@hotmail.com.

² Professor Dr. do Curso de Enfermagem – Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/ Campus Palmeira das Missões.

³ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria(UFSM)/ Campus Palmeira das Missões. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET)/Enfermagem.

⁴ Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGEnf/UFSM).

⁵ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria(UFSM)/ Campus Palmeira das Missões. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET)/Enfermagem.

⁶ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria(UFSM)/ Campus Palmeira das Missões.

⁷ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria(UFSM)/ Campus Palmeira das Missões. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET)/Enfermagem.

Significado gestión de la atención en salud y enfermeira; Significado administración de la atención en salud y enfermeira. Se observó que existe una brecha de conocimiento en el ámbito académico los significados asignados a proceso de gestión de trabajos que implican y la administración da atención en salud y enfermería.

Descriptor: enfermería; gestión; cuidado;

Introdução

O presente trabalho irá trazer resultados preliminares obtidos a partir da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado “Processo formativo dos acadêmicos de enfermagem para a gestão e gerência do cuidado nos serviços de saúde: contrastes entre o ideal e o real”, que estuda as diferentes concepções de gerência e gestão do cuidado na percepção dos acadêmicos de enfermagem do 9º semestre, nos distintos âmbitos de atuação da enfermagem.

Nesse ínterim, atenta-se para o desempenho dos enfermeiros no trabalho, nas atividades e nas estratégias de saúde que abrangem a sua atuação, caracterizando-se como uma prática social de extrema importância no trabalho na saúde, o que pode ser subdividido em duas dimensões fundamentais que se integram entre si: quando se assiste e cuida e; também quando se gerencia e assiste.¹

Dentre as dimensões, o enfermeiro usa como elemento de intercessões as necessidades de realizar o cuidado de enfermagem o qual tem no seu contexto teórico-prático, o cuidado integral. Para além disso, o enfermeiro usa como estratégias e ações no transcorrer das suas atividades os recursos humanos, os conhecimentos administrativos, os recursos físicos, as tecnologias e inovações, além de todos os modelos inferidos na gestão, como: dimensionamento de pessoal; projetos; educação continuada e permanente; comando; avaliação de comportamento; entre outros. Os quais são realizados com a finalidade de implementar condições apropriadas à realização da gestão do cuidado e desempenho da equipe de enfermagem²⁻¹⁻³, ressaltando que ambas as dimensões tem relações entre si, e são interdependentes no contexto da saúde.

Nesse quadro, a gestão é caracterizada como o maior conjunto na organização do cuidado à saúde, e tem os modelos administrativos como ações na gestão e no cuidado. Ou seja, a gestão do cuidado de enfermagem, se constitui do vínculo entre a assistência e o gerenciamento no processo de trabalho do enfermeiro.¹⁻³

Gestão e gerência do cuidado de enfermagem movimentam ações nas afinidades, interações e agregações entre os indivíduos, que presenciam a organização do sistema de cuidado, formada por equipes de enfermagem preparadas, conectadas e com capacidades gerenciais próprias ou essenciais às atividades do profissional enfermeiro.⁴

Para a melhoria e fortalecimento das competências no trabalho de gestão e gerência do enfermeiro, múltiplos estudos vem destacando a necessidade de analisar a formação profissional, tendo em vista a necessidade de superar a divisão entre cuidado e gerência, proporcionando aos acadêmicos conhecimentos diversificados ao longo da formação, devido ao fato que por vezes, o

profissional enfermeiro, assume a condição de coordenador das equipes multidisciplinares de saúde, ou da equipe de enfermagem.⁵⁻⁶⁻⁷

Percebe-se que o amplo desafio do gerenciamento do cuidado em enfermagem, permanece em proporcionar um espaço de atividades que permitam um cuidado sensível, inovador e de colaboração com os indivíduos presentes neste contexto, entendendo que aceitar, definir e conduzir concentram as estratégias de gerenciamento. Dessa forma, o gestor necessita vivenciar a prática do cuidado e conhecer os envolvidos no processo, além do ambiente e território no qual é realizado.⁸

Nesse sentido, o estudo teve como objetivo compreender os significados atribuídos pelos acadêmicos de enfermagem sobre sua formação profissional para a gestão e gerência do cuidado nos cenários dos serviços de saúde. Para alcançar o objetivo proposto, estabeleceu-se a seguinte **questão de pesquisa**: quais os significados atribuídos pelos acadêmicos de enfermagem a gestão e gerência do cuidado em saúde e enfermagem ao longo do seu processo formativo?

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo orientado pela metodologia da *Grounded Theory*, também chamada, de Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A TFD é um método de investigação qualitativa baseado em um conjunto de procedimentos sistematizados para o desenvolvimento de uma teoria acerca de um determinado fenômeno, a partir dos dados coletados e analisados simultaneamente.⁹⁻¹⁰

Nas pesquisas o pesquisador tem a finalidade de aprofundar a compreensão que envolve um grupo, uma organização, instituição, uma trajetória.¹¹ O método qualitativo busca a percepção dos fenômenos e seus significados para as pessoas, as quais estão em constante processo interativo no interior de grupos sociais dinâmicos.¹²

O estudo foi realizado em uma universidade pública federal situada no noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Os participantes do estudo foram 24 acadêmicos de enfermagem, sendo eles do 9º semestre, formandos no ano de 2017. A coleta de dados foi realizada em novembro de 2016 a partir de entrevista individual, norteadas por um questionário semiestruturado, de forma que todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. As análises dos dados ocorreram concomitante com a coleta de dados por meio dos processos de codificação aberta, axial e seletiva. Os preceitos éticos foram observados rigorosamente por meio da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto de pesquisa aprovado no CEP sob o Número do Parecer: 867.190. Os participantes do estudo foram identificados pela letra “A”, referindo-se a acadêmicos, seguido de algarismo arábico.

Resultados e discussão

Dentre os principais resultados emergidos das entrevistas com os participantes do estudo, pode-se evidenciar diferentes formas de pensar e interpretar os significados da gestão e gerência do

cuidado em saúde e enfermagem ao longo do seu processo formativo, contudo, mesmo sendo respostas com traços diferentes, ao final elas se entrelaçam, convergindo para sentidos similares. Nessa perspectiva pode-se desenvolver duas categorias assim nominadas: Significando a gestão do cuidado em saúde e enfermagem e; Significando o gerenciamento do cuidado em saúde e enfermagem.

Significando a gestão do cuidado em saúde e enfermagem

A gestão do cuidado é um componente essencial que é discutido em distintas regulamentações do exercício profissional da enfermagem. Refere-se a um processo humano de mobilização no ambiente de serviço. Nesse contexto compete ao enfermeiro gestor conduzir os que prestam a assistência, sustentando como premissa a promoção do cuidado executado por toda a equipe de enfermagem. A autonomia no exercício profissional, expresso por respaldo legal a qual lhe permite encarregar-se com propriedade das decisões e ações de enfermagem, permeiam este contexto de organização do cuidado.¹³

Nessa perspectiva, compreende-se que o processo de formação deve ser constantemente avaliado, a fim de compreender o entendimento dos acadêmicos que encontram-se finalizando a graduação, e vão adentrar um mercado de trabalho exigente e competitivo. Nas falas, evidencia-se uma percepção condizente com a configuração de trabalho e relação existente entre a gestão do cuidado e a qualidade do atendimento, como pode ser observado.

“[...]processo para a obtenção de um atendimento prestado com qualidade ao usuário. Atendendo todas as suas demandas afim de obter a resolutividade do problema causal, [...]. Proporcionando um ambiente adequado para a realização da assistência” (A2).

A gestão do cuidado abarca o método organizacional de trabalho do enfermeiro e por consequência, de toda equipe. Dessa forma necessita ser incluído nas instituições com racionalidade e sensibilidade, excedendo os princípios tecnicistas. A criatividade e a autonomia do enfermeiro torna-se base para as atividades de enfermagem, com vista ao propósito de mudança no modo de realizar a gestão e nos modelos de cuidar.¹⁴

Compreende-se que a gestão do cuidado está relacionada com as maneiras em que se configuram as relações intersubjetivas de ajuda-poder e como estas se apresentam no ambiente de trabalho, produzindo cenários autoritários ou de autonomia dos atores envolvidos¹⁵, dessa forma, esta configuração interfere diretamente no processo de resolutividade do sistema de saúde e por consequência a qualidade da assistência.

Nesse sentido, observa-se a importância de ressaltar um processo de confusão no entendimento dos participantes relacionado as competências e atribuições que devem ser realizadas no âmbito da gestão do cuidado.

“É cuidar não só do paciente em si, mas planejar o cuidado como um todo” (A4).

“Gestão do cuidado envolve a coordenação, planejamento e organização dos serviços e saúde e das equipes de saúde da instituição. Tudo isso, com o objetivo de qualificar a assistência prestada ao usuário” (A1).

“Entendo a gestão como um termo que traduz uma amplitude do fazer sob a perspectiva da enfermagem, [...] precisa levar em conta que processo, produto e pessoas precisam caminhar juntos para se obtenham bons resultados” (A3).

Entende-se que a gestão do cuidado abrange o saber que envolve o gerenciar e o cuidar, pois a articulação das duas dimensões permite ao enfermeiro organizar a rotina de acordo com as demandas de saúde do sujeito e, por meio de atividades gerenciais, promove a melhoria da assistência proporcionada.¹⁶ *Mas torna-se importante que fique claro para o acadêmico, ainda em seu processo formativo, as atribuições que incumbe a sua profissão, entendendo que as exigências do mercado de trabalho estão cada vez maiores, necessitando de um conhecimento mais aprofundado e abrangente em sua área de atuação.*

Nota-se que os acadêmicos, percebem a necessidade e relevância de uma gestão do cuidado adequada nos serviços de saúde e enfermagem, mas muitas vezes, não conseguem diferenciar as competências que abrangem o cenário de atuação do enfermeiro nesses contextos.

Significando o gerenciamento do cuidado em saúde e enfermagem

O termo gerência do cuidado de enfermagem abrange o vínculo entre as esferas gerencial e assistencial que integra o trabalho do enfermeiro nos diferentes campos de atuação. Este termo tem sido utilizado para caracterizar, especialmente, as funções dos enfermeiros, objetivando à realização de melhores práticas de cuidado nos serviços de saúde e enfermagem. Dentre estas, podem ser citadas a programação das intervenções de cuidado, a previsão e provisão de recursos essenciais para assistência e melhora das interações entre os profissionais da equipe de saúde, tendo em vista uma atuação mais articulada entre eles.¹⁷

Nesse sentido podemos observar um entendimento entre os acadêmicos entrevistados, sobre o processo de gerência do cuidado atribuído ao enfermeiro no desenvolvimento de suas ações em saúde e enfermagem. Elas remetem as diferentes perspectivas e envolvem os diferentes contextos de atuação profissional voltado ao cuidado e promoção da saúde:

“[...]redirecionamento de pessoal para prestar o atendimento, instalações adequadas e reparos quando houver algum dano, instalações de protocolos de atendimento e fiscalização de utilização, ofertas de capacitações para a equipe,

verificação da satisfação e sugestões do paciente, otimização do tempo, etc, visando a qualidade” (A2).

“Habilidade indispensável que seja estimulada durante a trajetória acadêmica. Como futuros profissionais a capacidade de gerenciamento pode ser o diferencial, como se dá a gerência reflete na qualidade e efetividade do cuidado, e manutenção do serviço” (A3).

“Envolve o processo de trabalho da equipe de saúde voltado ao cuidado do usuário assim como a gerência dos recursos humanos, físicos e materiais” (A1).

“É ter planejamento das ações, coordenar uma equipe, visando sempre o bem estar dos trabalhadores e pacientes” (A4).

A organização do método de trabalho compõe os elementos que o enfermeiro emprega para abarcar seu objetivo final, o exercício de um cuidado garantido e de qualidade. Para isso, necessita utilizar em seu cotidiano de atuação as quatro principais grandezas, quais sejam, o gerenciamento, a assistência, ensino, elencados com a pesquisa.¹⁶

Nesse sentido a gerência do cuidado de enfermagem movimenta ações nas afinidades, interações e agregações entre os sujeitos como seres humanos complicados e que vivenciam a organização do preceito de cuidado complexo e multiprofissional. Essa função é formada por equipes de enfermagem e de saúde interligadas e com capacidades gerenciais vinculadas normalmente às ações profissionais dos enfermeiros.¹⁸

Gerenciar o cuidado é um método que se concretiza mediante um conjunto de ações interdependentes e interligadas. As atividades de gerência do cuidado realizadas por enfermeiros pode se efetivar de forma direta ou indireta à qualidade do cuidado na saúde e na enfermagem. Dessa forma, torna-se pertinente ao enfermeiro aperfeiçoar e adequar os recursos disponíveis às condições das atividades da equipe de saúde e enfermagem, englobando no seu gerenciamento do cuidado, a assistência efetiva com segurança, resultando na qualidade do atendimento ao usuário e sua família.¹⁷

Essas configurações de trabalho realizadas no processo de gerência do cuidado foram contempladas nas respostas dos acadêmicos. Suas reflexões permearam as ações de organização da equipe, organizações físicas, de materiais e de cuidado com os usuários, corroborando com as evidências científicas encontradas na literatura.

Considerações Finais

Observou-se durante os resultados preliminares que existe uma lacuna e por vezes um entendimento distorcido sobre o conhecimento dos acadêmicos que encontravam-se no 9º semestre de enfermagem. Em especial, no que tange os significados atribuídos aos processos de trabalho que envolvem a gestão e a gerência do cuidado em saúde e enfermagem. Entende-se que não são

processos dicotômicos, e sim, que visam uma atuação sincronizada para a resolutividade no serviço e por consequência a qualidade e excelência na assistência aos usuários.

Nesse sentido, ressalta-se que a concepção e reflexão dos acadêmicos em relação a gestão do cuidado não está tão clara e concisa, pois surgem falas desconectadas e confusas, levando à um raciocínio das competências que abarcam a gerência do cuidado. Já o significado atribuído a gerência do cuidado demonstra respostas mais elaboradas, evidenciando maior facilidade de visualizar e identificar as competências atribuídas ao enfermeiro no desenvolvimento do gerenciamento.

Nesse sentido, instiga-se a refletir quais os antecedentes que contribuem para esta configuração que se apresentou de forma preliminar. Acredita-se também, que os resultados desta pesquisa poderão fornecer subsídios para reflexão de enfermeiros docentes, acadêmicos de enfermagem, instituições de ensino e serviços de saúde sobre os redirecionamentos necessários ao aprimoramento das competências gerenciais na formação do enfermeiro. Além disso, o estudo proposto contribuirá com a construção do conhecimento sobre a temática, tanto para obter melhor clareza do objeto de trabalho do enfermeiro e da enfermagem, como para definir melhor seus processos e produtos, que tende a ser cada vez mais centrada na organização do cuidado, dos sistemas e dos processos gerenciais.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 1 – 13.
2. Rossi FR, Silva MAD. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. Rev. esc. enferm. USP . 2005 Dec ;39(4): 460-468.
3. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. Texto contexto - enferm. 2009 June; 18(2): 258-265.
4. Erdmann AL, Backes DS, Minuzzi H. Care management in nursing under the complexity view. Online braz j nurs .2007 December ; 7 (1):
5. Gustavo ADS, Lima MAIDdS. Idealização e realidade no trabalho da enfermeira em unidades especializadas. Rev. bras. Enferm.2003 Feb ; 56(1): 24-27.
6. Urbanetto JdS, Capella BB. Processo de trabalho em enfermagem: gerenciamento das relações interpessoais. Rev. bras. Enferm. 2004 Aug; 57(4): 447-452.
7. Willig MH, Lenardt MH, Trentini M. Gerenciamento e cuidado em unidades de hemodiálise. Rev. bras. Enferm. 2006 Apr; 59(2): 177-182.
8. Erdmann AL, Pinheiro PIG. Gerenciamento do Cuidado em enfermagem – Questionando Estratégias **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.3, n.1, p. 89-96,1998.
9. Strauss A; Corbin J. Bases de la investigacion qualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoria fundamentada Medellin: Ed. Universidad de Antioquia, 2002.
10. Strauss, A.; Corbin, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
11. Goldenberg, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**.10. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

12. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*. 2005 June ; 39(3): 507-514.
- 13 Umpiérrez AHF, Merighi MAB, Muñoz LA. Percepções e expectativas dos enfermeiros sobre sua atuação profissional. *Acta paul. Enferm*. 2013; 26(2): 165-171.
- 14 Koerich C, Santos Cd, Meirelles BHS, Erdmann AL. Management of nursing care of the adolescent living with HIV/AIDS. *Esc. Anna Nery*. 2015 Mar; 19(1): 115-123.
15. Pires MRGM, Göttems LBD. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. *Rev. bras. enferm*. 2009 Apr; 62(2): 294-299.
16. Lucca TRSd, Vannuchi MTO, Garanhani ML, Carvalho BG, Pissinati PdSC. O significado da gestão do cuidado para docentes de enfermagem na ótica do pensamento complexo. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2016 ; 37(3): e61097.
17. Santos JLGD, Pestana AL, Guerrero P, Meirelles BSH, Erdmann AL. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Rev. bras. enferm*. 2013 Apr; 66(2): 257-263.
18. Senna MH, Drago LC, Andrade SRD; Erdmann AL, Santos JLGD, Kircher AR. Significados da gerência do cuidado construídos ao longo da formação profissional do enfermeiro. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2014.



68.. PRODUÇÃO ACADÊMICA BRASILEIRA SOBRE LESÕES POR PRESSÃO EM PACIENTES CIRÚRGICOS

BRAZILIAN ACADEMIC PRODUCTION ABOUT PRESSURE INJURY IN SURGICAL PATIENTS

PRODUCCIÓN ACADÉMICA BRASILEÑA ACERCA DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTES QUIRÚRGICOS

EBERHARDT, Thaís Dresch¹; SOARES, Rhea Silvia de Avila²; FONSECA, Grazielle Gorete Portella da³; SILVEIRA, Lidiana Batista Teixeira³; LIMA, Suzinara Beatriz Soares de⁴; ALVES, Paulo Jorge Pereira⁵

INTRODUÇÃO: A lesão por pressão (LP) foi definida, em abril de 2016, pela National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), sociedade dos Estados Unidos, como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição(1,2). No entanto, como esta definição é recente, a literatura ainda apresenta a nomenclatura e definição de úlcera por pressão (UP). Nesse sentido, neste trabalho, serão encontradas as duas nomenclaturas (LP e UP). No que se refere aos pacientes cirúrgicos, é preciso considerar que, durante o período intraoperatório, estes estão imobilizados, posicionados sobre uma superfície relativamente dura, incapazes de sentir a dor causada pela pressão e as forças de cisalhamento e incapazes de mudar de posição para aliviar a pressão(3). A taxa de incidência de UP em doentes cirúrgicos varia entre os 21,2% e os 54,8%(4). Portanto, estudos nessa temática são importantes e podem identificar quais as lacunas no conhecimento já produzido. Neste estudo, os pacientes cirúrgicos são definidos como as pessoas que se submetem a uma cirurgia(5). Nessa perspectiva, além dos pacientes no período transoperatório, foram considerados aqueles internados na unidade cirúrgica (no pré ou pós-operatório) e no pós-operatório imediato na sala de recuperação pós-anestésica. A partir disso, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: qual a produção (teses e dissertações) brasileira sobre lesões por pressão em pacientes cirúrgicos? Desta forma, considera-se relevante a realização deste estudo, uma vez que possibilitará maior visibilidade à produção científica proveniente de teses e dissertação sobre lesões por pressão em pacientes cirúrgicos no Brasil. **OBJETIVO:** Analisar a produção (teses e dissertações) brasileira sobre lesões por pressão em pacientes cirúrgicos. **METODOLOGIA:** Trata-se de estudo bibliométrico com abordagem quantitativa. A busca das produções foi realizada em maio de 2016 na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), na base de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e nos Catálogos Catálogo de Dissertações e Teses do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEN) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Foram utilizadas as seguintes estratégias de busca: BDTD – (Todos os campos: úlceras por pressão) – 142 resultados; LILACS –

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: thaiseberhardt@gmail.com

² Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do PPGEnf/UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

³ Enfermeira, Mestranda do PPGEnf/UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta da UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

⁵ Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor Auxiliar da Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

"úlceras por pressão" [Descritor de assunto] and "T" [Tipo de literatura] – 26 resultados; CEPEn-ABEn – Todos os campos: úlceras por pressão; úlcera por pressão; úlceras de pressão; úlcera de pressão; úlceras de decúbito; úlcera de decúbito – 91 resultados. No total, foram encontradas 259 produções e a seleção das produções foi realizada dupla independente. Foram incluídas as teses e dissertações produzidas em programas de pós-graduação no Brasil sobre o tema, publicadas até 2015. Para acessar os textos completos foram utilizadas as ferramentas dos bancos de dados e busca no Google. As produções que apareceram em mais de um banco de dados foram analisadas somente uma vez. Foram selecionadas 16 produções (exclusões: oito estrangeiras; 159 após leitura do título; 58 após leitura do resumo; nove após leitura do texto completo; nove duplicadas). Para a extração dos dados, utilizou-se instrumento elaborado para este estudo, contendo as seguintes variáveis: ano de publicação; instituição de ensino (por região do Brasil); área do conhecimento (conforme o nome do programa de pós-graduação); nível de formação acadêmica (mestrado e doutorado); delineamento do estudo; cenário do estudo; participantes do estudo e se o estudo foi realizado somente com pacientes cirúrgicos. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva simples.

RESULTADOS: Foram selecionadas 16 produções, destas, somente três (18,7%) abordam exclusivamente pacientes cirúrgicos, indicando que a pesquisa exclusivamente com pacientes cirúrgicos não é uma tendência das produções da pós-graduação brasileira. A primeira produção foi publicada no ano de 2002, sendo 2013 o ano com maior número de produções (n=4) e média de 1,1 produções por ano. Percebe-se um aumento crescente no número de produções acerca da temática, exceto nos anos de 2014 e 2015. Isto pode ter ocorrido porque, algumas vezes, os dados destas produções ainda não foram cadastrados nos bancos de dados. A maioria das produções (68,7%) é da região sudeste, sendo 10 (62,5%) da Universidade de São Paulo (USP). Quanto à área do conhecimento, houve predomínio de programas de pós-graduação em enfermagem (43,7%) e enfermagem fundamental (25,0%), em nível de mestrado (56,3%). O início da produção ocorreu em 2002, com uma dissertação sobre incidência e prevalência, na USP. Em 2004, o foco da produção voltou-se ao conhecimento dos profissionais e educação, com uma dissertação na USP. Após, iniciou-se um período em que os estudos se preocuparam em estudar o gerenciamento de enfermagem e os fatores de risco. Percebe-se que a primeira tese publicada foi em 2010, iniciando com o mesmo tema da primeira dissertação. Houve predomínio dos próprios pacientes como participantes da pesquisa (37,5%) e metade dos estudos (50,0%) foi realizado em hospitais universitários. Em 2013, os estudos focam, principalmente, em aspectos sobre a avaliação e tratamento de UP e, em 2014, preocupam-se novamente em estudar o conhecimento dos profissionais e educação. Isto pode ter ocorrido, pois, em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e aprovou o Protocolo de Prevenção de Úlceras por Pressão, gerando a necessidade de verificar o conhecimento dos profissionais. Quanto à abordagem metodológica, observou-se que a tendência da produção é quantitativa (principalmente estudos transversais e de coorte), com início de poucas pesquisas mistas e qualitativas em 2011. Pode ser observada a tendência quanto à nomenclatura, sendo a denominação “úlceras por pressão” a mais utilizada ao longo do tempo.

CONCLUSÕES: Foram selecionadas 16 produções. Destas, somente 18,7% abordam a prevenção de UP, sendo uma lacuna na produção da pós-graduação. Observaram-se como tendências da produção do conhecimento sobre lesões por pressão em pacientes cirúrgicos: aumento da produção ao longo do tempo, produzidas na região sudeste do país em programas de pós-graduação em enfermagem, principalmente nos cursos de mestrado, voltadas a perguntas de pesquisa que direcionaram a estudos quantitativos observacionais, usando a nomenclatura “úlceras por pressão”. Quanto às temáticas em estudo, as tendências mostram preocupação com incidência e prevalência de UP, estratificação do risco, identificação fatores de risco para desenvolvimento de UP, conhecimento dos profissionais e educação, gerenciamento de enfermagem e tratamento de UP. A partir disso, identificou-se que o estudo da prevenção de UP em pacientes cirúrgicos e os estudos experimentais e de intervenção, além dos estudos qualitativos, são ainda escassos, mas importantes para o conhecimento produzido em programas de pós-graduação no Brasil.

Descritores: Assistência perioperatória; Úlcera por pressão; Revisão; Bibliometria.

Descriptors: Perioperative care; Pressure ulcer. Review; Bibliometrics.

Descritores: Atención perioperativa; Úlcera por presión; Revisión; Bibliometría.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem

REFERÊNCIAS:

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. 2016.
2. Caliri MHL, Santos VLC de G, Mandelbaum MHS, Costa IG. Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomaterapia – SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia – SOBENDE [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 9]. Available from: <http://www.sobest.org.br/textod/35>
3. National Pressure Ulcer Advisory Panel/European Pressure Ulcer Advisory Panel/Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Osborne Park: Cambridge Media; 2014.
4. Karadag M, Gümüşkaya N. The Incidence of Pressure Ulcers in Surgical Patients: a Sample Hospital in Turkey. J Clin Nurs. 2006;15:413–21.
5. Carvalho RWF et al. O paciente cirúrgico. Parte I. 2010;10(4):85–92.

69 PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

NATIONAL SCIENTIFIC PRODUCTION ON PATIENT SECURITY IN PRIMARY HEALTH CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA NACIONAL SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EM LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

CARNEIRO, Alessandra Suptitz¹; SILVA, Luiz Anildo Anacleto da²; OLIVEIRA, Francine Feltrin de³; SOARES, Jucélia Machado⁴; DE MARCO, Julia⁵.

Resumo

O presente estudo insere-se no campo de discussões da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. Tendo como objetivo conhecer e analisar a produção científica nacional que aborda a segurança do paciente na atenção primária à saúde, a partir de uma revisão integrativa. Metodologicamente caracteriza-se como um estudo descritiva, do tipo revisão integrativa da literatura em que foram analisados seis artigos, publicados entre 2013 e 2016. Os resultados evidenciaram que as publicações nacionais sobre a temática ainda são incipientes, mas já evidenciam o contexto da segurança na APS. O presente estudo contribuiu para conhecer as publicações sobre a temática, possibilitando a reflexão acerca da importância de introduzir cada vez mais a segurança do paciente nas discussões da APS, já que esta afetando diretamente a qualidade do cuidado ofertado nos serviços de saúde.

Descritores: Segurança do Paciente; Atenção Primária à Saúde; Gestão do Conhecimento.

Abstract

This paper is placed on the scope of discussions upon patient safety in Primary Health Care (PHC). It aims to acknowledge and analyze the national scientific production that approaches patient safety in the primary health care, through an integrative review. It is methodologically characterized as a descriptive study, using an integrative literature review in which were analyzed six articles, published between 2013 and 2016. The results pointed out that national publications on the issue are still incipient, but have already showed the context of safety in PHC. This paper contributed to acknowledge publications on this issue, enabling the reflection upon the importance of introducing each and every day more safety to the patient on discussions in PHC, since it is directly impacting the quality of care offered by health centers.

Descriptors: Patient Safety; Primary Health Care; Knowledge Management.

Resumen

Este estudio está ubicado en el campo de las discusiones sobre seguridad del paciente en la Atención Primaria de Salud (APS). Propone como objetivo conocer y analizar la producción científica nacional que aborda la seguridad del paciente en la atención primaria de salud, desde una revisión integrativa. Se caracteriza metodológicamente como un estudio descriptivo, de tipo revisión integrativa de la literatura, en la cual fueron analizados seis artículos, publicados entre los años de 2013 a 2016. Los resultados demostraron que las publicaciones nacionales sobre este tema son todavía incipientes, pero han evidenciado el contexto de la seguridad del paciente en la APS. Este estudio contribuyó para conocer las publicaciones en este tema, permitiendo reflexionar sobre la importancia de introducirse cada vez más la seguridad del paciente en las discusiones en APS, mientras que está afectando directamente en la cualidad del cuidado ofrecido en las instituciones de salud.

Descriptores: Seguridad del Paciente; Atención Primaria de Salud; Gestión del Conocimiento.

Introdução

¹ Enfermeira, Residente em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Passo Fundo/RS. alessandracarneiro1994@gmail.com.

² Enfermeiro, Dr. Em Enfermagem, Docente Adjunto da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS.

³ Enfermeira, Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

⁴ Enfermeira, Residente em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Passo Fundo/RS.

⁵ Enfermeira, Residente em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Passo Fundo/RS.

O cuidado em saúde e o processo de cuidar tornam-se cada dia mais complexos, razão de estarem diante de um universo multifacetário e dinâmico que acaba por influir nas relações e determinantes do processo saúde doença. Tornar o processo de cuidado mais seguro tornou-se, acima de tudo, uma imperiosa necessidade. Para tanto, há um movimento mundial entre diversas organizações a fim de debater e refletir acerca da temática segurança do paciente nos diversos espaços de cuidado como assunto prioritário.

No ano de 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a *The World Alliance for Patient Safety* (WHO) que surgiu com o objetivo de desenvolver políticas mundiais para melhorar o cuidado aos pacientes nos serviços de saúde, definindo segurança do paciente como a redução a um mínimo aceitável de riscos e danos associados à atenção à saúde, já que considerando a complexidade de procedimentos e tratamentos, o potencial para o dano à saúde é real e pode acarretar em incidentes¹.

Para obter maior segurança no cuidado em saúde é necessária uma sinergia entre diversos segmentos a fim de resultar em ações corretas dos profissionais de saúde, processos e sistemas adequados nas instituições e serviços, e também na criação de políticas governamentais que exijam um esforço permanente dos profissionais envolvidos para melhor gestão de riscos durante o processo do cuidado^{1,2}.

Dessa forma, o caráter multifacetário ligado às falhas de segurança do paciente é denominado como lógica de cascata, como explicado na teoria do queijo suíço/barreiras criada por James Reason. O autor afirma que, para que um evento adverso (EA) ocorra é necessário que tenha ocorrido um alinhamento em muitos buracos do queijo, seja devido a problemas estruturais e na gestão, na má prática ou descuido por parte dos profissionais de saúde, ou por comportamentos inseguros ou de risco por parte do paciente^{3,4}.

Para promover e divulgar ações que busquem a concretização desta cultura e de criar políticas que ajudem no enfrentamento dessa questão, institui-se, através da Portaria nº 529 do ano de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que busca promover e apoiar a implementação de iniciativas para a segurança do paciente nas diversas áreas de atenção, através da implementação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde². Faz-se necessário disseminar as investigações pertinentes nos espaços de cuidados que envolvem desde a promoção à saúde até o tratamento das doenças. Contudo, os estudos feitos relativos à segurança do paciente têm sido centrados a nível hospitalar, embora a maioria dos cuidados seja prestada no nível da Atenção Primária à Saúde (APS) e cada vez com maior complexidade⁴.

De acordo com os estudos no ano de 2008 a segurança do paciente na APS ainda está na sua fase primária por serem recentes e em número inferior as pesquisas relacionadas aos ambientes hospitalares. Ainda, os mesmos estudos evidenciam que os EA que ocorrem nos hospitais são diferenciados dos EA comuns a APS, pois enquanto nos hospitais grande parte dos EA estão ligados à cirurgia e ao tratamento medicamentoso, na APS os EA são frequentemente associados ao tratamento medicamentoso e ao diagnóstico de doenças ^{5,6}.

Apesar da APS ser considerada relativamente segura os EA também acontecem neste cenário, como afirmam os estudos ^{7,8} onde a ocorrência de incidentes está estimada entre 05 a 80 vezes por 100.000 consultas. Ainda, estudo realizado na Holanda mostrou que os EA relacionados a drogas administradas em domicílio foram uma das principais causas de hospitalizações agudas, quando 50% destas internações foram classificadas como evitáveis ⁹.

Considerando que a APS não atua somente na perspectiva de cuidado sobre um usuário, mas sim, da coletividade, deve-se levar em conta a atuação sobre um território vivo e habitado por atores sociais, também pela complexidade das relações com a vida e a sociedade que os cercam. Desse modo, tornar as ações em saúde da APS mais seguras configura-se como estratégia de qualificação do cuidado em longo prazo.

Assim sendo, o objetivo desse estudo foi conhecer e analisar a produção científica nacional que aborda a segurança do paciente na APS, a partir de uma revisão integrativa.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa da literatura, que por meio de uma revisão da produção científica nacional, buscou descrever e discutir o assunto proposto. A revisão integrativa é um método de pesquisa que possibilita a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado ¹⁰.

A fim de atingir o objetivo proposto buscou-se contemplar na pesquisa temas que abordassem e respondessem a seguinte questão norteadora: Quais são as produções científicas à nível nacional que abordam a segurança do paciente na atenção primária à saúde?

Optou-se por uma revisão das publicações na área da saúde disponíveis nas bases de dados na *Biblioteca Eletrônica Scientific Electronic Library On line* (SCIELO), bem como na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a coleta junto às bases, os descritores utilizados foram segurança do paciente e atenção primária à saúde. As produções foram selecionadas por meio da leitura de seus respectivos resumos, de modo que retratassem sobre o tema proposto, e posterior leitura na íntegra do artigo.

Ainda, para a seleção dos artigos consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: exclusivamente artigos científicos nacionais (Brasil), em língua portuguesa, publicados na íntegra e

disponíveis *online*, no período de 2012 a 2016, a fim de possibilitar um recorte temporal de produções atuais considerando também a criação da PNSP no ano de 2013. Foram excluídas da presente pesquisa, as publicações que não respondessem ao objetivo e que estivessem publicadas em mais de uma base de dados, contando-os apenas uma vez.

Assim, resultaram da busca 18 publicações, distribuídos da seguinte maneira: SCIELO 10, BVS 08. A amostra final foi construída por 06 artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos.

A partir disso, passou-se para a fase seguinte, que compreendeu a análise desses artigos, as informações foram analisadas com base na Análise Temática, que consistiu em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado¹¹.

Resultados e discussão

No presente estudo, foram analisados 06 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e, a seguir, apresenta-se um panorama geral dos artigos analisados. O quadro 1 representa as especificações de cada um dos artigos incluídos no estudo.

Quadro 1 – Especificações dos artigos incluídos no estudo, quanto ao título, ano, tipo de estudo, área de conhecimento, objetivos e principais resultados das pesquisas.

TÍTULO, ANO, TIPO E ÁREA	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
A1 - Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde 2015 Metodológico de adaptação Saúde Coletiva	Descrever as etapas de tradução e adaptação do questionário do <i>Primary Care International Study of Medical Errors</i> (PCISME).	Para adaptação questionário a realidade brasileira o mesmo sofreu algumas modificações após a apreciação do painel. Para tanto, foram considerados aspectos limitantes, como: a aplicação anterior dos questionários em países desenvolvidos e com diferentes arranjos nos sistemas de saúde; a dificuldade de comparação dos resultados, considerando a variação de abordagem na APS, as diferenças culturais e a pouca difusão do conceito de segurança do paciente entre os profissionais de saúde no Brasil; a pouca familiaridade dos profissionais de saúde em participar de projetos de pesquisa; o pouco tempo disponível dos profissionais de saúde, que, via de regra, trabalham em mais de um serviço de saúde. Mesmo assim, o instrumento adaptado pode contribuir para produzir informações específicas na APS, de modo a fortalecer iniciativas nacionais para a melhoria da segurança do paciente.
A2 - Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil 2015 Observacional, descritivo e prospectivo Saúde Coletiva	Neste estudo procurou-se avaliar a ocorrência de incidentes no cuidado à saúde ao paciente na atenção primária brasileira.	A taxa de incidência envolvendo todos os incidentes foi de 1,11%. A taxa de incidentes que não atingiram os pacientes foi de 0,11%. A taxa de incidência de incidentes que atingiram os pacientes, mas não causaram dano foi de 0,09%. A taxa de incidência de incidentes que atingiram os pacientes e causaram evento adverso foi de 0,9%. Foram identificados oito tipos de erros e os erros administrativos foram os mais frequentes. A comunicação foi citada como sendo o fator contribuinte mais comum para ocorrência de incidente na atenção primária à saúde (53%). Os achados desse estudo demonstram que os incidentes também ocorrem na atenção primária à saúde, entretanto deve-se considerar que as pesquisas neste campo ainda são incipientes.
A3 - Adaptação	Traduzir, adaptar e	O instrumento atingiu índice de validade de conteúdo geral de 0,85. A

transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária 2016 Metodológico de adaptação Enfermagem	validar o instrumento de pesquisa <i>Medical Office Survey on Patient Safety Culture</i> (MOSPSC).	avaliação pelo grupo de população meta foi realizada por seis profissionais, e as sugestões de adaptação foram analisadas e modificadas por consenso. O pré-teste foi realizado com 37 profissionais, que avaliaram o instrumento como de fácil compreensão. O coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,95. O instrumento foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa do Brasil com nível satisfatório de validade de conteúdo e alta confiabilidade
A4 - Suporte para aprendizagem na perspectiva da segurança do paciente na atenção primária em saúde ¹ 2016 Transversal Enfermagem	Analisar o suporte para a aprendizagem, na perspectiva da segurança do paciente, oferecido no ambiente de trabalho, segundo os profissionais de saúde atuantes na atenção primária.	Evidenciaram-se pontos favoráveis de suporte à aprendizagem, como respeito mútuo e autonomia para organizar o trabalho e a valorização de novas ideias. As variáveis que dificultam o processo de aprendizagem no ambiente de trabalho, percebidas pelos profissionais, foram a resistência às mudanças e o excesso de serviço que impede a reflexão sobre como melhorar o trabalho, com média acima de 6,0. Entendeu-se que indicadores relacionados ao processo de desenvolvimento de pessoal na área da saúde influenciam no suporte à aprendizagem para a melhoria dos processos de trabalho e da segurança do paciente. Aponta-se a necessidade de estabelecer uma cultura de avaliação sistemática das intervenções educativas em saúde, visando diagnosticar ações mais incisivas para a mudança de atitude dos profissionais de saúde e, portanto, da prática clínica.
A5 - Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática 2014 Revisão da literatura Saúde Coletiva	Identificar metodologias utilizadas para avaliação de incidentes na atenção primária à saúde, os tipos, seus fatores contribuintes e as soluções para tornar a atenção primária à saúde mais segura.	A amostra final foi composta por 33 artigos: 26% relativos a estudos retrospectivos; 44% a estudos prospectivos, incluindo grupo focal, questionários e entrevistas; 30% a estudos transversais. O método mais utilizado nos estudos foi análise dos incidentes em sistemas de notificações de incidentes (45%). Os tipos de incidentes mais encontrados na atenção primária à saúde estavam associados à medicação e diagnóstico. Os fatores contribuintes mais relevantes foram falhas de comunicação entre os membros da equipe de saúde. Métodos de investigação empregados nas pesquisas de segurança do paciente na atenção primária à saúde são adequados e replicáveis, é provável que estes se tornem mais amplamente utilizados, propiciando mais conhecimento sobre a segurança na atenção primária à saúde.
A6 - Cultura da segurança do paciente na atenção primária à Saúde 2013 Transversal prospectivo de natureza quantitativa Enfermagem	Analisar as atitudes que evidenciam a cultura da segurança do paciente pelos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.	Estatisticamente, não houve diferença entre as três categorias profissionais (Enfermeiros, ACS, Técnicos de enfermagem) quanto à percepção das atitudes de segurança quando analisadas num contexto geral. De certa forma, o erro ainda está muito associado à culpa, a um ambiente de trabalho punitivo e a uma cultura de pensar que os erros provocados pelo prestador de cuidado em saúde é resultado de descuido. As atitudes Cultura do Trabalho em Equipe, Condições de Trabalho, Comunicação e Gerência do Centro de Saúde tiveram p-Valor $\leq 0,05$, evidenciando-se como atitudes significativas da cultura da segurança do paciente. A atitude considerada de maior importância foi a Segurança do Paciente, já a variável com menor relevância para essas categorias foi à atitude Erro.

Fonte: Artigos incluídos no estudo, quadro elaborado pela autora, 2017.

Os artigos incluídos na pesquisa são da área da saúde coletiva (03) seguida pela área da enfermagem (03). De autoria de pós-graduados (doutores e mestres), acadêmicos e profissionais atuantes na assistência à saúde. Com relação ao ano de publicação dos artigos analisados, 01 é do ano de 2013, 02 são do ano de 2014, 02 são de 2015 e 02 do ano de 2016. Quanto ao tipo de revista nas quais foram publicados os artigos incluídos nesse estudo, 03 foram publicados nos Cadernos de Saúde Pública e 03 publicações em periódicos de enfermagem.

No que se refere aos assuntos relacionados à segurança do paciente na APS, 02 dos artigos tratavam de validação e adaptação de instrumentos e questionários para avaliar a segurança do paciente na APS, 01 sobre as atitudes que evidenciam o cuidado seguro, 01 artigo aborda as características dos eventos adversos do cotidiano da APS, 01 estudo descreve o processo de aprendizagem sobre a temática e outro estudo trata-se de uma revisão sistemática do conhecimento produzido acerca da segurança do paciente na APS através de um recorte temporal entre os anos de 2007 à 2012, publicado nos idiomas português, espanhol e inglês. Dessa forma, a partir da exploração e análise dos dados, emergiram 03 categorias empíricas, que seguem no presente trabalho. Dessa forma, a partir da exploração e análise dos dados, emergiram 02 categorias empíricas, que seguem no artigo.

Construção do conhecimento e formas de avaliação da segurança do paciente na APS

De forma lenta e gradual, a temática segurança do paciente vem sendo introduzida na APS, através de estudos realizados a nível internacional e alguns poucos, a nível nacional. Fato que este, que foi abordado em um estudo (A5)¹² que apontou que até o ano de 2012 haviam sido produzidos apenas 33 artigos científicos que versaram sobre a temática. Entretanto, o dado mais preocupante é que destes, 14 foram produzidos nos Estados Unidos (41%), 05 no Reino Unido (16%), 05 na Nova Zelândia (16%), 03 na Holanda (9%), 02 na Espanha (6%), e 01 na Escócia (3%), na Austrália (3%), no Canadá (3%) e na Europa (3%). Ou seja, até o ano de 2012 não havia nenhuma estudo científico brasileiro sobre segurança do paciente na APS.

Felizmente, essas realidades vêm se modificando de alguns anos até o presente momento. Hoje, já existem alguns estudos brasileiros sobre a temática e inclusive, instrumentos de pesquisa validados nacionalmente para avaliar a segurança do paciente na APS, como por exemplos os estudos A1¹³ e A3¹⁴.

Conforme revelam os estudos (A1 e A3)^{13,14} vem se buscando formas que possibilitem avaliar a segurança do paciente no cotidiano das equipes de APS, por meio de traduções e adaptações isso vem se tornando possível. O estudo (A1)¹³ buscou traduzir e adaptar o questionário do *Primary Care International Study of Medical Errors* (PCISME) visando identificar incidentes ocorridos com pacientes na APS. Enquanto isso, outro estudo (A3)¹⁴ buscou a adaptação transcultural do instrumento *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) elaborado pela *Agency for Healthcare and Research in Quality*, este por sua vez, possibilita a avaliação da cultura de segurança do paciente na APS.

A construção/adaptação desses instrumentos avaliativos tem se mostrado fundamental na construção do conhecimento sobre a temática, visto que é por meio da avaliação da cultura de segurança que se pode compreender o contexto atual para a partir daí iniciar o planejamento e

execução de ações que transformem a realidade, e, a longo prazo possibilitem a redução de incidentes durante o processo do cuidado^{15,16}.

O estudo A6¹⁷ foi o primeiro estudo a ser realizado no Brasil, este, objetivou analisar atitudes que evidenciavam a cultura da segurança do paciente pelos profissionais das equipes de APS e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Para tanto, aplicou-se o questionário de Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire* - SAQ) que foi desenvolvido na Universidade do Texas e posteriormente traduzido e adaptado para a realidade brasileira. Através dele, uma amostra de 96 profissionais da cidade de Florianópolis-SC foram avaliados. Os resultados finais do estudo trouxeram que estatisticamente, não houve diferença entre as três categorias profissionais quanto à percepção das atitudes de segurança quando analisadas num contexto geral. Ainda, revelou que de certa forma, o erro ainda está muito associado à culpa, a um ambiente de trabalho punitivo e a uma cultura de pensar que os erros provocados pelo prestador de cuidado em saúde é resultado de descuido.

Entretanto, para avançar nessa perspectiva é necessário que a produção de conhecimento nacional sobre essa temática seja ampliada, uma vez que o Brasil possui singularidades e um sistema de saúde pública, denominado SUS, diferenciado dos demais países e por isso o modelo de APS através das UBS e ESF merece atenção especial no que tange a segurança do paciente assistido nesses espaços.

A segurança do paciente e sua implicação no processo de trabalho das equipes de APS

De forma lenta e gradual, a temática segurança do paciente vem sendo introduzida na APS, através de estudo realizados a nível internacional e alguns poucos, a nível nacional (A5)¹². Estima-se que 31% dos eventos adversos detectados durante a internação ocorram antes mesmo da admissão, desta forma, levando-nos a pensar que podem ser provenientes da APS, destes, cerca de 45% a 76% são evitáveis. Ainda considerando a APS como porto de entrada nos serviços da rede de saúde, e que portanto concentra a maioria das relações profissional e paciente, o número de incidentes nesse modelo de atenção pode superar as estimativas do contexto hospitalar¹⁶.

O estudo (A4)¹⁸ realizado com 75 profissionais das equipes de APS cadastradas na Rede do Telessaúde Goiás demonstrou que os incidentes mais frequentes na APS estavam relacionados a medicação, sendo estes referentes a falta de medicação na unidade percebida por 81,3% dos profissionais de saúde, seguido da falta de adesão ao tratamento por falha na comunicação e a falha de orientação do paciente para uso do medicamento, ambas percebidas por 52,0% dos profissionais. No que se refere aos incidentes relativos ao processo clínico, não envolvendo a terapia medicamentosa, os mais perceptíveis foram àqueles relacionados ao acompanhamento familiar/domiciliar inadequado, percebido por 56,0% dos profissionais e a consulta agendada não

realizada pela falta do profissional, referida por 53,3%. Ainda este mesmo estudo (A5)¹², apontou que os casos mais comumente relatados envolveram a falha na comunicação entre profissional e paciente.

Conforme o estudo (A2)¹⁹ que se utilizou de 125 notificações realizados por 20 profissionais da APS acompanhados num período de 05 meses, verificou-se que em relação ao tipo de incidente, o mais frequente foi o evento adverso (53,6%), seguido pelo incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano (29,6%). Considerando que, os fatores contribuintes com os incidentes foram atrelados a falhas no cuidado (34%), falhas na gestão (13%) e falhas na comunicação (53%). Essas últimas eram classificadas em falhas de comunicação com paciente (24%), na rede de atenção (19%) e na comunicação interprofissional (10%).

Nesse contexto, reafirma-se mais uma vez a necessidade da implementação do sistema de barreiras, proposta por Reason. Uma vez que as falhas que resultam na insegurança do paciente que é assistido pela APS são atreladas a diversos fatores e segmentos, é necessário que estes se unam na tentativa de qualificar o processo de trabalho e torná-lo mais seguro.

Por conseguinte, entende-se que uma das maneiras de transformar essa realidade traduz-se na oferta de qualificação dos profissionais. No estudo (A5)¹² buscou-se analisar o efeito de um programa educativo sobre segurança do paciente no conhecimento dos profissionais atuantes na APS, e a partir dele foram observadas inúmeras fragilidades no conhecimento relativo a temática, e que isso reflete no contexto da prática diária destes profissionais. Ressaltando que, após o desenvolvimento de um programa educativo sobre segurança do paciente na APS, estes mesmos profissionais revelaram a importância da aquisição de conhecimentos para a identificação de ocorrências dos vários tipos de incidentes na atenção primária, evidenciando a necessidade de trabalhar aspectos conceituais para a identificação e monitoramento dos incidentes advindos do cuidado.

Os resultados apresentados acima demonstram a necessidade de elaboração de políticas educativas que subsidiem a formação de uma cultura de segurança e de qualidade nos serviços de saúde, com vistas a reduzir a ocorrência de incidentes e evitar danos ao paciente que busca atendimento na atenção primária.

Considerações Finais

As produções nacionais sobre o assunto mostram que há muito a ser explorado no que tange a segurança do paciente na APS, visto que, além do número reduzido de estudos que versam sobre a temática há também, necessidade de permitir e instigar a reflexão dos riscos aos quais os usuários são expostos diariamente, e a partir de então buscar a criação de estratégias e ações que visem diminuir os danos atrelados ao cuidado. É necessário fazer com que as condutas não se limitaram a

orientações com características punitivas aos profissionais envolvidos em incidentes, já que esta ação não produz mudanças significantes no processo de trabalho para que incidentes desse tipo não tornem a acontecer. Portanto, investir na formação e qualificação dos profissionais é indispensável.

No campo da enfermagem, a necessidade de produção de conhecimento é imprescindível, visto que este núcleo é responsável pelo cuidado do processo saúde/doença dos usuários e para alcançá-lo com sucesso é necessário preocupar-se com a oferta do cuidado integral e preocupado com as questões relativas à segurança do paciente.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem

Referências

1. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. January, 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. 02 abr. 2013; Seção 1, (62):43. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43&-> Acesso em: 29 mar. 2017.
3. Júnior WVM. Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil [Tese de Doutorado]. Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2007. 113 p.
4. Sequeira AM, Martins L, Pereira VH. Natureza e frequência dos erros na actividade de Medicina Geral e Familiar Geral num ACES – Estudo descritivo. Portugal. Rev Port Clin Geral., 2010. 26:572-84.
5. Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research. World Health Organization, Switzerland, 2008. Disponível em: www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/primary_care_ps_research/en/index.html Acesso em: 20 mar 2017.
6. Vries EM, et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care, 2008; 17: 216-223. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18519629>>. Acesso em: 20 mar. 2017.
7. Sandars J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. BCM Fam Pract, 2003. Jan; 20(3):231-6.
8. Wetzel SR, Wolters R, Van Weel C, Wensing M. Mix of methods is needed to identify adverse events in general practice: a prospective observational study. BMC Fam Pract, 2008. Jun; 9:1-5.
9. Leendertse AJ, Egberts AC, Stoker LJ, Bemt Van Den PM. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. Arch Intern Med, 2008. Set; 168(17):1890-6.
10. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
12. Marchon SG, Junior WVM. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2014. Set; 30(9):1-21.
13. Marchon SG, Junior WVM. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2015. Jul. 31(7):1395-1402.

14. Timm M, Rodrigues MCS. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(1):26-37.
15. Reis CT, Laguardia J, Martins M. [Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: initial stage]. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(11):2199-210. Portuguese.
16. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ.* 2004; 170(11):1678-86.
17. Paese F, Sasso GTM. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à Saúde. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis,* 2013. Abr-Jun; 22(2): 302-10.
18. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Tobias GC, Ciosak SI. Suporte para aprendizagem na perspectiva da segurança do paciente na atenção primária em saúde¹. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016; 24: e2771.
19. Marchon SG, Junior WVM, Pavão ALB. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2015. Nov. 31(11):2313-2330.



69 PROJETO DE ENSINO INTEGRA: SOS CALOUROS: CONTRIBUIÇÕES PARA REDUZIR A EVASÃO NO ENSINO SUPERIOR

TEACHING PROJECT INTEGRA: SOS CALOUROS: CONTRIBUTIONS TO REDUCE EVASION IN HIGHER EDUCATION

PROYECTO EDUCATIVO INTEGRA: SOS CALOUROS: CONTRIBUCIONES PARA REDUCIR LA EVASIÓN EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR

MORO, Bernardo¹; MINELLO, Andrieli²; BERTOLDO, Caren da Silva³; ALFF, Fátima Inês⁴; SANTOS, José Victor Eiróz dos⁵; SCHIMITH, Maria Denise⁶.

Introdução: Na perspectiva do Ensino Superior no Brasil, percebe-se que a evasão dos discentes ocorre devido a diferentes motivos, seja econômico ou por não atingir suas expectativas diante as disciplinas curriculares, e até mesmo por descobrir que não se reconhece como profissional do curso escolhido¹. No curso de Enfermagem é notável essa evasão, um dado apresentado pela Revista Brasileira de Enfermagem, em uma pesquisa de 2013, mostra que em 2011, havia um total de ingressantes nos cursos de Enfermagem de todo o Brasil de 70175 estudantes, destes, 47114 concluintes do curso¹. Tal dado revela, além da abertura de cursos novos, também um índice considerável de retenção de estudantes. Diante disso faz-se necessário criar medidas para evitar essas evasões, visto que na nossa realidade, Enfermagem de ensino público, a evasão significa gastos públicos, além de menos profissionais qualificados atuando no mercado de trabalho. Para isso, o Projeto *Integra: SOS Calouros*, desenvolvido pelo Programa de Educação Tutorial de Enfermagem, tem como objetivo criar medidas de apoio e diálogo com a finalidade de minimizar a problemática da evasão. Espera-se que a integração de petianos e calouros do Curso de Enfermagem mostre-se importante para que esses novos discentes desenvolvam o sentimento de pertencimento, podendo levá-los a pensar em si mesmos como membros de uma coletividade, com seus valores, desafios e realizações, estreitando laços afetivos com a universidade, a Universidade Federal de Santa Maria. O Projeto *Integra: SOS Calouros* é uma parceria com a Coordenação do Curso de Enfermagem, procura ser um agente facilitador para os ingressantes no Curso de Enfermagem, pois pretende esclarecer dúvidas, acompanhar acadêmicos com dificuldades e acolher seus anseios, aproximando-os do Curso. **Metodologia:** Trata-se de uma nota prévia do projeto de ensino *Integra: SOS Calouros*. Foi desenvolvido pelo grupo PET Enfermagem, iniciando no ano de 2017. As ações realizadas pelo grupo ocorrerão em momentos distintos e singulares durante cada semestre. Inicialmente foi criado um grupo em uma rede social (*Facebook*), contento todos os novos acadêmicos do curso de Enfermagem, neste foram disponibilizadas informações essenciais para o ingresso desses estudantes na universidade, por exemplo, onde e como solicitar a confecção da carteira de estudante; como solicitar o benefício sócio econômico oferecido pela universidade e para quem ele está disponível, dentre outras informações. Na primeira semana de aulas do primeiro semestre letivo de 2017, os calouros foram recepcionados pelos integrantes do grupo PET Enfermagem, os quais realizaram dinâmicas integrativas, rodas de conversa, distribuição de materiais informativos e os conduzidos a um passeio pelo Centro de Ciências da Saúde, campus da universidade e pelo Hemocentro da cidade de Santa Maria. Ainda, o projeto prevê que os integrantes do grupo PET Enfermagem realizem uma atividade de tutoria com os ingressantes do curso. A tutoria consiste no acompanhamento sistêmico dos calouros, utilizando-se da metodologia de plano terapêutico singular, em que serão identificadas as necessidades do participante, construído um diagnóstico da sua situação e elaborado um plano de cuidado. Os calouros poderão ingressar no

projeto *Integra: SOS Calouros* a partir do interesse próprio, ou caso a coordenação do curso perceba que o estudante necessita de acompanhamento. Os integrantes do grupo PET Enfermagem receberam um treinamento para desenvolver tal projeto. **Resultados:** O projeto *Integra: SOS Calouros* pretende ofertar apoio para os universitários recém-ingressos no curso. Objetiva-se isto porque há muita desistência dos ingressados no curso de Enfermagem. Neste contexto, a fim de incentivar os discentes a permanecer no curso, apesar dos obstáculos existentes, buscou-se ofertar apoio social aos calouros. Sabe-se que o ingresso ao terceiro grau é uma etapa na qual exige mais estudo, esforço e empenho. Isto porque, os estudantes estão acostumados com uma realidade diferente da proposta pela universidade, pois precisará aprender, se ainda não teve a oportunidade nos dois primeiros graus, a ser o sujeito da sua própria história, investigando e correndo atrás do conhecimento². Corroborando, situações como a carga horária e a demanda de trabalhos e provas podem resultar em exaustão, por vezes desestimulando o acadêmico, podendo lhe ocasionar estresse, motivos que contribuem para a evasão escolar de estudantes universitários. Frente a isto, o desenvolvimento do presente projeto tem a pretensão de oferecer embasamento aos calouros para que esses possam perceber a necessidade e a segurança para procurar ajuda. Assim, terão auxílio para gerir melhor o tempo e conseguir contemplar todas as tarefas e ainda serão ajudados com os conteúdos que forem apresentados com fragilidades, visto que a maior dificuldade se encontra nos conteúdos básicos. Estes, além de difíceis, são distantes da expectativa do estudante em relação ao curso que escolheu, embora sejam fundamentais. É então que este projeto *Integra: SOS Calouros* se torna importante para estabelecer contato entre um acadêmico de um semestre avançado, necessariamente petiano, com o acadêmico de semestre inicial. Espera-se que os estudantes que já passaram por essas dificuldades e dispõem de maiores experiências e conhecimentos dentro do curso possam prestar ajuda aos iniciantes. O intuito é auxiliar a sanar as adversidades e assim diminuir o índice de evasão do curso de Enfermagem. Além dessas demandas, o *Integra: SOS Calouros* tem o intuito de acolher diversos anseios que o jovem universitário esteja passando e que podem ser um fator que favoreça a desistência no curso. Com este apoio ofertado, acredita-se que os calouros conseguirão melhorar, enfrentar e resolver os seus problemas. Acredita-se que algo motivou a escolha do curso e este projeto servirá para dar apoio, auxiliar o estudante a realizar o possível sonho de se graduar no curso almejado, pois serão oferecidos subsídios para que melhore o próprio rendimento³. **Considerações finais:** Pode-se dizer que o alcance da autonomia pelo discente de Enfermagem é um dos pilares para a elaboração deste projeto, ressaltando também que os discentes possam fornecer um *feedback* ao grupo PET Enfermagem e a coordenação do curso, levando críticas, sugestões e melhorias para discussão em encontros posteriores. Nota-se também que o projeto pode ser capaz de despertar o interesse dos discentes mais antigos em ajudar os mais novos, formando um ciclo de troca de aprendizagens e conhecimentos. Por meio de atividades que possam inserir os discentes em sua futura profissão, também há a necessidade que a comunidade seja informada da realização de atividades pelos discentes de como que as competências e oportunidades que a prática de Enfermagem oferece sejam reconhecidas. O projeto *Integra: SOS Calouros* faz parte de um grande desafio, podendo ter sua realização estendida a outros cursos e outras instituições que possam vir a sofrer com a evasão no ensino superior.

Descritores: Enfermagem; Evasão Escolar, Mentores.

Descriptors: Nursing; Student Dropouts; Mentors.

Descriptores: Enfermería; Abandono Escolar; Mentores.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências:

1. Teixeira E. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. Rev. Brasileira de Enfermagem, 2013. [acesso em: 23 mar 2017] Disponível em: http://www.abennacional.org.br/home/panorama_reben2013.pdf.
2. Gomes, JM. Evasão Acadêmica no Ensino Superior: Estudo na Área da Saúde, 2010. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. [acesso em: 01 abr 2017] Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/278/191>
3. Barlem JGT et al. Opção e evasão de um curso de graduação em Enfermagem: percepção de estudantes evadidos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):132-138. [acesso em 23 mar 2017] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/19.pdf>.



70. REDES DE APOIO SOCIAL IDENTIFICADAS POR USUÁRIOS DE DROGAS EM TRATAMENTO EM UM SERVIÇO SUBSTITUTIVO*

SOCIAL SUPPORT NETWORKS IDENTIFIED BY DRUG USERS IN TREATMENT IN A SUBSTITUTIVE SERVICE

REDES DE APOYO SOCIAL IDENTIFICADAS POR LOS USUARIOS DE DROGAS EN TRATAMIENTO EN SERVICIO SUSTITUTIVO

SOUTO, Valquíria Toledo¹;
SOCCOL, Keity Lais Siepmann²;
CANABARRO, Janaína Lunardi³;
VASCONCELOS, Raíssa Ottes⁴;
TERRA, Marlene Gomes⁵.

Resumo

O tratamento de usuários de drogas perpassa pela identificação da rede de relações que podem contribuir nesse processo. Assim, delimitou-se como **objetivo**: conhecer as redes de apoio social identificadas por usuários de drogas que realizam tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). **Metodologia**: pesquisa qualitativa, realizada com 16 usuários que participaram de encontros mediados pela metodologia da problematização. A análise dos dados seguiu três fases: coleta e organização; codificação; identificação dos temas emergentes. Por se tratar de pesquisa com seres humanos, os aspectos éticos seguiram a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados e discussão**: os participantes deste estudo identificam que o apoio para continuar o tratamento está no CAPS AD, na família e na fé. **Considerações Finais**: reafirma-se a necessidade de que o modo de produzir saúde atenda às singularidades dos usuários, suas crenças, necessidades, bem como a busca por maior articulação com as famílias.

Descritores: Apoio Social; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Saúde Mental.

Abstract

The treatment of drug users requires the identification of the network of relationships that can help in this process. Has delimited as **objective**: to know the social support networks identified by drug users who perform treatment at a Center for psychosocial care alcohol and Drugs. **Methodology**: qualitative research, carried out with 16 users who participated in meetings mediated by questioning methodology. The analysis of the data followed three phases: collection and organization; encoding; identification of The ethical aspects followed the resolution 466/12 of the National Council of Health. **Results and discussion**: the participants of this study identified that support to continue the treatment is in the CAPS AD, in the family and faith. **Conclusions**: reaffirms the need for the health care meet the singularities of the users, their beliefs, needs, as well as the search for greater articulation with the families.

Descriptors: Social Support; Substance-Related Disorders; Mental Health.

Resumen

El tratamiento de los usuarios de drogas es mediante la identificación de la red de relaciones que pueden contribuir en esto processo. Tiene como **objetivo**: conocer las redes de apoyo social identificadas por los usuarios de drogas que realizan tratamiento en un centro de atención psicosocial alcohol y drogas. **Metodología**: investigación cualitativa, realizada con 16 usuarios que participaron en reuniones mediadas por la problematización. El análisis de los datos siguió tres fases: recogida y organización; codificación; identificación de temas emergentes. Los aspectos éticos siguieron la resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud. **Resultados y discusión**: los participantes de este estudio identificaron que el apoyo para continuar el tratamiento es en el CAPS AD, en la familia y la fe. **Consideraciones**

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGenf/UFSM). Email: valquiriatoledo@hotmail.com

² Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Doutoranda do PPGenf/UFSM. Docente da URI – Santiago/RS.

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital de Guarnição de Santa Maria (HGU-SM).

⁴ Enfermeira, Especialista em Gerenciamento de Clínica Médica e Cirúrgica. Mestranda do PPGenf/UFSM.

⁵ Enfermeira, Pós-doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PPGenf UFSM.

*Trabalho proveniente de um recorte da pesquisa de Dissertação “Autoimagem, repercussões sociais e pontos de apoio para usuários de substâncias psicoativas” apresentada pela relatora ao PPGenf UFSM em 2015.

finales: reafirma la necesidad de los productos de la salud sigan las singularidades de los usuarios, sus creencias, necesidades, así como la búsqueda de una mayor colaboración con las familias.

Descriptores: Apoyo Social; Trastornos Relacionados con Sustancias; Salud Mental.

Introdução

O avanço das políticas públicas tem repercutido em importantes mudanças na área da Saúde Mental. No Brasil, a aprovação da Lei Nº 10.216/01, Lei da Reforma Psiquiátrica, impulsionou a organização de novas formas de produzir cuidado aos sujeitos com transtornos mentais, em um movimento que busca transição gradual do modo hospitalocêntrico, centrado no hospital psiquiátrico, para o modo psicossocial, centrado no cuidado territorial ao usuário.¹

As propostas para o campo de cuidados aos sujeitos com problemas decorrentes do uso de drogas foram referidas primeiramente no ano de 2003, por meio da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, que delimitou entre seus princípios norteadores: a atenção integral; a base comunitária; a territorialização; a lógica da redução de danos; e a intersetorialidade. Assim, assumiu-se o compromisso de implementação de redes de atenção que privilegiem a inserção comunitária desenvolvida a partir de práticas de serviços extra-hospitalares em todos os níveis de atenção.²

Diante da necessidade de trabalhar na lógica da territorialidade, a regulamentação da Portaria GM/MS nº 3.088/2011 propôs a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, visando ampliar e promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.³

No momento em que prioriza o cuidado no território, a atenção psicossocial apresenta novas demandas aos profissionais, ao usuário, à família e à sociedade.⁴ Assim, para realizar o cuidado a esse indivíduo, são utilizados dispositivos terapêuticos substitutivos ao hospital psiquiátrico, como centros de atenção psicossocial (CAPS), entre outros que compõem a Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, a qual deve ser articulada entre si e com os demais serviços do sistema de saúde, respeitando as particularidades e necessidades de cada local.³

A rede trabalha sob a lógica da territorialidade, visando que o sujeito em tratamento possa retomar suas relações e atividades dentro da comunidade onde reside, buscando fortalecer laços do usuário com a família e a sociedade. Entende-se que a qualificação do tratamento desses usuários implica na reflexão ampliada sobre a influência da família e outros grupos da rede social desses

indivíduos. Assim, definiu-se como **objetivo:** conhecer as redes de apoio social identificadas por usuários de drogas que realizam tratamento em um CAPS Álcool e Drogas.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, desenvolvida por meio da utilização de metodologia problematizadora, com a aplicação do Arco de Charles Maguerez.⁵

Participaram da pesquisa 16 sujeitos que estavam em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), de um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os participantes da pesquisa foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: ser usuário adulto, homem e/ou mulher, vinculado ao referido serviço e que durante o período da coleta de dados já estivesse inserido como participante de um grupo terapêutico escolhido previamente. E, como critério de exclusão: usuários que estivessem sob efeito de algum tipo de droga no momento combinado para a coleta, pois entendeu-se que poderia interferir na compreensão dos objetivos propostos.

A produção das informações da pesquisa ocorreu entre os meses de abril a junho de 2014, por meio da realização de cinco “encontros reflexivos”. Os encontros aconteceram quinzenalmente em uma sala reservada disponibilizada pelo CAPS AD, com duração média de uma hora e trinta minutos. Cada encontro de produção dos dados foi guiado pelas cinco fases do Arco da Problematização proposto por Charles Marguerez, quais sejam: observação da realidade, identificação dos pontos-chaves, teorização; levantamento de hipóteses de solução, e intervenção na realidade.⁵

A análise dos dados ocorreu em três fases: coleta e organização; codificação; e, identificação dos temas emergentes. Por se tratar de pesquisa com seres humanos, os aspectos éticos foram respeitados conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo aprovação para sua execução junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) em 14/01/2014 sob Parecer CAAE Nº 26521413.5.0000.5346. Para garantir a anonimato e o sigilo das informações, os participantes foram identificados pela letra ‘P’, por ser a inicial da palavra participante, seguida de um número arábico (P1, P2, P3...).

Resultados e discussão

Entre os 16 sujeitos da pesquisa, 14 são do sexo masculino e duas do sexo feminino, com idades entre 31 e 58 anos. Todos estavam vinculados ao serviço em modalidade semi-intensiva de tratamento no período da coleta de dados, ou seja, frequentando o serviço de duas a três vezes por semana. Em relação ao tempo de tratamento no serviço, variou de três semanas a 11 anos. A

maioria (dez) dos sujeitos declarou fazer uso exclusivo de drogas consideradas lícitas, como o álcool e o tabaco, os demais com histórico de uso concomitante de álcool e cocaína/crack e outras drogas.

As informações emergidas foram codificadas de acordo com a convergência de seu conteúdo, revelando que o apoio social identificado por esses sujeitos da pesquisa está no próprio CAPS AD, na família e na fé/espiritualidade.

Apoio no CAPS AD

Os Centros de Atenção Psicossocial são dispositivos da rede de atenção psicossocial que ocuparam centralidade a partir da implantação de uma lógica de cuidado extra-hospitalar, sendo considerados serviços substitutivos ao aparato manicomial. Incluem entre suas possibilidades o apoio a usuários com problemas de uso/abuso de substâncias psicoativas, como o que é disponibilizado nos CAPS AD.

A atuação profissional no CAPS AD necessita incentivar o empoderamento do usuário por meio do incentivo para o autocuidado a sua saúde, levando-o a reflexão sobre sua vida como um todo, não focando apenas na doença, e colocando a sua reinserção social como uma das prioridades a ser colocada em prática.⁷

Nesse estudo, o CAPS AD é mencionado como um disparador de mudanças. Enquanto estão em tratamento nesse serviço sentem-se bem, pois conseguiram estabelecer relações de amizade e coleguismo que servem de apoio e contribuem para que tudo dê certo:

Estou me sentindo bem aqui no CAPS com todos os meus amigos, meus colegas. Aqui com o apoio de vocês está tudo dando certo. (P6)

Depois que vim pra cá me sinto melhor, conversando, comendo direitinho, tomando as medicações direitinho, me sinto melhor ainda. (P9)

Para esses sujeitos o CAPS AD assumiu importância fundamental, pois influenciou em mudanças de hábitos que repercutiram de forma positiva na saúde e nas relações. Serviços como o CAPS AD, citado pelos participantes do estudo, foram criados em função da necessidade de oferta de um serviço de saúde que acolhesse tanto o aumento da demanda de usuários de substâncias psicoativas como a necessidade de atendimento diário a estas pessoas e suas demandas.²

No cenário atual, percebe-se, no entanto, que há uma concentração de atividades terapêuticas nas dependências dos CAPS, pouca aquisição de autonomia por parte dos usuários e manutenção de situações de exclusão social. Esse quadro acaba por caracterizar uma relação de dependência do usuário com a instituição.⁸

A complexidade de se trabalhar com os problemas decorrentes do uso/abuso de drogas reforça o desafio de organizar os serviços com profissionais capacitados para atender as diferentes demandas dos usuários.⁹ Para além das abordagens técnicas de cuidado, é fundamental que os profissionais busquem identificar esses pontos de apoio de cada usuário, para juntos articularem novos projetos, para que encontrem/retomem o apoio também fora do CAPS.

Apoio na família

Outro ponto de apoio descrito por alguns sujeitos deste estudo foi a família. A família pode ser considerada como uma unidade que cuida de seus membros, sendo o seu principal agente socializador, e responsável pelo atendimento de suas necessidades básicas.¹⁰ Os estudos têm destacado a importância da inclusão da família no campo da saúde mental, como forma de resgatar os vínculos afetivos perdidos ao longo do processo de adoecimento para que haja evolução no tratamento, principalmente, quando se trata da dependência química.¹¹⁻¹²

Para alguns usuários ter alguém da família para dar apoio e conselho é fundamental para a consolidação de uma relação mais saudável com as drogas. Sem isto, o tratamento ficaria mais difícil. E a motivação para continuar o tratamento está no apoio da família, principalmente, na vontade de não desapontar os filhos:

O importante é um conselho de uma pessoa mais velha da família mesmo. Dizer assim: tu está bebendo demais. Procura te controlar! Alguém pra te dar um apoio. Se o cara não tiver ninguém pra te dar um apoio, aí já é mais difícil. A pessoa já se atira, não se cuida, não se lava, fica isolado, a fisionomia da pessoa fica acabada e vai se enterrando. (P3)

É ali que eu vou me segurando, os meus filhos. O meu filho mais velho: mãe, força, não te entrega! (P7)

Atualmente, há o reconhecimento da importância do papel da família, que precisa ocupar o centro das funções de cuidado. A família é a mais comprometida com o problema e a personagem que mais possui recursos para auxiliar o seu ente usuário de substâncias psicoativas, desde que devidamente estimulada e acompanhada. Desse modo, a abordagem familiar precisa ser considerada como parte do tratamento, não apenas nos CAPS, mas em qualquer instituição que trabalhe com pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas.¹¹

A família precisa ser considerada como uma parceira, mas também reconhecida como “co-dependente”, em situação de adoecimento. Como tal, necessita de acompanhamento terapêutico para aprender a lidar com estas situações e poder atuar junto a seu familiar que faz uso de drogas de forma mais instrumentalizada, ajudando-o no enfrentamento da crise e investindo em novos projetos de vida.¹³

Os profissionais da saúde inseridos nos diferentes níveis de atenção necessitam oferecer apoio à família, auxiliando-a a compreender e enfrentar o cotidiano que envolve cuidar do usuário de substância psicoativa, seja por meio de uma escuta, de informações/orientações, individualmente ou em grupos de familiares, buscando possibilitar a percepção da situação real que estão vivendo, por meio do conhecimento de dados mais concretos sobre o problema e da redução do preconceito relacionado aos sujeitos que fazem uso de drogas.¹³

Apoio na fé/religião

A fala de alguns participantes também evidenciou o quanto a religiosidade e a fé permeiam suas esperanças em relação ao tratamento, sendo identificadas como fatores de apoio diante dos problemas decorrentes do uso de drogas:

A gente está se tratando e graças a Deus está conseguindo. E não é fácil! Então, por isso, estou me tratando, e com fé em Deus vai dar certo. (P3)

Com a vontade e a fé que eu tenho, se Deus quiser vou me ajudar! (P16)

Em estudo realizado com usuários de crack, no qual se buscou alcançar o cuidado integral ao ser humano por meio de oficinas de espiritualidade, foi possível constatar que a abordagem da fé constitui uma dimensão essencial do tratamento, pelo seu poder agregador, animador e dinamizador de vida e esperança, bem como pelo seu poder de integrar e religar todas as coisas.¹⁴

Em outro estudo que analisou essa relação, afirma-se que pessoas que frequentam regularmente um culto religioso, ou que enfatizam importância à sua crença religiosa, ou ainda que praticam, no cotidiano, as propostas da religião professada, apresentam menores índices de consumo de substâncias psicoativas. Além disso, as pessoas que fazem uso dessas substâncias apresentam uma melhora quando seu tratamento é permeado por uma abordagem espiritual, de qualquer origem, quando comparados a dependentes que são tratados exclusivamente por meio médico.¹⁵

A religiosidade pode atuar de maneira benéfica à medida que oferece suporte emocional, apoio e permite aos sujeitos o sentimento de pertencer a um grupo social. Algumas instituições acolhem esses sujeitos proporcionando estratégias de “combate” ao uso de drogas e oferta de uma oportunidade de “resgate”:

Não é barba tirar o diabinho [que induz ao uso de droga] da cabeça! Por isso, eu me apeguei a Deus. E faço minhas orações todos os dias. (P3)

[...] uma coisa que eu aprendi, eu leio muito, já li a Bíblia “Deus não ama o pecado, mas ele adora o pecador”. Deus não quer resgatar talvez tu que está bem, Ele quer resgatar nós que estamos no

fundo do poço: é o ladrão, é o bandido, é o viciado, é o drogado, é o alcoólatra. É esse aí que ele quer buscar. E eu acredito que só assim pra nos salvar! (P8)

Nos depoimentos, acima, evidencia-se o quanto esses sujeitos sentem-se acolhidos, protegidos e amparados na fé em Deus, no potencial de sua salvação e auxílio na luta contra o “diabinho” (droga).

As redes de apoio (CAPS AD, Família, Fé) que surgiram como parte dos resultados da pesquisa também já foram identificados em outro estudo como vínculos que favorecem o processo de tratamento da dependência química e que precisam ser mantidos.¹⁶ Concorde-se com as autoras em relação à necessidade de manutenção desses pontos identificados, e reitere-se a necessidade de construção de novas redes/vínculos de apoio que possam estar auxiliando no tratamento e na reinserção social desses sujeitos.

Considerações Finais

Identificou-se que os usuários que participaram deste estudo encontram apoio para continuar o tratamento e encarar os problemas do cotidiano no CAPS AD, na família e na fé. O CAPS AD é visto como um espaço disparador de mudanças, que propicia adoção de hábitos mais saudáveis, suporte emocional e interação social. Em relação à família, esta foi percebida como um fator de proteção, quando dá conselhos e serve de motivação para o tratamento. Quanto ao apoio na fé, foi relacionado ao sentimento de pertencimento a um grupo social, que acolhe e se mostra como um aliado no “combate” ao uso de drogas.

Acredita-se que, cada vez mais, emerge a necessidade de que o modo de produzir saúde atenda às singularidades dos usuários, suas crenças, necessidades, bem como a busca por maior articulação com as famílias. Almeja-se a consolidação de um modelo que permita refletir coletivamente sobre os problemas e elaborar novas estratégias, ou buscar outros recursos, que deem conta da complexidade que envolve construir mudanças na relação desses sujeitos com as drogas.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Brasil. Lei da Reforma Psiquiátrica: promulgada em 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 26 fev. 2017
2. Brasil. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF); 2003.
3. Brasil. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do

uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 27 fev. 2017.

4. Mielke FB, Kohlrausch E, Olschowsky A, Schneider JF. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. Rev. Eletr. Enf. 2010; 12(4):761-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6812>.

5. Bordenave JD. Capacitação Pedagógica – Área de Saúde In: Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1994, 60p.

6. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 466.2012. Brasília: CNS; 2012.

7. Silva NS, Esperidião E, Cavalcante ACG, Souza ACS, Silva KKC. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. Texto contexto - enferm. 2013; 22(4): 1142-1151. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400033

8. Costa MGSG, Figueiro RA, Freire FHMA. O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial: um estudo de caso. Temas psicol., Ribeirão Preto. 2014; 22(4).

9. Ronzani TM. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores / Telmo Mota Ronzani, Ana Regina Noto, Pollyanna Santos da Silveira ; colaboradores Ana Luísa Marlière Casela – Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014. 24 p.

10. Elsen I, Souza AIJ, Marcon SS. Enfermagem à família: dimensões e perspectivas. Maringá(PR): Eduem; 2011.

11. Silva BLC. Araújo AP, Carvalho RN, Azevedo EB, Moraes MN, Queiroz D. Participação da família no tratamento dos usuários do centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória. 2012; 14(4): 61-8. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/5120/3846>

12. Schenker M, Minayo MCS. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão de literatura. Cad Saúde Pública. 2004; 20(3): 649-59.

13. Alvarez SQ, Gomes GC, Oliveira AMN, Xavier DM. Grupo de apoio/ suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):102-108.

14. Backes DS, Backes MS, Medeiros HMF, Siqueira DF, Pereira SB, Dalcin CB et al . Oficinas de espiritualidade: alternativa de cuidado para o tratamento integral de dependentes químicos. Rev. esc. enferm. USP. 2012 Oct; 46(5): 1254-1259. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500030&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500030>.

15. Sanchez ZM, Nappo SA. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. Rev. Psiq. Clín. 2007; 34(supl. 1):73-81. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/73.html>
16. Souza J, Kantorski LP, Mielke FB. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drogas. 2006; 2(1):1-17. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad>.



71. RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: REVISÃO EM TESES E DISSERTAÇÕES

MULTIDISCIPLINARY RESIDENCES IN HEALTH: REVIEW OF THESES AND DISSERTATIONS

RESIDENCIAS MULTIDISCIPLINARES EN SALUD: EXAMEN DE LAS TESIS Y DE LAS DISSERTACIONES

MELLO, Amanda de Lemos¹; TERRA, Marlene Gomes²; SIQUEIRA, Daiana Fogiatto³; TISOTT, Zaira Letícia⁴; JUNIOR, Angelo Ramos⁵.

Resumo

A qualidade do processo formativo, respondendo a necessidade de um perfil profissional inovador e comprometido com a realidade da saúde da população, é um ponto a ser frequentemente repensado. O presente estudo teve como objetivo identificar nas teses e dissertações os aspectos potencializadores, dificultadores e estratégias frente a formação nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Trata-se de uma revisão cuja fonte de dados foram 38 resumos de dissertações de mestrado e teses de doutorado dos Programas de Pós-Graduação brasileiro indexados no Banco de Teses e Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia. A produção intelectual sobre a formação nas residências é identificada como reflexo do trabalho que os pesquisadores vêm desempenhando, objetivando o movimento emancipatório dos participantes deste espaço de formação, a qualidade dos programas e a consequente transformação do Sistema Nacional de Saúde.

Descritores: Desenvolvimento profissional; Internato não Médico; Enfermagem.

Abstract

The quality of the training process, responding to the need for an innovative professional profile and committed to the health of the population, is a point to be frequently rethought. The present study aimed to identify in the theses and dissertations the potential aspects, difficulties and strategies against the training in Multiprofessional Health Residency Programs. This is a review whose data source was 38 abstracts of master's theses and doctoral theses of the Brazilian Graduate Programs indexed in the Bank of Theses and Dissertations of the Brazilian Institute of Information in Science and Technology. The intellectual production on the formation in the residences is identified as a reflection of the work that the researchers have been doing, aiming at the emancipatory movement of the participants of this training space, the quality of the programs and the consequent transformation of the National Health System.

Descriptors: Staff Development; Internship Nonmedical; Nursing.

Resumen

La calidad del proceso formativo, la respuesta es una necesidad de un perfil profesional innovador y comprometido con una realidad de la salud de la población. O presente estudio tuvo como objetivo identificar las tesis y las perspectivas de los potencializadores, los dificultadores y las estrategias frente a la formación de programas de Residencia Multiprofesional en Salud. Trata-se de una revisión de la fuente de datos fueron 38 currículos de tesis de tesis y tesis de doutorado de los Programas de Post-Graduación brasileño indexados no Banco de Tesis y Dissertas del Instituto Brasileño de Información en Ciencia y Tecnología. Una producción intelectual sobre una formación en las residencias es identificada como reflexo del trabajo que los investigadores en el desempeño, en el objetivo del movimiento emancipador de los participantes en el espacio de formación, una calidad de los programas y una consecuente transformación del Sistema Nacional de Salud.

Descriptores: Desarrollo de Personal; Internado no Médico; Enfermería.

Introdução

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM (PPGEnf/UFSM) - amandamello6@yahoo.com.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente no departamento de Enfermagem da UFSM.

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de PPGEnf/UFSM.

⁴Enfermeira. Mestranda PPGEnf/UFSM.

⁵Enfermeiro. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Clínica Especializada Ênfase em Infectologia e Neurologia (UNIFRA).

A formação na área da saúde pode ser considerada uma das questões centrais relativas à transformação das práticas profissionais, de modo a favorecer intervenções capazes de se aproximar das necessidades da população e da realidade sanitária na qual o profissional está inserido^{1,2}. Trata-se de pautar sistematicamente o tema da reorientação do modelo de formação com vistas à formação de trabalhadores para o SUS, que contemplem a abordagem dos determinantes biológicos e sociais, com vistas a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde.

No intuito de fortalecer e ampliar esta reorientação na formação dos profissionais da saúde, o Ministério da Saúde conjuntamente com o Ministério da Educação, criam as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) que adentram o cotidiano dos serviços de saúde na tentativa de transformar as práticas e favorecer um trabalho cooperado e na perspectiva multiprofissional¹. Os Programas de RMS foram criados a partir da promulgação da Lei Federal Nº 11.129 de 2005 e orientada pelos princípios e pelas diretrizes do SUS, envolvem as profissões de Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional³.

A pluralidade constituída no âmbito desta pós-graduação *lato sensu* tende a favorecer a formação que vá além das intervenções uniprofissionais e voltadas somente a recuperação dos usuários. Assim, é importante construir no sistema de saúde uma ação coletiva em prol da melhoria da qualidade de vida de usuários⁴. Além disso, conforme aponta autores⁵, os Programas de RMS tendem a permitir a permeabilidade das ações educativas no cotidiano das práticas de saúde, vislumbrando um novo modelo de gestão e atenção à saúde por meio do desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde aos profissionais vinculados aos serviços de saúde⁶.

A qualidade do processo formativo, respondendo a necessidade de um perfil profissional inovador e comprometido com a realidade da saúde da população, é um ponto a ser frequentemente repensado, revisitado e reformulado⁷. Assim, a justificativa do desenvolvimento desta pesquisa consiste em visibilidade ao que já foi produzido na temática das RMS, com vistas a apresentar as suas características e apontando as lacunas do conhecimento que ainda precisam ser preenchidas. Frente ao exposto, o presente estudo teve como objetivo identificar nas teses e dissertações os aspectos potencializadores, dificultadores e estratégias frente a formação nos Programas de RMS.

Metodologia

Trata-se de uma revisão cuja fonte de dados foram resumos de dissertações de mestrado e teses de doutorado dos Programas de Pós-Graduação brasileiro. O desenvolvimento desta revisão seguiu seis etapas: elaboração da questão de pesquisa, busca no Banco de Teses e Dissertações do

Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (BDTD/IBICT), extração de dados, avaliação das teses e dissertações, análise, síntese dos resultados e apresentação da revisão.

A busca dos estudos foi desenvolvida no mês de maio de 2016, orientada pela questão “quais os aspectos potencializadores, dificultadores e estratégias elencadas nas teses e dissertações frente a formação nos Programas de RMS?”. A partir disto, a seleção dos estudos foi operacionalizada a partir de diferentes estratégias de busca as quais podem ser observadas no fluxograma (Figura 1), o qual descreve o percurso de seleção, inclusão e exclusão dos estudos, segundo o Banco de Teses e Dissertações consultada.

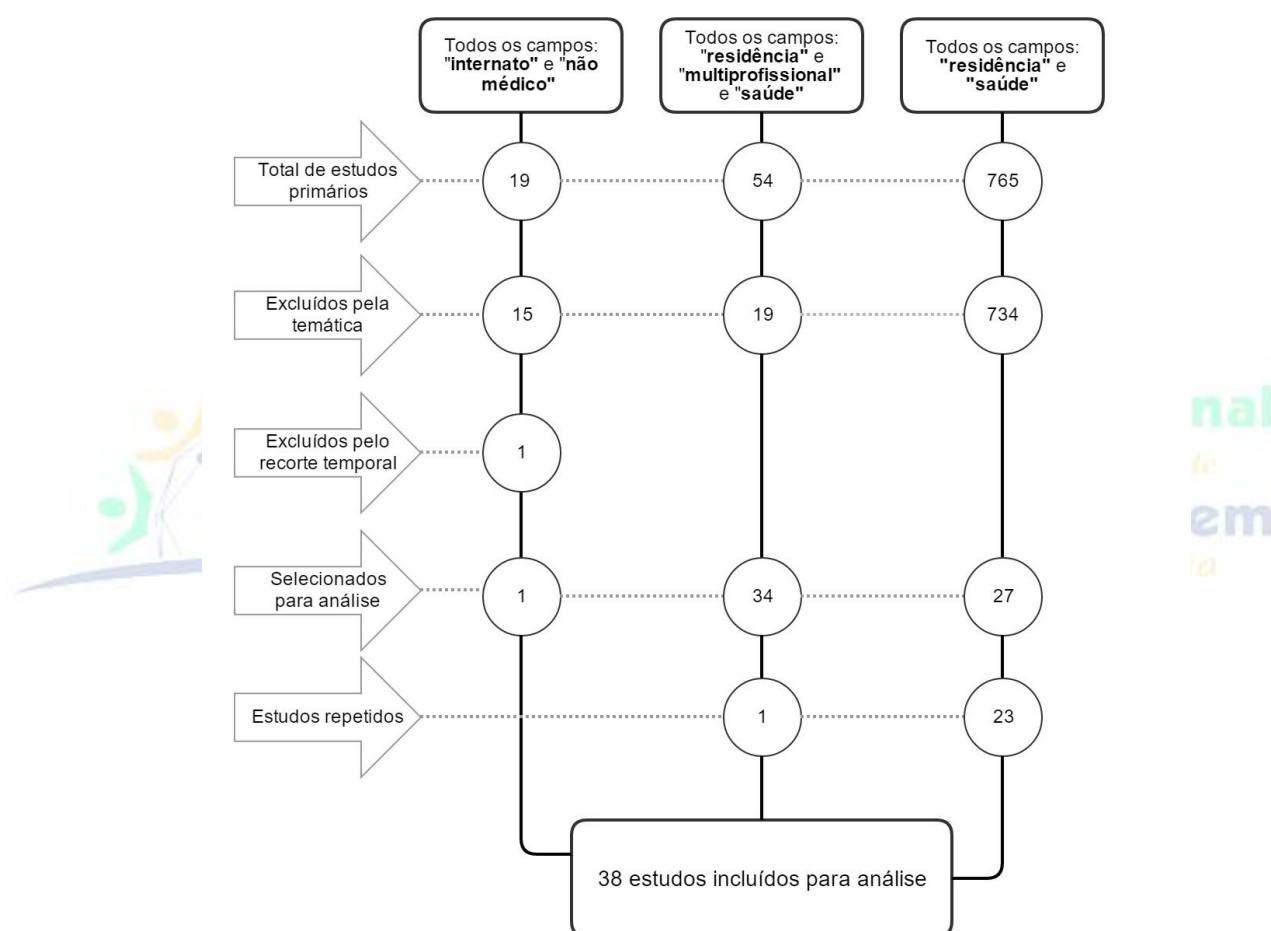


Figura 1 – Fluxograma de seleção, inclusão e exclusão dos estudos da revisão – Santa Maria, RS, Brasil, 2017.

Os critérios de inclusão dos estudos foram dissertações e teses que retratassem a RMS, publicados no período de 2005 a 2015, devido a Lei Federal Nº 11.129/2005, que institui as RMS no âmbito brasileiro. Os critérios de exclusão estabelecidos foram estudos que não puderam ser encontrados na íntegra. Para mapeamento dos estudos selecionados, utilizou-se um quadro de

análise documental constituído das variáveis específicas (identificação, ano de publicação da produção, grau acadêmico, instituição de ensino, área profissional do autor principal) e as características dos estudos (abordagem metodológica do estudo, objeto de pesquisa, principais resultados (potências/dificuldades/estratégias). Apresenta-se esses dados na forma de frequências absoluta/relativa e de maneira descritiva.

Vale ressaltar que em relação a aprovação de Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, não houve necessidade de aprovação, visto que a presente pesquisa possui caráter metodológico do tipo revisão, não obtendo envolvimento direto com seres humanos enquanto participantes de pesquisa. No entanto, é importante destacar que as informações selecionadas para análise foram apresentadas de forma fidedigna, assim como descritos e citados.

Resultados e discussão

Os 38 estudos selecionados estão identificados no Quadro 1.

Id	TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR
E1	O Serviço Social nas residências multiprofissionais em saúde na atenção básica: formação para a integralidade?	TT Closs
E2	A Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador em saúde	CM Domingos
E3	Os signos da integralidade no cotidiano de uma Residência em Saúde da Família	CP Pimenta
E4	Limites e potencialidades da residência multiprofissional em saúde para a educação interprofissional	MV Miranda Neto
E5	A residência multiprofissional em saúde como possibilidade de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde	CF Oliveira
E6	Residência multiprofissional em saúde: o estar-junto na formação dos residentes em saúde	QTA Silva
E7	A formação profissional do assistente social na residência multiprofissional em saúde do HU/UFS	AS Salvador
E8	Prazer e sofrimento no processo de formação de residentes multiprofissionais de saúde	MNS Fernandes
E9	Experiência de formação em residência multiprofissional como dispositivo de ampliação da clínica num hospital universitário	DFP Oliveira
E10	Formação dos trabalhadores de saúde na Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma cartografia da dimensão política	CP Lobato
E11	Educação Permanente em Saúde como espaço interssejor de uma Residência Multiprofissional: estudo de caso	CT Silva
E12	Apoio Matricial Institucional: investigando interfaces com a Residência Multiprofissional em Saúde da família e comunidade	KK Beker
E13	Residência multiprofissional em saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS	VL Pasini
E14	Intenções entre tensões : a descentração da residência integrada em saúde	PLG Haubrich
E15	Tecendo os fios entre educação e saúde: a formação profissional na Residência Multiprofissional em Saúde	SD Rosa
E16	A invenção da residência multiprofissional em saúde a partir dos discursos	D Dallegrave
E17	Formação multiprofissional em serviço na atenção básica à saúde: processos educativos em tempos líquidos	E Rossoni
E18	Avaliação do conhecimento dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde, referente ao “contrato didático”	LHA Silveira

E19	Resiliência e aprendizagem: um olhar sobre o comportamento de multiprofissionais da saúde	JA Birrer
E20	Residência Multiprofissional e a formação do nutricionista para o programa Saúde da Família	IG Santos
E21	A preceptoria na residência multiprofissional em saúde: saberes do ensino e do serviço	M Steinbach
E22	Os tempos da docência nas residências em área profissional da saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde	AP Fajardo
E23	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: um estudo sobre os efeitos na crença, satisfação e comprometimento	CM Jreige
E24	A formação dos profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais: sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental	ACR Simoni
E25	Residência integrada em saúde: uma modalidade de ensino em serviço	SR Ferreira
E26	A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS	DDG Nascimento
E27	O processo de formação dos cirurgiões-dentistas da residência multiprofissional em saúde da família da Casa de Saúde Santa Marcelina: percepção do egresso	LCS Wanderley
E28	A gestão do conhecimento no programa de Residência Multiprofissional em Saúde do hospital universitário Onofre Lopes: uma visão a partir da preceptoria	LMA Vidal
E29	Por um plano estético da avaliação nas residências multiprofissionais: construindo abordagens avaliativas SUS-implicadas	LI Schaedler
E30	Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde: as residências no País das Maravilhas	D Dallegrave
E31	O aperfeiçoamento dos assistentes sociais no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde de um hospital universitário	HHR Dias
E32	Residência integrada em saúde: a torção do discurso universitário na cena de formação do profissional em saúde	RHA Medeiros
E33	Residências em Saúde: saberes do preceptor no processo ensino-aprendizagem	KRB Ribeiro
E34	A formação em serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PRIMS/HCPA)	EFS Lopes
E35	Vivências dos fisioterapeutas egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade	ML Costa
E36	Experiência de formação em residência multiprofissional como dispositivo de ampliação da clínica num hospital universitário	KR Andrade
E37	O serviço social no programa de residência multiprofissional em saúde: uma estratégia de consolidação do projeto ético-político profissional?	TM Vargas
E38	A Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco: um olhar dos primeiros egressos	HM Nascimento

Quadro 1 – Identificação dos estudos para análise – Santa Maria, RS, Brasil, 2017.

Identificou-se que, dos 38 estudos, 76,31% dissertações de mestrado e 23,68% referem-se a teses de doutorado. Quanto ao ano de publicação, em 2010, houve 21,05% das defesas de teses e dissertações, seguido do ano de 2014 com 15,78%; 2013 e 2015 com 13,15% cada ano. Segundo a variável procedência da produção, a região brasileira com maior destaque foi a Sul, 60,52%, seguida pelo Sudeste 21,05%, Nordeste 13,15% e, em menor participação, a região Centro-Oeste 5,26%. Dessa forma, o estado que obteve maior número de estudos relacionados ao tema foi o Rio Grande do Sul, totalizando 50% publicações. No que se refere às instituições universitárias, foram identificadas 14 universidades, com destaque para a Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Porto Alegre, responsável por 31,57 % das produções sobre RMS.

Quanto à área de conhecimento do autor principal, constatou-se uma concentração de estudos nas Ciências da Saúde e nas Ciências Humanas, respectivamente. As subáreas do conhecimento responsáveis pelas produções científicas são: Enfermagem (28,94%), Psicologia (15,78%), Odontologia e Serviço Social (13,15% cada), Fisioterapia (10,52%), Pedagogia (7,89%) e Educação Física, Medicina, Nutrição e Terapia Ocupacional (cada uma com 2,63%).

No que se refere ao perfil metodológico dos estudos, constatou-se a prevalência de natureza qualitativa, com representação de 89,47% destas publicações, com diferentes abordagens, como cartografia/inspiração cartográfica (15,78%), estudos de caso (13,15%) que obtiveram maiores destaques e outros (23,68%). Em relação a natureza quantitativa, houve somente um estudo (2,63%) e 7,89% foram estudos mistos (quantitativo e qualitativo).

A partir da análise dos resumos, quanto aos aspectos potencializadores, dificultadores e estratégias frente a formação nas RMS, elencou-se três categorias.

Aspectos potencializadores

O espaço das RMS pode ser constituído como locus da experiência do processo de ensino-aprendizagem na incorporação de profissionais nas práticas de saúde em direção a integralidade (E1; E2; E3; E4) e a novas práticas de gestão (E5). Além de ser considerado como um espaço para produção do conhecimento a partir do encontro com o outro (E6), possibilitada a partir da atitude transdisciplinar e ações de caráter multiprofissional, contribuindo com a ruptura de especialismos e fragmentação dos saberes (E7; E8; E9).

Assim, enquanto potente dispositivo para o trabalhador de saúde em defesa do Sistema Nacional de Saúde, a partir da utilização de ferramentas de EPS, favorecem a formação, tantos dos trabalhadores em formação quanto dos cenários de prática, aptos às ações coletivas (E10; E11; E12). Sendo consideradas, mais do que espaços de absorção de informações, conhecimentos, modelos, que resultam em especialistas, mas como um tempo para a reinvenção de si e do mundo, além de uma potência para a proximidade e o cuidado para com os usuários no seu território (E13; E14).

Aspectos dificultadores

Referente aos aspectos dificultadores, estudos apontam que a oferta descontínua e, na maioria dos casos, não acadêmica, tem caracterizado um modelo limitado pela lógica mercantil, evidenciando a falta de políticas públicas que assegurem a devida qualificação profissional (E15;

E16). A produção dessa vulnerabilidade nos programas de residência pode ser marcada também pela provisoriedade dos residentes nos campos práticos, pela incerteza frente a metodologia dos programas e pela extensa carga horária (E8; E17). Assim, o envolvimento e a responsabilidade do residente por vezes são assumidas como um profissional com vínculo empregatício, no entanto, enquanto profissional em formação não possui atuação ativa nos espaços de discussão e nas decisões tomadas em relação ao processo de formação (E2; E18); causando um intenso sofrimento aos participantes (E4; E19).

Além disso, a carência de profissionais preparados para desenvolver o papel de facilitador, é um aspecto dificultador (E20); sendo que os preceptores desenvolvem sua função convivendo com o sentimento de insegurança reportado à pouca capacitação, e com a falta de tempo para preceptorar devido às exigências impostas pelo mundo do trabalho (E21); havendo uma assincronia entre o que as RMS precisam e o que as instituições-escola na saúde proporcionam, sendo um exemplo as diferentes expectativas de seus protagonistas (E22).

Ainda se encontra dificuldades referentes a implementação dos programas (E23); seja pelo enfrentamento do paradigma clínico das práticas em saúde e não aceitação de residentes multiprofissionais (E24); ou, pela própria gestão municipal em não dar conta do desafio de organizar e implementar o ensino em serviço entre tantas atribuições já postas pela descentralização das ações em saúde, gerando um enfraquecimento das estruturas para acolher a Residência no território (E14).

Estratégias

Por mais que os Programas vivenciem dificuldades, a proposta está continuamente sendo avaliada, reformulada e tem apresentado mudanças e crescimento em relação à sua criação (E25). Estudos sinalizam um conjunto de sugestões de melhorias para que o conhecimento possa ser realizado a partir de um processo organizado e sistemático; guiado por competências, habilidades e atitudes, tais como: atuação multiprofissional e interdisciplinar, promoção e educação em saúde, humanização e personalização do atendimento, concepção ampliada de saúde, novas relações entre profissionais de saúde e entre estes e a população (E26; E27; E28). Ou ainda, a partir de um conjunto de analisadores cujo objetivo é fornecer alguns subsídios para avaliação das RMS, na perspectiva da inovação voltada para consolidação do SUS, sendo construído por meio de questões sistematizadas, que pode vir a contribuir na produção de uma inteligência coletiva (E29).

Além disso, estudos apontam a importância de apostar nas singularizações, modos de ser profissional da saúde, de formar para o cuidado do outro e, neste sentido, possibilitar liberdade aos

“encontros”; desenvolver competências específicas de preceptoria e para o trabalho no SUS; aprimorar as relações interprofissionais, multiprofissionais e interpessoais; (E8; E30; E31). Bem como, na criação de espaços formais para discussão, com vistas a construção de intervenções centradas no usuário e na valorização dos residentes como sujeitos ativos no processo de ensino-aprendizado (E8). Além disto, é necessário abarcar a supervisão enquanto dispositivo com potencial de torção no discurso da universidade (E32); estudo aponta subsídios que podem fundamentar a construção de uma política nacional de valorização do preceptor (E33).

Todavia, as limitações observadas na materialidade das práticas da RMS não anularam sua força como uma das possibilidades de mudança das práticas em saúde e do modelo assistencial (E34). Autor (E35) aponta a importância da residência não se tornar salvadora dos processos educacionais fragmentados da formação da graduação, sendo necessário continuar investindo nessa formação em saúde; além d constante reflexão do modelo de formação em serviço instituído pelo programa e suas contribuições para a formação dos profissionais a partir da ampliação da reflexão em relação ao trabalho desenvolvido nesse espaço (E36; E37). Para isso, acredita-se que a articulação com outros programas de Residência se constitui como relação de troca importante, não para amplificar seu prestígio, mas para evitar o descompasso de indefinições e modos de organizar as atividades que serão conduzidas, bem como, é preciso discutir a regulação da formação (E38).

Considerações Finais

Acredita-se que o fortalecimento da produção científica frente a esta temática das RMS tende a contribuir para a melhoria dos processos formativos voltados aos profissionais que atuam na área da saúde, com vistas a elevar a qualidade dessa formação e consequente melhoria da atenção a população, a partir de ações coletivas, integradas e pactuadas. Nessa perspectiva, observa-se que a produção intelectual sobre a formação nas RMS é identificada como reflexo do trabalho que os pesquisadores vêm desempenhando, objetivando o movimento emancipatório dos participantes deste espaço de formação, a qualidade dos programas e a consequente transformação do Sistema Nacional de Saúde.

Espera-se que a presente revisão estimule novas pesquisas a respeito do tema, em busca de práticas pedagógicas corresponsáveis com vistas a qualificar o ensino de acordo as necessidades dos serviços de saúde no âmbito nacional. Além disso, sugere-se a produção de estudos que abarquem o apoio pedagógico no âmbito das Residências, não somente dos preceptores, mas de docentes ligados às instituições de ensino, tutores, trabalhadores dos serviços de saúde e profissionais da gestão tanto em âmbito municipal quanto estadual e nacional. Pois o residente necessita de um

acompanhamento pedagógico e também de um apoio interstitucional ativo, cooperado e responsabilizado frente a sua formação.

Outro aspecto a ser enfatizado, é a importância de pesquisas com metodologias participativas e referenciais teóricos que colaborem com a operacionalização do processo de ensino e aprendizagem nos Programas de Residências, a fim de fortalecê-lo com a colaboração dos participantes de acordo com a particularidade de cada proposta, mas que contribua para ações coletivas. O que possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Ceccim RB. A educação permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. Caderno Saúde Mental: os desafios da formação. Caderno Saúde Mental/Ana Marta Lobosque (Org) Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação, Belo Horizonte:ESP-MG. 2010;32.
2. Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde Interface comun. saúde educ. 2015;19(55): 1221-32, out.-dez. 2015.
3. Brasil. Lei Nº 11.129, 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 jun. 2005.
4. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Rev Saúde Coletiva. 2004;14(1):41-66.
5. Haubrich, P.L.G., et al. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como locus privilegiado da educação permanente em saúde. Rev Saúde em Redes. 2015;1(1):47-56.
6. Silva CT, Terra MG, Kruse MHL, Camponogara S, Xavier MS. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. Rev Texto Contexto Enf 2015;25(1):1-9.
7. Melo MC, Queluci GC, Gouvêa MV. Problematicando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2014; 48(4):706-14.

72. RISCO CARDIOVASCULAR: DESAFIO E IMPORTÂNCIA EM ABORDAR A TEMÁTICA COM A POPULAÇÃO JOVEM

CARDIOVASCULAR RISK: CHALLENGE AND IMPORTANCE IN ADDRESSING THE THEME WITH THE YOUNG POPULATION

RIESGO CARDIOVASCULAR: RETO E IMPORTANCIA EN TORNO AL TEMA CON LOS JOVEN

OLIVEIRA, Gabriela¹; SCHIMITH, Maria Denise²; SILVA, Laís Mara Caetano³; SILVA, Jordana⁴; TIMM, Marcella Simões⁵; FREITAS, Taísa de Paula Paiva⁶.

Resumo

As doenças cardiovasculares representam a maior causa de mortalidade no mundo, assim torna-se essencial discutir acerca dos fatores riscos para o desenvolvimento de tais doenças. O objetivo deste estudo é destacar a importância de realizar ações que aproximem os jovens a atenção básica e que contribuam na prevenção das doenças cardiovasculares. Trata-se de um relato de experiência, oriundo da participação na coleta de dados do projeto matricial do grupo de pesquisa. Com o desenvolvimento da coleta de dados, percebeu-se a dificuldade de encontrar os jovens nos serviços de atenção básica, fator preocupante, ao considerar que muitos jovens não estão atentos à sua saúde. Destaca-se que é nessa fase que se estabelecem a maior parte dos hábitos de vida que refletirão na fase adulta. Conclui-se que é imprescindível realizar estratégias de aproximação dos jovens aos serviços primários de saúde, bem como desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Descritores: Doenças Cardiovasculares; Enfermagem; Adulto Jovem.

Abstract

Cardiovascular diseases represent the greatest cause of mortality in the world, so it is essential to discuss the factors that may affect the development of such diseases. The objective of this study is to highlight the importance of performing actions that bring young people closer to basic care and that contribute to the prevention of cardiovascular diseases. This is an experience report, derived from the participation in the data collection of the research group's matrix project. With the development of data collection, it was noticed the difficulty of finding young people in primary care services, a cause of concern, considering that many young people are not attentive to their health. It is emphasized that it is in this phase that most of the habits of life are established that will reflect in the adult phase. It is concluded that it is imperative to carry out strategies to bring young people closer to primary health services, as well as to develop actions to promote health and prevent diseases.

Descriptors: Cardiovascular Diseases; Nursing; Young Adult.

Resumen

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en el mundo, por lo que es esencial para discutir acerca de los factores de riesgo para el desarrollo de este tipo de enfermedades. El objetivo de este estudio es poner de relieve la importancia de llevar a cabo acciones que llevan a las personas jóvenes a la atención primaria y para contribuir en la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Se trata de un relato de experiencia, que surge de la participación en la recogida de datos de la matriz del proyecto grupo de investigación. Con el desarrollo de la recopilación de datos, nos dimos cuenta de la dificultad de encontrar a los jóvenes en la atención primaria de salud, preocupante, teniendo en cuenta que muchos jóvenes no están atentos a su salud. Es de destacar que es en esta fase que

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM. Relatora. E-mail: gabioliveirafv@hotmail.com.

² Orientadora. Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento do curso de Enfermagem UFSM. Coordenadora do curso de graduação em Enfermagem CCS/UFSM. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

³ Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento do curso de Enfermagem UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

⁴ Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

⁵ Enfermeira. Mestre pelo PPGEnf da UFSM. Residente em Obstetrícia pela UNIFRA. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

⁶ Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

establecen la mayoría de los hábitos de vida que se reflejará en la edad adulta. Se llega a la conclusión de que es muy recomendable acercarse a las estrategias de los jóvenes a los servicios de atención primaria de salud, y para desarrollar acciones de promoción de salud y prevención de la enfermedad.

Descriptor: Enfermedades Cardiovasculares; Enfermería; Adulto Joven.

Introdução

Nas últimas décadas, na América Latina e no Brasil, observou-se uma alteração no perfil da mortalidade da população, caracterizado pelo aumento no número de óbitos ocasionados pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Dentre as DCNT, destacam-se as doenças cardiovasculares (DCV) como a principal causa de incapacidade e óbito no Brasil e em muitos países.¹

A cada ano, estas doenças são responsáveis por mais de sete milhões de mortes em todo o mundo, principalmente em populações vulneráveis, com menor renda e escolaridade, além de mulheres e idosos.² No município de Santa Maria, conforme dados do Plano Municipal 2013-2016, desde o ano de 2007 até 2010, as DCV representam as principais causas de óbitos na população.³

Existem muitas razões para este cenário. Inicialmente, destacam-se as ações previstas nas políticas públicas de saúde relacionadas à prevenção de DCV, as quais, muitas vezes, estão aquém das necessidades da população. Ainda, salienta-se a falta de infraestrutura na atenção básica, o que dificulta o controle de afecções que poderiam ser prevenidas em momento oportuno, principalmente nas regiões mais vulneráveis.⁴ Outra implicação para o desenvolvimento das DCV são os fatores de risco, que quando não são identificados e/ou controlados predispõem os indivíduos a essas patologias.⁵

Nesse contexto, os fatores de risco para DCV podem ser divididos em modificáveis (ou controláveis) e não modificáveis. Os modificáveis envolvem aspectos comportamentais e ambientais, como colesterol sérico elevado, hipertensão arterial (HAS), tabagismo, inatividade física, diabetes mellitus (DM), obesidade, estresse, obesidade abdominal e uso de anticoncepcional. Já os fatores de risco não modificáveis possuem etiologia biológica ou genética, como a hereditariedade, idade avançada e sexo.⁴

Muitos fatores de risco estão relacionados aos hábitos de vida dos indivíduos. Logo, é indispensável conhecer os hábitos de vida da população, a fim de identificar as pessoas com essas condições e desenvolver ações de educação em saúde, que permitam instrumentalizá-las quanto aos fatores que levam as DCV e, a partir disso, sensibilizá-las para a modificação comportamental. Autores reforçam que, para mudar os hábitos de vida da população, é necessário que esta conheça os fatores de risco associados às DCNT.⁶

No que tange aos profissionais de saúde, autores destacam que o enfermeiro, por meio de ações de educação em saúde e do seu vínculo com a comunidade, pode atuar tanto na prevenção como na identificação precoce e controle dos fatores de risco cardiovasculares na população. Para

isso, esse profissional precisa identificar e considerar as diferenças e singularidades de cada usuário.⁷

Diante da elevada prevalência da mortalidade por DCV, a gravidade das suas complicações e o alto custo para o sistema de saúde, reconhece-se a importância de estudos que permitam contribuir na prevenção primária visando diagnosticar o risco de desenvolver uma DCV antes que um evento coronariano aconteça. Pressupõe-se que, ao compreender o conhecimento da população a respeito dos fatores de risco das DCV, será possível direcionar ações de educação em saúde e autocuidado específicas.

Nesse sentido, o Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, na linha de pesquisa “Políticas públicas e práticas de cuidado a adultos, idosos e famílias nos diversos cenários de atenção à saúde”, vinculado ao departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), está desenvolvendo um projeto de pesquisa matricial intitulado “Estratificação do risco cardiovascular dos usuários atendidos na atenção básica do município de Santa Maria – RS”.

Destaca-se que a pesquisa supracitada está em fase de coleta de dados, e o desenvolvimento da mesma, visa identificar e analisar o perfil cardiovascular de uma amostra da população urbana da cidade de Santa Maria – RS, e dessa maneira, contribuir para o desenvolvimento de ações preventivas que vão ao encontro à real vulnerabilidade da população.

Diante disso, após o término das coletas na primeira unidade de saúde, da região centro do município de Santa Maria, percebeu-se a dificuldade de encontrar a população jovem (de 20 a 29 anos) na atenção básica, fator muito importante e que merece atenção. Nessa perspectiva, autores afirmam que muitos jovens encontram-se expostos aos fatores de risco para DCV, principalmente os modificáveis, devido a alterações em seu cotidiano, como a ingestão de álcool, a alimentação inadequada e o sedentarismo, comuns ao estilo de vida dessa população.⁸

Sendo assim, o objetivo deste estudo é destacar a importância de realizar ações que aproximem os jovens a atenção básica e que contribuam na prevenção das doenças cardiovasculares.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de uma mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM, oriundo da participação na etapa de coleta de dados do projeto de pesquisa matricial do grupo “Políticas públicas e práticas de cuidado a adultos, idosos e famílias nos diversos cenários de atenção à saúde”, intitulado “Estratificação do risco cardiovascular dos usuários atendidos na atenção básica do município de Santa Maria – RS”.

A etapa de coleta de dados ocorrerá em todas as unidades básicas do município de Santa Maria. Iniciou-se pela região central, e a primeira unidade já foi finalizada. A coleta de dados nesta unidade aconteceu durante quatro semanas, de segunda a sexta, nos turnos da manhã e tarde sendo alternados, de acordo com o horário de funcionamento do serviço. A coleta foi realizada pelas mestrandas do PPGEnf da UFSM e acadêmicos do curso de Enfermagem da UFSM, integrantes do grupo de pesquisa.

O instrumento utilizado para a realização da coleta de dados é entrevista semiestruturada. Esta abordagem permite captar a realidade de cada indivíduo, e contribui com a mudança social acarretada pela autorreflexão incentivada nos participantes da pesquisa. A realidade é fundada quando cada pessoa se insere no seu contexto, na sua particularidade social, e dessa forma passam a ser vistos como construtores de suas falas e ações, procedente da vivência e comunicação onde compartilharam seus valores, crenças e opiniões.⁹

O projeto de pesquisa matricial obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, por meio da Plataforma Brasil Online, sob número do CAAE 60159416.2.0000.5346.

Resultados e discussão

Após um mês de coleta de dados evidenciou-se dificuldade em encontrar a população jovem no serviço primário a saúde. Esse fator merece destaque, pois os jovens na maioria das vezes não estão atentos à sua saúde e às informações a respeito.¹⁰ Diante disso, a ausência da juventude na atenção primária pode ser considerada um fator prejudicial à saúde dos indivíduos, e muito preocupante para os profissionais de saúde, ao considerar que é nessa fase que se estabelecem a maior parte dos hábitos de vida e os mesmos refletirão na fase adulta.

Nesse contexto, ao pensarmos nas DCV, além destas apresentarem grandes impactos nos sistemas de saúde, e na seguridade social e econômica, são responsáveis por altos índices de mortalidade, por consequência na qualidade de vida dos indivíduos, e quando acometem a população, pode ainda prolongar a internação hospitalar.¹¹ Destaca-se assim a importância de prevenir e controlar essas doenças ainda na juventude, para que contribua com a qualidade de vida e na vivência de uma fase adulta saudável.

Um estudo apresentou que, na ausência dos fatores de risco, as DCV raramente ocasionariam o óbito.¹² Em vista disso, esses fatores podem ser compreendidos como agentes causais, que predisõem o desenvolvimento das cardiopatias. Logo, a monitorização dos fatores de risco contribui para minimizar ou, até mesmo reverter o processo evolutivo das disfunções.¹³

Neste íterim, os hábitos adquiridos ainda na juventude na maioria das vezes refletirão na vida adulta. Ressalta-se a importância da população jovem adquirir hábitos saudáveis e

comportamentos favoráveis à saúde, visto que as condutas desfavoráveis à saúde influenciam na qualidade de vida e podem estar associadas ao desenvolvimento de DCV.¹⁴

Conforme dados do ministério da saúde (MS), no município de Santa Maria, na faixa etária de 20 a 29 anos, no ano de 2014 foram constatados dois óbitos ocasionados por DCV.¹⁵ Ademais, nesse mesmo ano ocorreram 16 internações hospitalares em decorrência das morbidades de doenças relacionadas ao aparelho circulatório. No ano de 2015 as DCNT (exceto as neoplasias) ocasionaram 13 internações hospitalares e no ano de 2016 causaram 10 internações.¹⁶ Diante desses dados, destaca-se a importância em abordar a presente temática com a população jovem.

Observa-se a presença de alguns comportamentos na juventude, os quais são considerados fatores de risco modificáveis para as DCV, por exemplo, hábitos alimentares inadequados, tabagismo, sedentarismo, colesterol sérico elevado e ingestão nociva de álcool.¹⁷ O consumo alimentar da população jovem revela que os mesmos vêm assumindo hábitos pouco saudáveis, com ingestão de alimentos ricos em açúcares, gorduras saturadas, além da baixa ingestão de hortaliças, frutas, leguminosas e, conseqüentemente, de fibras alimentares.¹⁸ Autores afirmam que a alimentação saudável é um dos principais fatores na prevenção e tratamento das DCV.¹⁹

Ao pensarmos na ausência dos jovens nos serviços de atenção básica, depreende-se que muitos não estão fazendo o acompanhamento dos níveis de colesterol, triglicerídeos e glicose, conduta que é muito importante aos considerarmos que os níveis de colesterol sérico elevado é um dos fatores de risco para as DCV, como referenciado no presente estudo.⁴

Destaca-se que a inatividade física, também é considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de DCV. Desse modo, há uma preocupação com os jovens, que estão cada vez mais sedentários e conseqüentemente predispostos a essas doenças. Relaciona-se este fator aos avanços tecnológicos com o exagerado uso dos eletrônicos, ademais muitos jovens preferem o uso de elevador, ao invés de escadas, o deslocamento com carros, ao invés da caminhada.²⁰ Esses são exemplos comuns de comportamentos de risco à saúde e que se forem modificados podem contribuir na qualidade de vida e na prevenção das DCV.

Diante do exposto, percebe-se a importância de criar estratégias de aproximação dos jovens aos serviços de saúde, e que partir disso sejam realizadas ações de educação em saúde, que visem promover comportamentos saudáveis desde a juventude, para que assim tornem-se adultos mais conscientes.

Dessa forma, é indispensável investir em atividades de promoção e prevenção, que possibilitem sensibilizar os indivíduos para mudanças comportamentais, que favoreçam a qualidade e a expectativa de vida.⁸ Contudo, antes que ações e intervenções efetivas aconteçam, é necessário

aproximar os jovens aos serviços de saúde, além de identificar os fatores de risco (e o próprio conhecimento dos indivíduos sobre estes fatores) e os hábitos de vida dessa população.

Considerações Finais

Diante do apresentado, conclui-se que é essencial a presença dos jovens nos serviços de atenção primária à saúde, para que assim possam ser desenvolvidas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, pois as ações de educação em saúde na fase da juventude além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida, podem atenuar o desenvolvimento de DCV.

Destaca-se que estratégias que aproximam os jovens aos serviços de saúde não são fáceis de desenvolver, ressalta-se então a importância de discutir a temática, e a necessidade de reflexão e mobilização dos profissionais da área da saúde. Desta forma, o grupo de pesquisa acredita estar contribuindo na identificação dessas lacunas, para que assim seja possível desenvolver atenção à saúde integral e humanizada a todas as faixas etárias da população.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(1): 7-17.
2. Moraes AS, Freitas ICM. Doença isquêmica do coração e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, SP. *Revista de Saúde Pública*. 2012; 46(4): 591-601.
3. Santa Maria. Plano municipal de saúde 2013-2016. Prefeitura Municipal de Santa Maria - RS. Secretaria de Município da Saúde. Santa Maria, 2012.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2008; 91(1): 1-23. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2008/diretriz_DCV_mulheres.pdf. Acesso em: 30 mar. 2017.
5. Aps Redes. Portal de inovação na gestão do SUS. Fatores de Risco. 2013. Disponível em: <http://apsredes.org/site2013/vocesaudavel/2013/04/03/fatores-de-risco/>. Acesso em: 30 mar. 2017.
6. Bonotto GM, Mendoza-Sassi RA, Susin LRO. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(1): 293-302.
7. Rodrigues NLA, Lima LHO, Carvalho ES, Vera PVS, Macêdo K, Frota G, et al. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2015; 33(2): 315-324.
8. Gomes EB, Moreira TMM, Pereira HCV, Sales IB, Lima FET, Freitas CHA, Rodrigues DP. Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2012; 65(4): 594-600.
9. Alves-mazzotti AJ, Gewandsznajder. Paradigmas qualitativos. Em R. Bogdan & S.K.Biklen (org.), *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução a teoria e aos métodos* (pp.130-176). Porto, Portugal: Porto Editora. (1994).

10. Oliveira CS, Gordia AP, Quadros TMB, Campos W. Atividade física de universitários brasileiros: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde/Revista de Atenção à Saúde*. 2014; 12(42): 71-77.
11. Oliveira EL, Westphal GA, Mastroeni MF. Características clínicodemográficas de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio e sua relação com a mortalidade. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*. 2012; 27(1): 52-60.
12. Coelho EF, Ferreira RE, Oliveira TFB, Navarro CA, Ferreira RM, Vianna JM, et al. Prevalência de fatores de risco para doença cardiovascular em trabalhadores de empresa siderúrgica. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2014; 18(4): 51-58.
13. Canovas DC, Guedes DP. Impacto de diferentes intensidades de caminhada em fatores de risco cardiovasculares em mulheres sedentárias. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2012; 5(1): 217-224.
14. Sousa TF, José HPM, Barbosa AR. Condutas negativas à saúde em estudantes universitários brasileiros. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(12): 3562-3575.
15. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS. Mortalidade – Rio Grande do Sul, município de Santa Maria, período de 2013 – 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10RS.def>. Acesso em: 08 de abril de 2017.
16. Ministério da Saúde. Sistema de Internações Hospitalares - DATASUS. Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação – Rio Grande do Sul, município de Santa Maria, período de 2014 - 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nirs.def>. Acesso em: 08 de abril de 2017.
17. World Health Organization (WHO). Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011.
18. Pasiakos SM, Karl JP, Lutz LJ, Murphy NE, Margolis LM, Rood JC, et al. Cardiometabolic Risk in US Army Recruits and the Effects of Basic Combat Training. *PLoS One* 2012; 7(2): 1-7.
19. Gadenz SD, Benvegnú LA. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(12): 3523-3533.
20. Dias PJP, Domingos IP, Ferreira MG, Muraro AP, Sichieri R, Gonçalves-Silva RM. Prevalência e fatores associados aos comportamentos sedentários em adolescentes. *Revista de Saúde Pública*. 2014; 48(2): 266-274.

73. RISCO DE QUEDAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

RISK OF FALLS IN HOSPITALIZED PATIENTS: NARRATIVE REVIEW OF LITERATURE

RIESGOS DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: REVISIÓN NARRATIVA DE LA LITERATURA

NUNES, Ana Cristina Oliva¹; TRINDADE, Letícia Flores²; KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernart³; PETTENON, Marinez Koller⁴; LORO, Marli Maria⁵.

Resumo

Quedas em pacientes hospitalizados têm efeito impactante na saúde por ser um problema relacionado à segurança do paciente. O objetivo foi conhecer a produção científica, publicada em periódicos nacionais, referentes ao risco de queda em pacientes adultos internados em instituições hospitalares. Caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura acerca das produções científicas nas bases de dados Scielo e Lilacs, no período de 2013 a junho de 2016. Utilizou-se como descritores: risco de quedas, pacientes internados, Enfermagem e segurança do paciente, selecionou-se um total de sete artigos. Identificou-se entre os fatores de risco de quedas: desorientação, confusão, demência, desordem orgânica mental, alteração cognitiva, delírio, agitação, interações causadas por medicamentos, tonturas, acuidade visual, fraqueza, necessidade de auxílio na deambulação, marcha comprometida/cambaleante e superestimar capacidade para deambulação. Conclui-se que a avaliação do risco de quedas é fundamental à equipe de enfermagem na perspectiva de planejar e implementar medidas preventivas.

Descritores: Risco de quedas; Enfermagem; Segurança do Paciente.

Abstract

Falls in hospitalized patients have an impact on health because it is a problem related to patient safety. The objective was to know the scientific production, published in national journals, referring to the risk of falling in adult patients hospitalized in hospital institutions. It is characterized as a narrative review of the literature on scientific production in the Scielo and Lilacs databases, from 2013 to June 2016. The following descriptors were used: risk of falls, hospitalized patients, Nursing and patient safety, selected A total of seven articles. Among the risk factors for falls were: disorientation, confusion, dementia, mental organic disorder, cognitive impairment, delirium, restlessness, drug interactions, dizziness, visual acuity, weakness, need for walking aid, gait / staggering gait And overestimate ability to ambulation. It is concluded that the assessment of the risk of falls is fundamental to the nursing team with a view to plan;ning and implementing preventive measures.

Descriptors: Risk of falls; Nursing; Patient safety.

Resumen

Caídas en pacientes hospitalizados tienen efecto impactante en la salud, debido la relación que tienen con la seguridad del paciente. El objetivo fue conocer la producción científica, divulgada en publicaciones nacionales, que hacen referencia al riesgo de la caída en pacientes adultos internados en instituciones hospitalarias. Se caracteriza como una revisión narrativa de la literatura en las bases de datos Scielo y Lilacs, en el periodo de 2013 hasta junio de 2016. Se utilizó como descriptores: el riesgo de caídas, pacientes internados, enfermería y seguridad del paciente, se hizo una selección de siete artículos. Se pudo identificar entre los factores de riesgo de las caídas: desorientación, confusión, demencia, agitación, interacciones causadas por medicinas, vértigos, acuidad visual, debilidad, necesidad de auxilio en la deambulación, marcha comprometida/tambaleante y sobrestimar la capacidad de deambulación. Se pudo concluir que la evaluación del riesgo de caídas es fundamental para el equipo de enfermería en la perspectiva de planear e implementar medidas preventivas.

Descriptores: Riesgos de caídas; Enfermería; Seguridad del Paciente.

Introdução

As quedas em pacientes hospitalizados, são denominadas como eventos com efeitos negativos para pacientes e instituições.¹ Essa ocorrência, tem potencial de agravar problemas de saúde e, entre as principais consequências estão: traumas, retirada não programada de cateteres,

drenos e sondas, medo de cair novamente, alterações de ordem emocional, piora clínica e, até mesmo o óbito.² Da mesma forma, podem influenciar negativamente na medida em que podem resultar em limitações e incapacidades físicas ao paciente, aumentar o tempo de internação, além de onerar os custos referentes ao tratamento com implicações éticas e legais para a instituição.³ Ainda o autor pontua que suas repercussões podem ser de ordem psicológica, principalmente nos idosos, manifestadas pelo medo de cair, insegurança para deambular, piora do declínio funcional, depressão e isolamento social.³

Da mesma forma, a segurança do paciente, tem sido muito utilizada como o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico hospitalar.⁴ Dados de estudo que compõe o Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde (MS), indicam que a taxa de queda de paciente em hospitais de países subdesenvolvidos variou entre três a cinco quedas por 1.000 pacientes/dia e que danos ocorrem em até 50% dos casos.⁵ Já, estudo¹ pontua que as quedas são responsáveis por dois em cada cinco eventos adversos em hospitais.

Nesse contexto, a segurança do paciente é uma questão prioritária para a Organização Mundial de Saúde (OMS), que em outubro de 2004 lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de despertar a consciência para a melhoria da segurança na assistência em saúde. Seguindo essa tendência, o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criaram o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em abril de 2013, que visa promover ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde do país.³

Dessa forma, pesquisa⁴ explica que a portaria nº 529/2013 que institui o PNSP, publicada pelo MS, despertou atenção acerca dos riscos de queda em ambiente hospitalar em adultos no nosso país. Essa política veio reforçar nas instituições de saúde, aos profissionais e à comunidade a importância de promover a segurança do paciente, focada na qualificação dos cuidados.

A prevenção de quedas se constitui em uma das seis metas internacionais de segurança estabelecidas pela OMS e, também, representa um dos protocolos de segurança do PNSP. Inserida neste contexto, percebe-se a preocupação da enfermagem na busca de subsídios para realizar intervenções que possibilitem uma assistência livre de danos aos pacientes, mais segura e de qualidade.

Nessa perspectiva o objetivo do estudo foi identificar a produção científica, publicada em periódicos nacionais referentes ao risco de queda em pacientes internados em instituição hospitalar, no período de 2013 a junho 2016.

Metodologia

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura sobre as produções científicas referentes ao risco de quedas. Para o levantamento do que foi produzido sobre o assunto da pesquisa, primeiramente foi realizada uma busca das produções nas bases de dados *Scielo* e *Lilacs*. Para tanto, estabeleceram-se os seguintes descritores: risco de quedas, pacientes internados, Enfermagem e segurança do paciente, bem como suas diferentes possibilidades de combinações.

Para a busca das produções delimitou-se um período de 3 anos e 6 meses, ou seja, do ano de 2013 a junho de 2016. Este período justifica-se pela publicação da portaria 529/2013 do Ministério da Saúde, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Os critérios de inclusão foram: artigos completos disponíveis online, ser redigido em português, ter sido publicado no período de 2013 a junho de 2016, ter entre os autores um enfermeiro e pelo menos um dos descritores. Entre os critérios de exclusão estão monografias, dissertações e teses e artigos incompletos. Após a seleção, coleta e leitura dos artigos, foi realizado um fichamento dos mesmos o que possibilitou a elaboração de uma análise do conteúdo apresentando em cada um deles.

A busca foi realizada nos meses de maio e junho de 2016 e foram identificados 12 artigos, aplicados os critérios de inclusão e exclusão selecionou-se sete artigos, apresentados no quadro 1.

Resultados e discussão

O risco de quedas é uma temática atual, para tanto é necessário que estudos sejam desenvolvidos. Assim, considera-se importante apresentar características dos estudos selecionados. Em relação a metodologia, um artigo selecionado caracterizava-se como estudo de coorte, um estudo do tipo transversal, um misto com preliminar transversal alinhado a um estudo de Coorte, dois estudos retrospectivos, uma revisão integrativa e um estudo descritivo quantitativo.

Em relação período das publicações, 58% foram publicados no ano de 2014, 29% em 2013, e 13% no ano de 2015. Quanto aos autores, em sua maioria, são enfermeiros com diferentes níveis de titulação. Em relação à localidade das pesquisas, 74% foram produzidas no estado do Rio Grande do Sul, fato que denota a preocupação, pertinência e preocupação dos enfermeiros deste estado em relação ao tema. O quadro 1, abaixo, apresenta os artigos selecionados.

Quadro 1- Apresentação dos artigos analisados

Autor	Artigo	Metodologia	Objetivo	Ano	Periódico
REMOR, Carine Peres; CRUZ, Carla Barroca; URBANETTO, Janete de Souza.	Análise dos fatores de risco para queda de adultos nas primeiras 48 horas de hospitalização	Estudo de coorte	Analisar os fatores de risco para quedas nas primeiras 48 horas de hospitalização e associá-los com a ocorrência de quedas	2014	Revista Gaúcha de Enfermagem
LUZIA, Melissa de Freitas; ALMEIDA, Miriam de Abreu;	Mapeamento de cuidados de	Estudo transversal.	Identificar os cuidados de enfermagem prescritos	2014	Rev Esc Enferm USP

LUCENA, Amália De Fátima.	enfermagem para pacientes com risco de quedas no <i>Manual de intervenções de Enfermagem*</i>		para pacientes hospitalizados com risco de quedas e compará-los com as intervenções da <i>Manual de Intervenções de Enfermagem</i>		
SEVERO, Isis Marques; ALMEIDA, Miriam de Abreu, KUCHENBECKER, RICARDO; Vieira, Débora Feijó Villas Boas, WESCHENFELDER, Michele Elisa, PINTO, Luciana Ramos Corrêa; KLEIN, Cristini; SIQUEIRA, Ana Paula de Oliveira, PANATO, Bruna Paulsen.	Fatores de risco para quedas em pacientes adultos hospitalizados: revisão integrativa.	Revisão integrativa.	Identificar os fatores de risco para a ocorrência de quedas em pacientes adultos hospitalizados.	2014	Rev Esc Enferm
SILVA, Flávia Giendruczak da; OLIVEIRA JUNIOR, Nery José de; OLIVEIRA, Dionísia Oliveira de; NICOLETTI, Diana Rodrigues; COMIN, Emily.	Análise de eventos adversos em um centro cirúrgico ambulatorial	Estudo documental retrospectivo	Avaliar a segurança do paciente perante os eventos adversos no centro cirúrgico, apontando as possíveis causas para sua ocorrência	2015	Rev. Sobecc
ROCHA, Helena Brum da; LAHTI, Lidiane Anflor; AZEVEDO, Rafaela Conti de; GUSTAVO, Andréia da Silva; CREUTZBERG, Marion; OJEDA, Beatriz Sebben; SAMUEL, Rita de Cásia; SANTOS, Beatriz Regina Lara dos, URBANETTO, Janete de Souza.	Avaliação do risco de quedas em adultos hospitalizados conforme a Escala de Quedas de Morse	Estudo preliminar transversal alinhado a um estudo de Coorte	Verificar a associação das variáveis demográficas e problemas musculoesqueléticos com a classificação de risco conforme a Escala de Quedas de Morse	2013	Revista da Graduação
PRATES, Cassiana Gil; LUZIA, Melissa de Freitas; ORTOLAN; Michele Rita; NEVES; Charel de Matos; BUENO, André Luis Machado; GUIMARÃES, Fernanda.	Quedas em adultos hospitalizados: incidência e características desses eventos	Estudo retrospectivo	Identificar a incidência e as características das quedas de pacientes adultos hospitalizados em unidades de internação (UIs) clínico-cirúrgicas e em atendimento no serviço de emergência (SE)	2014	Cienc Cuid Saude
ALBUQUERQUE; Nila Larisse Silva de; SISNANDO Milena	Fatores de risco para quedas em	Descritivo e quantitativo.	Identificar a presença do diagnóstico de	2013	Rev Rene.

Jamile de Assis; SAMPAIO FILHO, Silvestre Péricles Cavalcante; MORAIS, Huana Carolina Cândido; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; ARAÚJO, Thelma Leite de.	pacientes hospitalizados com cardiopatia isquêmica		enfermagem risco de quedas em portadores de cardiopatia isquêmica hospitalizados em Fortaleza, Ceará.		

Fatores contribuintes ao risco de queda

Entre as principais abordagens, dos diferentes autores, salienta-se as intervenções de enfermagem, fatores de risco para queda, avaliação do risco de queda pela Escala de Morse, além de fatores e/ou condições que predispõe as quedas. Estudo⁶ evidenciou uma diversidade de fatores de risco para quedas em pacientes com doença isquêmica cardíaca durante a internação hospitalar. Para os autores⁶ há necessidade de maior comprometimento por parte dos profissionais da saúde na busca de identificar os riscos, sua origem e propor ações preventivas com vistas ao bem-estar do paciente e uma reabilitação mais rápida. Além de minimizar potenciais agravos à saúde ocasionados por quedas.

Esse fato é explicado por estudos^{7,8} quando afirmam que as quedas sofridas na internação hospitalar têm sido mais evidentes em pacientes com 60 anos ou mais. Esses resultados podem estar associados, à fragilidade, dependência, institucionalização e morte, suas consequências incluem fraturas, lesões de tecidos moles, hematomas, lacerações e morte.⁷ A idade ≥ 65 anos e a alteração da marcha/mobilidade física prejudicada foram os principais fatores de risco presentes. As quedas ocorreram principalmente no turno da noite, da própria altura, no quarto do paciente e, frequentemente, resulta em lesão leve.⁷

Estudo⁹ corrobora com esses achados quando afirmam que os pacientes com idade ≥ 70 anos, participantes de seus estudos, tiveram maior prevalência de risco elevado para quedas. Ademais, afirmam que a idade, em geral, não apresentou associação estatística significativa com as classificações de risco para quedas.⁹

Ainda importante frisar que as quedas causam prejuízos aos cuidadores, familiares e instituições de saúde por aumentar o período de internação e, conseqüentemente, utilizar mais recursos de saúde.⁵ Esses eventos agravam os problemas de saúde e as principais conseqüências são traumas (como fraturas), retirada não programada de cateteres, drenos e sondas, medo de cair novamente, alterações de ordem emocional, piora clínica e, até mesmo o óbito.

Dados de estudo¹⁰ corroboram com pesquisa, em que avaliou os pacientes nas primeiras 48hs de internação, por meio da escala de Morse, em um de seus achados constatou que a força muscular reduzida, o déficit visual e a classificação de risco elevado, pela referida escala atrelado a fatores como história de quedas, necessidade de auxílio na deambulação, marcha

comprometida/cambaleante e superestimar capacidade para deambulação estavam associados com as quedas durante a hospitalização.

Alterações visuais como catarata, glaucoma e degeneração muscular, comuns no envelhecimento, apresentam forte relação com o maior risco de cair.⁶ Ainda constatou que 50% dos participantes de seu estudo pertenciam à faixa etária de 65 anos ou mais e, que muitos apresentavam outras alterações crônicas de saúde concomitantes à doença cardíaca, com prejuízo no funcionamento de diversos órgãos, entre estes, os olhos, consideradas como um dos principais fatores de risco fisiológicos que aumentam o risco de quedas.⁶

Da mesma forma, o uso de medicamentos constitui-se em fator que corrobora para o aumento no risco de quedas. Estudo² constatou que medicações como: benzodiazepínicos, antipsicóticos, antidepressivos, narcóticos/opiáceos, barbitúricos, anti-histamínicos, anticonvulsivantes e sedativos de uma forma geral, pelo seu potencial de depressão do sistema nervoso central estão relacionados ao aumento do risco quedas. Medicamentos que possam causar hipotensão também estão associados ao risco de quedas (anti-hipertensivos), além de diuréticos. A esse respeito, estudo⁶ explica que o uso de medicamentos é mais um dos fatores de riscos para quedas. Para os autores, quanto maior a quantidade de fármacos, mais frequente será o risco de quedas.⁶

Pesquisa² constatou que os fatores de risco relacionados ao paciente representam a maioria dos preditores como: desorientação, confusão, demência, desordem orgânica mental, alteração cognitiva, delírio e, até mesmo agitação. Outro fator de risco que há de ser considerado, segundo o autor, é a avaliação da mobilidade do paciente, a qual pode aumentar o risco de queda, na medida em que a mesma esta alterada pode ocasionar perda do equilíbrio e dificuldade na marcha².

Estudo¹¹ pontuou a necessidade de a equipe de saúde, em especial enfermagem atentar para pacientes cirúrgicos, pois evidenciou e alertou que paciente cirúrgico em períodos pré e pós-operatório devem ser considerados de maior risco para quedas do que o período transoperatório, fato evidenciado em sua pesquisa. Ainda para os autores, queda pode ser explicada pela vigilância inadequada de pacientes sem condições físicas para deambular sozinhos ou pela não aderência às orientações prestadas pela equipe de Enfermagem.¹¹

Pesquisa¹² que objetivou analisar os eventos adversos ocorridos na clínica cirúrgica de um hospital universitário pertencente à rede de hospitais sentinela, apontaram que 70% dos acidentes que ocorrem no hospital, e os grupos de risco presentes principalmente em clientes internados em unidades cirúrgicas, o que evidencia a necessidade de aumentar a vigilância de pacientes que demandam assistência pós-operatória. Importante salientar que, medidas podem ser adotadas para evitar que quedas ocorram, como a elevação de grades nas camas, acompanhamento do paciente ao

banheiro, orientar paciente/família quanto aos riscos e prevenção de quedas, campanha ao alcance do paciente, manter pertences próximos ao paciente, entre outras ações preventivas.^{12,3}

Ainda importante salientar, que tais recomendações, integram as intervenções de Controle do Ambiente: Segurança e Prevenção de Quedas, conforme preconiza o PNSP.¹³ Estudo⁹ que avaliou o risco de queda com a escala de Morse, constatou risco elevado de queda, para pacientes com distúrbios musculoesqueléticos. Neste sentido, a identificação de escores de risco para quedas é uma das estratégias na perspectiva de se implementar ações focadas para a prevenção destes eventos quase sempre danosos ao paciente, que envolvem aspectos tanto físicos (fraturas, escoriações, etc.), sociais (afastamento da família, do trabalho por aumento do tempo de internação) e psicológicos (medo de mobilizar-se).

No entanto, pesquisa⁷ apontou que resultados do seu estudo, ainda que limitados pela análise retrospectiva, pela busca passiva de dados e por ter sido realizado em um centro único, demonstram o impacto das quedas nas instituições hospitalares no contexto atual da qualidade e da segurança.

A identificação dos pacientes com risco de queda possibilita à equipe o planejamento de ações de prevenção do referido evento nas instituições hospitalares, nessa medida contribuem para uma assistência de enfermagem mais segura.³ Importante destacar que tais ações permitem proporcionar um ambiente seguro ao paciente em um local diferente do meio em que vive e necessita ser uma preocupação constante da equipe de enfermagem.¹⁰

Nessa perspectiva, para autores⁶ cabe aos enfermeiros a responsabilidade de promover ações preventivas quanto ao risco de quedas pela identificação de pacientes com risco agregado de queda que pode ser evidenciado por do meio de processo de enfermagem. Isso permite identificar o mais precocemente, possíveis elementos que possam atuar de forma conjunta com a doença, prejudicando a capacidade funcional dos pacientes e, direcionar a escolha de intervenções adequadas para minimizar a ocorrência de agravos.

Através do estudo, foi possível verificar a relevância da temática analisada, principalmente no que diz respeito a efetividade da intervenção dos enfermeiros na segurança do paciente, pertinente a prevenção do risco de quedas.

Considerações finais

Este estudo, possibilitou conhecer a produção científica em relação a risco de queda. Dentre os fatores de risco identificados estão: desorientação, confusão, demência, desordem orgânica mental, alteração cognitiva, delírio, agitação, interações causadas por medicamentos, tonturas, acuidade visual, fraqueza, necessidade de auxílio na deambulação, marcha comprometida/cambaleante e superestimar capacidade para deambulação estavam associados com as quedas durante a hospitalização.

Em todos os artigos analisados, foi possível verificar que independentemente da quantidade de fatores de risco para quedas identificada em pacientes durante a internação hospitalar, é imprescindível maior comprometimento por parte dos profissionais da saúde para identificar os riscos, sua origem e propor ações preventivas visando o bem-estar do paciente e uma reabilitação mais rápida. Além de minimizar potenciais agravos à saúde ocasionados por quedas.

Enquanto profissional da saúde, remete-se aos enfermeiros a função de promover ações preventivas quanto ao risco de quedas, em virtude do seu entendimento sobre o funcionamento hospitalar e ainda possibilitando a abordagem de diversas dimensões referentes ao indivíduo, representado pelo processo de enfermagem. Através disso, é possível identificar, precocemente, elementos que possam atuar de forma conjunta com a doença, prejudicando a capacidade funcional dos pacientes, e direcionar a escolha de intervenções adequadas para minimizar a ocorrência de agravos.

Nesse sentido, devem servir de base para o planejamento de outros estudos ou para a implementação de ações voltadas ao paciente hospitalizado com vistas a reduzir, ao mínimo aceitável, a ocorrência deste evento, bem como prevenir eventuais danos, por meio da avaliação do paciente no momento da sua admissão.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Laurino PS, Leão ER, Chimentão DMN. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(1): 67-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a09.pdf>
2. Severo IM, Almeida MA, Kuchenbecker R, Vieira DFVB, Weschenfelder ME, Pinto LRC, et al. Fatores de risco para quedas em pacientes adultos hospitalizados: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(3): 540-54. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/84121/87000>
3. Luzia MF, Victor MAG, Lucena AF. Diagnóstico de enfermagem. Risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014 mar/abr; 22(2): 262-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00262.pdf
4. Vaccari E, Lenardt MH, Willig MH, Betioli SE, Oliveira ES. Segurança do ambiente hospitalar para prevenção de quedas em idosos: estudo descritivo. *Online braz j nurs*. 2014 set; 13 (3): 271-81. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4753>
5. Abreu HCA, Reiners AAO, Azevedo RCS, Silva AMC, Abreu DROM, Oliveira AD. Incidência e fatores preditores de quedas de idosos hospitalizados. *Revista Saúde Pública*. 2015; 49:37. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005549.pdf

6. Albuquerque NLS, Sisnando MJA, Filho SPCS, Morais HCC, Lopes MVO, Araújo TL. Fatores de risco para quedas em pacientes hospitalizados com cardiopatia isquêmica. *Rev Rene*. 2013; 14(1): 158-68. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3348/2586>
7. Prates CG, Luzia MF, Ortolan MR, Neve CM, Bueno ALM, Guimarães F. Quedas em adultos hospitalizados: incidência e características desses eventos. *Cienc Cuid Saude*. 2014 jan/mar; 13(1): 74-81. Disponível em: http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/20728/pdf_115
8. Oliveira Jr NJ. Segurança do paciente: o checklist da cirurgia segura em um centro cirúrgico ambulatorial [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/116737>
9. Rocha HB, Samuel RCF, Lahti LA, Azevedo RC, Creutzberg M, Gustavo AS, et al. Avaliação do risco de quedas em adultos hospitalizados conforme a Escala de Quedas de Morse. *Revista da Graduação*. 2013; 6(1): 1-7. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/13763>
10. Remor CP, Cruz CB, Urbanetto JS. Análise dos fatores de risco para queda de adultos nas primeiras 48 horas de hospitalização. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014 dez; 35(4): 28-34. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n4/pt_1983-1447-rgenf-35-04-00028.pdf
11. Silva FG, Oliveira Jr NJ, Oliveira DO, Nicoletti DR, Comin E. Análise de eventos adversos em um centro cirúrgico ambulatorial. *Rev. SOBECC*, São Paulo. 2015 out/dez; 20(4): 202-209. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n4/a5298.pdf>
12. Carneiro FS, Bezerra ALQ, Silva AEBC, Souza LP, Paranaguá TTB, Branquinho NCSS. Eventos adversos em uma clínica cirúrgica de uma Hospital Universitário: Instrumento de avaliação da qualidade. *Rev Enferm UERJ*. 2011 abr/jun; 19(2): 204-11. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf>
13. Brasil. *Portaria nº 529*, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

74. RISCOS BIOLÓGICOS NO CENÁRIO DE TRABALHADORES DE UM HOSPITAL VETERINÁRIO

BIOLOGICAL RISKS IN THE SCENARIO OF WORKERS OF A VETERINARY HOSPITAL

RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL ESCENARIO DE LOS TRABAJADORES DE UN HOSPITAL VETERINARIO

DOEBBER, Ângela Tamara Nunes¹; TRINDADE, Letícia Flores²; SCHMIDT, Catiele Raquel³; BANDEIRA, Laura Renner⁴; LORO, Marli Maria⁵

Introdução

Na contemporaneidade, a preocupação com a saúde do trabalhador é uma constante, em especial a exposição dos profissionais da saúde humana em relação ao risco biológico. No entanto, o trabalhador da saúde animal também está exposto a este risco cotidianamente, contudo, estudos ainda são incipientes. Tal exposição tem potencial de desencadear o surgimento de zoonoses, para tanto faz-se necessário que esses trabalhadores observem as normas de biossegurança. Nesse sentido, é necessária a observância das Normas Regulamentadoras (NR) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).¹

Entre as medidas de proteção que devem ser adotadas, salienta-se, a NR 32 do MTE, que regulamenta a saúde e segurança do trabalhador em serviços de saúde, na medida em que inexistente uma norma que trate especificamente da saúde animal.¹ Esta norma, estabelece diretrizes básicas para implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como aqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.¹

Nesta perspectiva, com o passar dos anos e a criação de serviços de saúde pública, a medicina veterinária preventiva teve seus conhecimentos utilizados também, para promover à saúde das pessoas. Com isso, as ações humanas destinadas ao combate de enfermidades que colocam em risco a saúde de animais iniciou-se, desde que foram estabelecidos os padrões de convivência coletiva. Dessa forma, as atividades que esses profissionais exercem são de fundamental importância para a saúde pública preventiva, pois seus recursos e conhecimentos objetivam manter a saúde humana por meio do controle de zoonoses, proteção sanitária dos alimentos e prevenção de enfermidades relacionadas ao meio ambiente.² Nesse sentido, visto que metade dos 1700 agentes etiológicos conhecidos que podem causar infecções nos seres humanos, terem como reservatório ou vetor de transmissão os animais, aumenta-se a necessidade da ligação entre a medicina humana e a animal.²

Para tanto, aprofundar conhecimentos acerca da exposição dos profissionais que trabalham na área da saúde animal, em especial a exposição a sangue e fluídos corpóreos, faz-se necessário uma vez que essa exposição é frequente e contínua, no processo laboral. Ainda, a mesma pode determinar o adoecimento do trabalhador e, assim sendo, faz-se mister a observância das medidas de biossegurança incluindo o uso dos equipamentos de proteção individual (EPI). Tendo em vista que, muitas vezes, esses trabalhadores não observam as normas de segurança, saúde e proteção, a ocorrência de acidentes de trabalho relacionados às atividades laborais, é potencializada. Nesse contexto, é essencial que o profissional se aproprie de conhecimento acerca dos riscos do seu processo de trabalho, na perspectiva de minimizar sua exposição, uma vez que, presentes no ambiente laboral, podem determinar a elevação das estimativas de acidente de trabalho e/ou adoecimento do trabalhador.³

Assim, o objetivo do presente estudo foi identificar a percepção de trabalhadores da saúde animal em relação aos riscos biológicos a que estão expostos, em suas atividades laborais.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem descritiva, observacional. Segundo autor⁴ a pesquisa observacional é aquela que busca acompanhar o desenvolvimento de fenômenos sem a interferência dos pesquisadores.

O desenvolvimento da pesquisa e coleta de dados ocorreu em um Hospital Veterinário da região do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Os participantes do estudo foram: funcionários da instituição (técnicos), professores/médicos veterinários e estudantes/estagiários que exerciam as atividades de atendimento, diagnósticos, cirurgias e pesquisa no referido Hospital Veterinário.

Considerou-se como critérios de inclusão: aceitar participar da pesquisa; ter idade igual ou superior a 18 anos; estar laborando no local da pesquisa por no mínimo seis meses; no caso dos estudantes, estar cursando pelo menos a disciplina de estágio ou fazer parte do grupo de estudantes bolsistas e aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Como critérios de exclusão: indivíduos que não se enquadraram nos critérios supracitados e que não aceitaram assinar o TCLE.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de novembro e dezembro de 2016, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - sob CAAE número 59731716.6.0000.5350.

Como instrumentos de coletas de dados utilizou-se um questionário semiestruturado, com questões abertas e fechadas que permitiram caracterizar o perfil dos participantes, bem como os riscos do processo de trabalho por eles percebidos e questões abertas, em que o questionado pôde abordar livremente o tema proposto.⁴ Ainda utilizou-se da técnica de observação participante, que permite a obtenção de informações sobre a realidade do observado em seu contexto.

Resultados

Compuseram o estudo 19 indivíduos, entre eles, 12 técnicos, cinco professores/médicos veterinários e dois estudantes/estagiários que desenvolviam atividades laborais no Hospital Veterinário da Universidade. Em relação ao sexo, seis eram homens e 13 mulheres, referente a faixa etária 15 possuíam ≤ 35 anos e quatro > 36 anos de idade. No que se refere a carga horária, três cumpriam até 20 horas semanais e 16 com mais de 20 horas semanais.

Evidenciou-se que, entre todos os riscos existentes no ambiente de trabalho, o biológico foi o mais citado, expresso pela exposição à sangue, fluídos e secreções corpóreas, sendo referido por 89,47% dos respondentes. Sequencialmente, reconhecem a exposição a perfurocortantes e a patógenos com potencial de desencadear infecções e doenças.

Estudo⁵ que avaliou a exposição de trabalhadores a material biológico infere que este risco é o que implica em mais prejuízos à saúde dos trabalhadores, na medida em que o profissional da saúde encontra-se em contato direto com materiais biológicos. Nesse sentido, para o mesmo autor⁵, se faz necessário adotar continuamente as medidas presentes na NR 32, afim de assegurar proteção à saúde dos profissionais de saúde animal.

Dentre os materiais que apresentam fonte de relevância na prática laboral, destacam-se os perfurocortantes, pois além de conterem material biológico, são capazes de veicular microorganismos ao organismo humano. Este risco, intensifica-se durante o processo de trabalho, em que médicos veterinários e auxiliares necessitam imobilizar animais para a realização de diferentes procedimentos, assim, durante esse ato, frequentemente estão sujeitos a escoriações com potencial de causar infecções por contato com agentes biológicos.

Estes riscos podem ser amenizados com uso de EPIs como: máscara, luvas, óculos de proteção, calçados apropriados e avental, além da higienização adequada das mãos. Ainda para ampliar a adesão ao uso de EPIs, é necessário implementar ações de educação continuada e estabelecimento de normas institucionais com vistas a tornar seu uso e observância obrigatórios.⁵

Nesse contexto, importante destacar, que no período de observação participante do processo de trabalho, foi possível acompanhar o desenvolvimento das atividades e observar que, diversas vezes, as mesmas eram realizadas sem a utilização de EPI, como: não uso de máscaras ao realizar tricotomia e de luvas em punções e/ou administração de medicamentos. Tais atitudes tem potencial de comprometer a saúde dos trabalhadores da saúde animal, o que decorre de deficiências em ações educativas continuadas, como também, na banalização dos riscos decorrentes da sua atividade laboral. Assim, para adoção de uma postura segura, necessário que o trabalhador em saúde seja estimulado a utilizar as medidas de proteção, por meio da conscientização dos riscos aos quais está exposto.³

Nessa perspectiva, necessário que mais estudos que envolvam este grupo de trabalhadores seja realizado, na perspectiva de explorar esta realidade e contribuir para qualificação da saúde e segurança do trabalhador da saúde animal.

Conclusão

Os participantes do estudo identificaram e reconheceram o risco biológico no seu cotidiano, no entanto, este fato não garante o uso dos EPIs e a observância das medidas de segurança, as quais são necessárias devido a possibilidade de acidentes e adoecimento desse trabalhador.

Na perspectiva de ampliar adesão, dos profissionais da saúde animal, em relação ao uso das medidas protetivas e, assim tornarem-se sujeitos do seu processo de saúde e trabalho, torna-se um desafio a manutenção da saúde do trabalhador. Com isso, a identificação e a compreensão dos riscos a que estão sujeitos os profissionais da saúde animal torna-se uma abordagem de relevância para a saúde ocupacional, uma vez que elenca os problemas a serem discutidos, tornando-se o passo inicial para superá-los.

Descritores: Riscos biológicos; Segurança no Trabalho; Saúde dos Trabalhadores.

Descriptors: Biological risks; Safety at work; Workers' Health.

Descriptores: Riesgos biológicos; Seguridad en el Trabajo; Salud de los Trabajadores.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências:

1. Brasil. Manuais de Segurança e Medicina do Trabalho. 14.ed. São Paulo: Saraiva; 2014.
2. Pfuetszenreiter MR, Zylbersztajn A, Pires FDA. Evolução histórica da medicina veterinária preventiva e saúde pública. Ciência Rural, Santa Maria. 2004 set/out; 34(5): 1661-1668. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cr/v34n5/a55v34n5.pdf>
3. Loro MM, Zeitoune RCG, Guido LA, Silveira CR, Silva RM. Desvelando situações de risco no contexto de trabalho da Enfermagem em serviços de urgência e emergência. Escola Anna Nery. 2016 out/dez; 20(4): 1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000400204&script=sci_abstract&tlng=pt
4. Minayo MCS (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 30.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2011.
5. Soares MKP, Fernandes SLA, Barros VRP. Aplicabilidade da norma regulamentadora 32 por profissionais da saúde no controle de acidentes biológicos: revisão integrativa. REVASF, Petrolina. 2015 dez; 5(9): 55-69. Disponível em: <http://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/revasf/article/view/613>

75. RISCOS ERGONÔMICOS NO CONTEXTO LABORAL DE TRABALHADORES DE UM HOSPITAL VETERINÁRIO

ERGONOMIC RISKS AT THE WORK IN THE CONTEXT OF WORKERS OF A VETERINARY HOSPITAL

RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL CONTEXTO LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE UN HOSPITAL VETERINARIO

DOEBBER, Ângela Tamara Nunes¹; TRINDADE, Letícia Flores²; PASQUETTI, Pâmela Naíse³; LORO, Marli Maria⁴.

Introdução

Na história da humanidade, o trabalho é de fundamental importância, uma vez que, é utilizado como ferramenta pelo homem, para atingir objetivos e saciar necessidades básicas. O ato de trabalhar, traz ao ser humano aspectos tanto positivos quanto negativos, pois ao mesmo tempo em que satisfaz necessidades e gera estabilidade financeira, tem potencial de exposição contínua a riscos ocupacionais, interferindo na saúde do trabalhador à curto, médio ou longo prazo.¹

A exposição aos inúmeros fatores causadores de riscos, colabora para a ocorrência cada vez mais frequente de doenças físicas, laborais, mentais e, entre elas as relacionadas ao risco ergonômico, sendo este fator de risco, foco do trabalho em tela. O mesmo, é conceituado como toda ocorrência que venha interferir nas características psicofisiológicas do indivíduo, com potencial de desencadear desconforto ou afetar à saúde.²

Nessa perspectiva, na análise dos processos de trabalho faz-se importante identificar fatores ligados ao ambiente de trabalho com potencial de desenvolvimento de doenças laborais, possibilitando identificar transformações necessárias. Importante destacar, a existência da interrelações entre doenças e o trabalho desde a antiguidade, por meio da constatação de lesões sofridas pelos trabalhadores em épocas passadas. Estudiosos desse período, procuraram estabelecer semelhanças entre as diversas atividades laborais e as enfermidades que elas poderiam provocar aos trabalhadores.³

Para o mesmo autor³, assim como os profissionais que atuam em áreas relacionadas à saúde humana, os que atuam na saúde animal estão, constantemente expostos durante seu labor aos mais diversos riscos ambientais, que dependendo do tempo, da intensidade e quantidade de exposição podem ser nocivos a sua saúde causando-lhes doenças. Nesse cenário, faz-se necessário a identificação de situações de risco, bem como: a implementação de ações de promoção em saúde do trabalhador, utilização de métodos de análise das condições de trabalho que possibilitam a mensuração da exposição aos fatores de risco, bem como o

direcionamento para as intervenções ergonômicas mais adequadas.⁴

No contexto do trabalho dessa categoria profissional, tanto no atendimento ambulatorial como em intervenções cirúrgicas e internação, o risco ergonômico é uma constante, materializando-se na necessidade de frequentes posturas inadequadas, exigência de levantamento de peso, inadequação de altura de equipamentos, bem como macas impróprias ao perfil antropométrico do profissional. Nesse ambiente, se torna importante que o trabalhador identifique os riscos aos quais está exposto, na perspectiva de assumir uma postura pró ativa frente aos mesmos, em especial ao ergonômico.

Nessa perspectiva, o objetivo do presente estudo foi identificar o conhecimento de trabalhadores e estudantes de um Hospital Veterinário em relação a exposição a riscos ergonômicos decorrentes de sua atividade laboral.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, com caráter descritivo. Estudo foi desenvolvido em um Hospital Veterinário da região do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Contou com a participação de funcionários da instituição (técnicos), professores/médicos veterinários, e estudantes/estagiários que exerciam as atividades de atendimento, diagnósticos, cirurgias e pesquisa no referido Hospital.

Considerou-se como critérios de inclusão: aceitar participar da pesquisa; ter idade igual ou superior a 18 anos; estar laborando no local da pesquisa por no mínimo seis meses; aos estudantes, estar cursando pelo menos a disciplina de estágio ou fazer parte do grupo de estudantes bolsistas e aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Como critérios de exclusão: indivíduos que não se enquadraram nos critérios supracitados e que não aceitaram assinar o TCLE.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de novembro e dezembro de 2016, por meio de um questionário semi-estruturado com questões que permitiram caracterizar o perfil dos participantes, bem como os riscos do processo de trabalho por eles percebidos. Ainda, utilizou-se a técnica de observação simples, que possibilitou a obtenção de informações sobre a realidade do observado em seu próprio contexto.

Aspectos éticos foram observados e projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUÍ sob CAAE número 59731716.6.0000.5350.

Resultados e discussão

Participaram do estudo 19 indivíduos da equipe interdisciplinar de funcionários da instituição (técnicos), professores/médicos veterinários, e estudantes/estagiários que realizavam suas atividades laborais no Complexo do Hospital Veterinário, selecionados de forma aleatória, atuantes nos três turnos de trabalho. Entre os participantes, 12 eram técnicos, cinco professores/médicos veterinários e dois alunos/estagiários que desenvolviam atividades laborais no Hospital da Universidade. De acordo com o sexo, seis eram homens e 13 mulheres, referente a idade, 15 indivíduos $\leq$ 35 anos e quatro $>$ 36 anos de idade. Dos participantes, três

mantinham carga horária semanal de até 20 horas e 16 acima de 20 horas semanais.

No desenvolvimento das atividades dos profissionais da saúde animal, ocorre a exposição a diversos tipos de riscos, que podem levar a ocorrência de acidentes e agravos à saúde, caso não sejam observados os princípios de segurança do trabalho. Das situações anti-ergonômicas identificadas no estudo pelos respondentes, destacaram-se respectivamente: levantamento de peso, postura corporal imprópria, arranjo físico inadequado, falta de equipamentos e/ou inadequados e número insuficiente de trabalhadores. Nesse sentido, tais fatores tem reflexo na condição de saúde dos trabalhadores representado pela necessidade de, por vezes ampliarem jornadas de trabalho e expresso pela fadiga e sobrecarga de atividades.³

Ainda, esses profissionais apresentam risco acrescido de desenvolverem lesões músculo-esqueléticas, devido as cargas/esforços inerentes à manipulação de animais, como: o levantamento e acomodação em transportadoras, jaulas e mesas para realização de exames físicos ou cirurgias.

Outro fator relevante que pode ter contribuído para as variações de riscos observadas, está relacionado às condições físico-estruturais. A altura das mesas de trabalho e de transportadoras de animais, muitas vezes colocadas em altura inadequada em relação ao perfil antropométrico dos profissionais, o que implica em postura lesiva aos mesmos. Ainda, quando os animais necessitam ser imobilizados, em mesas de exames ou no solo, os profissionais, frequentemente, assumem posições impróprias que lhes impõe esforço maior, principalmente, da musculatura do pescoço, dorso, pulso e membros inferiores. Logo, havendo uma infraestrutura adequada e aquisição de equipamentos e mobiliário apropriados às rotinas de trabalhos, esses riscos podem ser minimizados.⁵

Nesse sentido, os profissionais que atuam na saúde animal necessitam que sejam implementadas estratégias com vistas a promoção de saúde dos mesmos, com a finalidade principal de contribuir para a melhora da qualidade de vida no trabalho.

Conclusão

Os participantes do estudo reconhecem os riscos ergonômicos como fator de impacto negativo sobre sua saúde e os relacionam com as dores osteomusculares, que ocorrem, geralmente, pela fadiga, postura inadequada, levantamento de peso e a sobrecarga de trabalho. Assim, é necessário que se identifique indivíduos que estão susceptíveis a esses fatores de risco, fazendo-se imprescindível a aquisição de equipamentos adequados para o desenvolvimento do processo de trabalho bem como quantitativo suficiente de profissionais. Ainda, importante a implementação de ações preventivas de forma continuada com esse grupo de trabalhadores com vistas a melhorar a qualidade de vida e o trabalho.

Descritores: Risco; Segurança no Trabalho; Saúde ocupacional.

Descriptors: Risk; Safety at work; Occupational health.

Descriptores: Riesgo; Seguridad en el Trabajo; Salud ocupacional.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Soares MKP, Fernandes SLA, Barros VRP. Aplicabilidade da norma regulamentadora 32 por profissionais da saúde no controle de acidentes biológicos: revisão integrativa. REVASF, Petrolina. 2015 dez; 5(9): 55-69. Disponível em: <http://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/revasf/article/view/613>
2. Sangioni LA, Pereira DIB, Vogel FSF, Botton SA. Princípios de biossegurança aplicados aos laboratórios de ensino universitário de microbiologia e parasitologia. Ciência Rural, Santa Maria. 2013 jan; 43(1): 91-99. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cr/v43n1/a0313cr4897.pdf>
3. Mendes R. Patologia do trabalho. 3.ed. São Paulo: Atheneu; 2013.
4. Comper MLC, Padula RS. Avaliação do risco ergonômico em trabalhadores da indústria têxtil por dois instrumentos: Quick Exposure Check e Job Factors Questionnaire. Fisioter Pesq. 2013; 20(3): 215-221. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v20n3/04.pdf>
5. Alves CB. Programa de biossegurança em laboratório oficial de análises e diagnóstico veterinário de Goiânia, Goiás [tese]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2014. Disponível em: https://ppgca.evz.ufg.br/up/67/o/Tese2014_Claudia_Bueno.pdf



III Seminário Internacional
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

76. RISCOS OCUPACIONAIS NA ENFERMAGEM: ANÁLISE DAS TENDÊNCIAS EM TESES E DISSERTAÇÕES

OCCUPATIONAL RISKS IN NURSING: ANALYSIS OF TRENDS IN THESES AND DISSERTATIONS

RIESGOS OCUPACIONALES EN ENFERMERÍA: ANALISIS DE LAS TENDENCIAS EM TESIS Y DISERTACIONES

BIN, Aline¹; CAMPONOGARA, Silviamar²; PINHEIRO, Ana Lúcia Uberti³; PINNO, Camila⁴; DIAS, Gisele Loise⁵; CUNHA, Quezia Boeira da⁶

Resumo

Em seu ambiente laboral a equipe de enfermagem está exposta aos riscos ocupacionais oriundos de sua prática profissional, ao prestar assistência diretamente aos seus pacientes. O presente estudo teve como objetivo identificar as tendências da produção pelos Programas de Pós-Graduação brasileiros sobre exposição dos trabalhadores de enfermagem aos riscos ocupacionais. Trata-se de um estudo de revisão de literatura, do tipo narrativo no Banco de Teses e Dissertações da Associação Brasileira de Enfermagem - Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, onde foram incluídos 73 estudos. Foi realizada análise temática das produções, onde emergiram as seguintes categorias: Percepção, identificação e conhecimentos sobre Riscos Ocupacionais; Risco Biológico e Demais Riscos Ocupacionais e Gerenciamento de Resíduos. O estudo contribui para orientar as ações desenvolvidas na prática dos profissionais da enfermagem, na prevenção de riscos e diminuição da exposição ocupacional do trabalhador, visando sua saúde na perspectiva das tendências observadas na produção brasileira.

Descritores: Riscos Ocupacionais; Saúde do trabalhador; Enfermagem.

Abstract:

In their work environment the nursing team is exposed to the occupational hazards arising from their professional practice, when providing assistance directly to their patients. The present study aimed to identify the trends of production by Brazilian Post-Graduation Programs on the exposure of nursing workers to occupational risks. It is a study of literature review, of the narrative type in the Bank of Theses and Dissertations of the Brazilian Nursing Association - Nursing Studies and Research Center, where 73 studies were included. A thematic analysis of the productions was carried out, where the following categories emerged: Perception, identification and knowledge about Occupational Risks; Biological Risk and Other Occupational Risks and Waste Management. The study contributes to guide the actions developed in the practice of nursing professionals, in the prevention of risks and reduction of occupational exposure of the worker, aiming their health and well being in the perspective of the trends observed in Brazilian production.

Descriptors: Occupational Risks; Worker's health; Nursing.

Resumen

En su ambiente laboral el equipo de enfermería es expuesto a riesgos ocupacionales procedentes de su práctica profesional, al prestar asistencia directamente a sus pacientes. El presente estudio tubo como objetivo identificar las tendencias de producción por los Programas de Posgrduación brasileños sobre exposición de los trabajadores en enfermería a los riesgos ocupacionales. Se tratade un estudio de revisión de literatura, del tipo narrativo en el Banco de Tesis y Disertaciones (Banco de Teses e Dissertações) de la Asociación Brasileña de Enfermería – Centro de Estudios e Investigaciones en Enfermería (Associação Brasileira de Enfermagem – Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem), donde se incluyeron 73 (setenta y tres) estúdios. El estudio contribuyó a orientar las acciones desarrolladas en la práctica de los profesionales de enfermería, en la prevención de riesgos y en la reducción de la expocición ocupacional del trabajador, enfocando su salud y bien estar con la perspectiva de las tendencias observadas en la producción brasileña.

Descriptores: Riesgos Ocupacionales; Salud del trabajador; Enfermería.

1 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo PPGENF/UFSM. Email: linebin@gmail.com

2 Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente do curso de enfermagem e PPGENF/UFSM.

3 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo PPGENF/UFSM.

4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em enfermagem pelo PPGENF/UFSM.

5 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em enfermagem pelo PPGENF/UFSM.

6 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo PPGENF/UFSM.

Introdução:

Os trabalhadores de enfermagem, especialmente os que atuam no ambiente hospitalar, estão expostos, diariamente, a vários riscos, entre eles os causados por agentes químicos, físicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos. Os riscos ocupacionais da equipe de enfermagem estão, normalmente, relacionados ao contato direto com pacientes, em função da realização de diversos tipos de procedimentos e intervenções terapêuticas que expõe os profissionais ao contato com sangue, secreções e demais fluidos orgânicos.^{1,2} Risco Ocupacional pode ser conceituado como um processo simbólico que estrutura as atividades diárias dos profissionais da área de saúde, podendo predispor a outros fatores agravantes, como acidentes e/ou adoecimentos de trabalho. Os primeiros englobam tanto lesões corporais, doenças, morte ou comprometimentos físicos e emocionais permanentes ou não.³ Os riscos ocupacionais referem-se às condições, situações, procedimentos, condutas ou eventos que podem implicar em efeito negativo, causando dano ao usuário do serviço, ao trabalhador, ao ambiente e ao estabelecimento.⁴ A equipe de enfermagem está intimamente em contato com os usuários dos serviços de saúde, tornando-se suscetível ao sofrimento e adoecimento decorrentes, especialmente, da exposição aos riscos ocupacionais, gerados por conta das condições desfavoráveis do ambiente de trabalho. O estudo justifica-se ao considerar que os profissionais da enfermagem estão expostos a diversos riscos ocupacionais, possuindo, consequentemente, maior suscetibilidade ao adoecimento e sofrimento decorrentes do exercício laboral, exigindo dos pesquisadores, gestores e trabalhadores reflexões acerca da saúde do trabalhador. Sendo assim, torna-se importante conhecer os ambientes de trabalho para avaliar determinantes de saúde que permitam otimizar a atenção integral ao trabalhador.⁵ Diante do exposto, conhecer o que tem sido produzido sobre o assunto, pelos Programas de Pós-Graduação brasileiros, é relevante, no intuito de obter informações sobre as tendências da produção científica bem como identificar lacunas, que permitam melhor explorar a temática. Para orientar esse estudo, formulou-se a seguinte questão norteadora: “Quais as tendências da produção da enfermagem brasileira acerca da exposição dos trabalhadores aos riscos ocupacionais?” Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo identificar as tendências da produção científica brasileira sobre exposição dos trabalhadores de enfermagem sobre riscos ocupacionais.

MÉTODO:

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, do tipo narrativo. A revisão narrativa é apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, qualitativamente.⁶ Foi realizada uma busca por estudos no Banco de Teses e Dissertações da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) - Centro de Estudos e

Pesquisas em Enfermagem (CEPEen), utilizando-se como estratégia o termo “riscos ocupacionais” no índice de assunto e a palavra “risco ocupacional” e “riscos ocupacionais” nos títulos e resumos. Destaca-se que, no Banco de Teses e Dissertações da ABEn estão disponíveis as produções de 2000 a 2014. Foram incluídas todas as teses e dissertações sobre riscos ocupacionais produzidas pela enfermagem, sem recorte temporal. Utilizou-se como critério de exclusão: estudos com resumo não disponível ou incompleto nos bancos de dados e as pesquisas realizadas com profissionais que não fossem da enfermagem. A coleta de dados foi realizada em maio de 2016, encontrando-se um total de 102 resultados. Foram excluídos um total de 29 estudos por se tratarem de pesquisas realizadas com outras categorias profissionais. Dessa forma, foram selecionados para análise, um total de 73 estudos. Para a descrição das produções selecionadas, foi elaborado um quadro sinóptico, contemplando informações como título, ano de publicação, tipo de estudo, cenário, local do curso de Pós- Graduação, afim de caracterizar as publicações. Além disso, qualitativamente, foi realizada análise temática das produções, que consiste em descobrir os núcleos de sentido, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analisados. A análise temática consiste em 3 etapas: Pré- Análise, Exploração do Material e Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.⁷ Os temas comuns nas teses e dissertações foram aproximados, ou seja, as informações semelhantes foram agrupadas em uma mesma categoria. A partir da análise, emergiram as seguintes categorias: Percepção, identificação e conhecimentos sobre Riscos Ocupacionais; Risco Biológico e Demais Riscos Ocupacionais e Gerenciamento de Resíduos. No intuito de facilitar a compreensão das teses e dissertações presentes em cada categoria, elaborou-se um quadro contendo as referências dos estudos identificados com a letra A os quais foram numerados sucessivamente (por exemplo: A1, A2, A3).

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Uma breve caracterização das publicações indica que os riscos ocupacionais foram estudados em 47 (64,38%) dissertações e em 26 (35,61%) teses. Destaca-se que a maior parte das produções é oriunda da região Sudeste com 57 produções, seguida pelas regiões Centro-Oeste e Sul com 6 produções cada, região Nordeste com 3 produções e Norte com 1 estudo. Quanto ao ano de publicação das teses e dissertações, as mesmas ficam assim distribuídas: de 2000 a 2004: 31 publicações, de 2005 a 2009: 23 publicações e de 2010 a 2014: 18 publicações sobre a temática. Uma das publicações é do ano de 1999, mas consta no Catálogo de 2000. Dentre os cenários escolhidos para as pesquisas, o Nível Hospitalar se destaca em 61 estudos, Unidades Básicas de Saúde foram cenários de 5 estudos, o serviço de Atendimento Pré-Hospitalar foi cenário de 6 pesquisas. Uma das investigações trata-se de estudo de Revisão. Quanto a abordagem dos estudos,

34 (46,57%) são quantitativos, 24 (32,87%) qualitativos, e 14 (19,17%) quantitativo e qualitativo e 01 (1,36%) é um estudo de Revisão. Os temas comuns encontrados nas teses e dissertações brasileiras, serão apresentados a seguir. O tema “Percepção, identificação e conhecimentos sobre Riscos Ocupacionais” pelos trabalhadores de enfermagem foi abordado em 19 estudos. Tais investigações trazem como objetivos, em geral: analisar o adoecimento dos trabalhadores e sua associação com os riscos ocupacionais, bem como o impacto do ambiente de trabalho no processo de saúde-doença dos trabalhadores. Além disso, buscaram identificar o conhecimento e percepção do profissional de enfermagem acerca dos riscos e doenças ocupacionais e das medidas de proteção frente aos riscos no trabalho, assim como caracterizar os acidentes de trabalho decorrentes da exposição ocupacional. Os estudos mostram que ações institucionais deveriam ser intensificadas, com vistas à ampliação do conhecimento dos sujeitos em relação à temática risco ocupacional pois, a adoção de medidas de prevenção e proteção aos riscos ocupacionais pelos trabalhadores de enfermagem é importante para a manutenção da sua saúde e prevenção de doenças decorrentes do trabalho no contexto hospitalar.⁸ Além disso, reiteram que medidas preventivas devem ser tomadas para minimizar os problemas encontrados e contribuir expressivamente para a melhora das condições de vida e trabalho da equipe de enfermagem.⁹ Foram identificadas formas de adoecimento pelo trabalho devido a exposição ocupacional a riscos: biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e psicossociais. Em virtude de todos os riscos ocupacionais a que os trabalhadores estão expostos, apresentam-se, então, diversas legislações formuladas para a proteção dos profissionais. Sugerem-se novas pesquisas sobre o assunto, como também repensar as estratégias de ensino na formação dos trabalhadores de enfermagem, e também se faz relevante a participação da categoria em movimentos sociais para a construção de políticas públicas nesta área. Risco Biológico: Dentre as publicações analisadas, 32 abordaram a exposição ocupacional ao risco biológico. A exposição ocupacional envolvendo material biológico potencialmente contaminado tem sido motivo de preocupação de profissionais de saúde que atuam na assistência direta, em razão da possibilidade de contato com sangue e outros fluídos corporais.¹⁰ O risco biológico pode ser caracterizado como a probabilidade de exposição ocupacional a agentes biológicos como: cultura de células, microrganismos geneticamente modificados ou não, toxinas e os príons encontrados no sangue, parasitas, fluidos corporais e meios de cultura.¹¹ Os estudos sobre Risco Biológico procuram investigar trabalhadores de saúde após o acidente com material biológico e estabelecer o perfil sociodemográfico do acidentado e do acidente, assim como estabelecer e analisar os risco e os acidentes por exposição aos riscos biológicos. Também visaram identificar patógenos nos ambientes de trabalho, nível de adesão a Precações Padrão dos trabalhadores de enfermagem, uso de Equipamentos de Proteção Individual, e analisar o conhecimento e percepção dos profissionais

especificamente sobre o risco biológico. Seis estudos abordam Acidentes com Pêrfuro Cortantes. A via percutânea é considerada a mais comum dentre as diversas formas de exposição ocupacional.¹⁰ Os resultados dos estudos evidenciam a necessidade de implementação de um sistema efetivo de vigilância e controle dos profissionais expostos ocupacionalmente ao material biológico. O enfermeiro, como líder de equipe, e as instituições devem ser estimulados a desenvolver ações pautadas na segurança e compromisso de minimizar o risco biológico inerente à sua prática, atuando principalmente com ações educativas.¹² Destaca-se o desconhecimento da indicação dos Equipamentos de Proteção Individual e o seu desuso.¹³ Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) tem como função proteger a pele, as mucosas e roupas de profissionais do contato com o material biológico. Os resultados dos estudos apontam para a necessidade de mudanças organizacional e administrativa, para o enfrentamento do risco biológico inerente ao trabalho.¹³

Demais Riscos Ocupacionais e Gerenciamento de Resíduos. Nessa categoria estão descritos, os estudos que abordaram o Risco Químico, Risco Ergonômico, Risco Psicossocial e Risco Físico e o Gerenciamento de Resíduos. Em relação a exposição ocupacional aos riscos químicos, podem ser enquadrados 07 estudos, abordando esse tema. O risco químico é caracterizada como agentes e substâncias químicas, sob a forma líquida, gasosa ou de partículas e poeiras minerais e vegetais, comuns nos processos de trabalho.¹⁵ Os estudos sobre Riscos Químicos procuraram: identificar as ações, atitudes e conhecimentos dos enfermeiros diante da exposição aos riscos ocupacionais oriundos do manuseio de quimioterápicos antineoplásicos, identificar fatores de risco no trabalho relacionados à exposição a antineoplásicos e descrever a morbidade e os problemas de saúde apresentados por profissionais que sofreram exposição a agentes antineoplásicos. Também buscaram analisar as condições de trabalho e os riscos para a saúde dos trabalhadores, envolvidos no preparo e administração e descarte de quimioterápicos, a partir das suas percepções. Um estudo abordou a exposição ocupacional as substâncias químicas de uso hospitalar e seus efeitos sobre a saúde do trabalhador de enfermagem de uma maneira geral, sem focar especificamente na quimioterapia. Os resultados de uma das publicações permitem concluir que os trabalhadores enfermagem estavam altamente expostos a substâncias citotóxicas.¹⁶ Outro estudo destacou que, no que se refere ao aspecto da biossegurança em ambiente de trabalho em serviços oncológicos, os resultados indicaram as principais dificuldades encontradas pela enfermagem no ambiente de trabalho: estrutura física, organizacional e funcional deficitária, alocação deficiente de profissionais no serviço em qualidade e quantidade, negligência e/ou omissão de um modo geral dos funcionários na paramentação para as atividades específicas no serviço, programas de treinamento e educação em serviços assistemáticos, entre outros. Investigações também reiteram a necessidade de realização de treinamento e capacitação dos trabalhadores envolvidos na manipulação e

administração de antineoplásicos. Estudos contribuíram para subsidiar propostas de prevenção e concluiu-se que as substâncias químicas no ambiente hospitalar são em grande número detectadas pelos trabalhadores de enfermagem, e que mesmo apontando os efeitos e propondo soluções, há carência de informações claras sobre os riscos da exposição, fato este comprovado pela reduzida notificação de acidentes com substâncias químicas. Os estudos abordando os Riscos Ergonômicos totalizaram 5. Os Riscos Ergonômicos, são procedentes de mobiliário e posturas inadequadas, iluminação e ventilação deficiente, a movimentação e o transporte de pacientes, posturas prolongadas e inadequadas, flexão frequente da coluna, podendo ser responsáveis por distúrbios osteomusculares.⁴ Os estudos em questão procuraram identificar as regiões anatômicas mais acometidas por distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, absenteísmo-doença entre trabalhadores e as condições ergonômicas do ambiente de trabalho. Um estudo procurou analisar as transformações ocorridas no trabalho, na vida afetiva e social das trabalhadoras de enfermagem após desenvolver lesões por esforços repetitivos- LER. As lesões osteomusculares causam absenteísmo e os aspectos ergonômicos do ambiente precisam ser corrigidos visando à prevenção do adoecimento dos trabalhadores e de prejuízos para o empregador.¹⁷ Concluiu-se que nos ambientes hospitalares pesquisados onde são desenvolvidas as atividades de enfermagem apresentam fatores de risco que comprometem a saúde dos trabalhadores, destacando-se as posturas incorretas, peso excessivo, repetitividade, que resultam na redução ou no impedimento do exercício de suas atividades ocupacionais.¹⁷ Dentre as publicações selecionadas, 05 abordaram sobre exposição de trabalhadores de enfermagem ao “Risco Psicossocial”. Os Riscos Psicossociais podem ser decorrentes de relações conflituosas, trabalho em turnos, monotonia ou ritmos intensos de trabalho.¹⁸ As teses e dissertações com esse enfoque tiveram como objetivos principais: identificar e analisar os riscos psicossociais no trabalho em Unidades Básicas de Saúde e Hospitais- violência e/ou estresse e descrever as estratégias utilizadas pelos trabalhadores para amenizar os efeitos desgastantes destes riscos. Observou-se que os trabalhadores conhecem os fatores desencadeantes do estresse, mas não associam os seus problemas de saúde e doenças com as condições do seu trabalho. Quanto a violência observou-se a mobilização de investimentos afetivos como amor, ódio, amizade, solidariedade, confiança, medo, e a utilização estratégias defensivas como: silêncio, cegueira, resignação, raiva, passividade, gerando estímulos estressores e fatores determinantes de agravos à saúde. Sugere-se um programa de educação para a saúde visando a conscientização dos profissionais quanto aos riscos que estão expostos. Dentre as publicações, três estudos abordaram a temática “Gerenciamento de Resíduos e possíveis riscos ligados a Saúde Ocupacional. Os objetivos dos estudos foram: realizar um diagnóstico sobre o tipo de gerenciamento dos Resíduos e possíveis riscos ligados à saúde ocupacional e verificar a análise da

percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre o manejo e os impactos dos resíduos químicos perigosos. Segundo os estudos faz-se, necessária a classificação dos produtos geradores de Resíduos Químicos Perigosos e aplicação de estratégias, com vistas à promoção da saúde do trabalhador, saúde pública e do meio ambiente. A partir dos resultados, é possível afirmar que os serviços requerem planejamento e execução de ações efetivas sobre manejo de resíduos do serviço de saúde, fundamentadas em conhecimento técnico específico, de cunho científico e legal, que deveria ser impulsionado por trabalho de educação permanente.¹⁹ Dois estudos analisados abordaram a exposição ocupacional de trabalhadores de enfermagem aos riscos físico. Os Riscos Físicos são as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como ruídos, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes e não ionizantes, bem como o infrassom e o ultrassom.⁴ Os resultados mostraram que os profissionais de saúde dos setores (na Unidade de Terapia intensiva neonatal e geral, no centro cirúrgico e no setor de diagnose) expõem-se às radiações ionizantes, devido, principalmente, às condições dos clientes que necessitam de avaliação constante da função respiratória mediante exames radiológicos nos leitos, assim como pela assistência em determinados procedimentos, como instrumentar e auxiliar em cirurgias ortopédica e urológica guiada por equipamentos emissores de radiação, bem como pela falta de conhecimento no que tange à radioproteção. No outro estudo, observou-se a dificuldade dos profissionais em identificar os agentes de risco físico, mesmo trabalhando em ambientes onde tais riscos estão presentes. Estratégias foram propostas no sentido de minimizar os problemas levantados.²⁰

Considerações Finais

Esta revisão possibilitou identificar as tendências das teses e dissertações desenvolvidas sobre riscos ocupacionais produzidas pela Enfermagem no Brasil. Constatou-se a maior concentração das publicações na região Sudeste e entre os anos de 2000 a 2004. O cenário de pesquisa mais utilizado foi os hospitais. Dentre os riscos ocupacionais mais amplamente discutidos e pesquisados, está o Risco Biológico. Outros riscos abordados nas publicações foram: ergonômico, químico, físico e psicossocial, mas em menor proporção. A Percepção, identificação e conhecimentos sobre Riscos Ocupacionais de um modo geral também obteve destaque em números de estudos. O estudo contribui para orientar as ações desenvolvidas na prática dos profissionais da enfermagem, na prevenção de riscos e diminuição da exposição ocupacional do trabalhador, visando sua saúde e bem estar na perspectiva das tendências observadas na produção brasileira. Com o estudo foi possível obter um panorama da produção da pós-graduação stricto sensu brasileira em enfermagem acerca da temática. A limitação deste estudo esteve concentrada na dificuldade de

análise dos dados de alguns resumos, devido à falta de clareza na apresentação dos achados. As lacunas encontradas no conhecimento produzido, dizem respeito ao desenvolvimento de estudos voltados para o risco químico, ergonômico, físico e psicossocial, na abordagem qualitativa. Pesquisar os riscos ocupacionais qualitativamente se torna relevante na medida que se compreende que ao exercer as ações em seu ambiente de trabalho, o trabalhador da saúde aplica suas habilidades, mobiliza sua inteligência, articula pensamento e criatividade, sua capacidade de refletir e reagir as situações impostas, que vão de acordo com sua personalidade e subjetividade.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Koerich MS, Sousa FGM, Silva CRLD, et al. Biossegurança, risco e vulnerabilidade: reflexões para o processo de viver humano dos profissionais de saúde. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2006, 5(3).
2. Miranda ÉJP, Stancato K. Riscos à Saúde de Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Proposta de Abordagem Integral da Saúde. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2008, 20 (1): 68-76.
3. Silva da EJ, Lima MG, Marziale MHP. O conceito de risco e os seus efeitos simbólicos nos acidentes com instrumentos perfurocortantes. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília. 2012 set-out; 65 (5): 809-14.
4. Sulzbacher E, Fontana RT. Concepções da equipe de enfermagem sobre a exposição a riscos físicos e químicos no ambiente hospitalar. *Rev Bras Enferm*. 2013 jan-fev; 66(1): 25-30.
5. Espindola MCG, Fontana RT. Riscos ocupacionais e mecanismos de autocuidado do trabalhador de um centro de material e esterilização. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2012 mar;33(1):116-23.
6. Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(2):v-vi.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- 8- Wildhagen DRAS. Riscos ocupacionais e as doenças relacionadas ao trabalho no contexto da enfermagem hospitalar [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2011
9. Barcellos DRCM. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de Unidades de Pronto Atendimento em Uberaba-MG [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2007.
10. Malaguti TSE, Santos CB, Canini SRMS, Galvão MTG, Brevideilli MM, Gir E. Adesão às Precauções-Padrão de profissionais de enfermagem de um hospital universitário. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(3): 401-7.
11. Cavalcante CAA, Cavalcante EFO, Macedo MLAF. et. al. Acidentes com material biológico em trabalhadores. *Rev Rene*. 2013; 14 (5): 971-79.
12. Rezende KCAD. Risco biológico e medidas de prevenção na prática da atenção básica [dissertação]. Goiás: Universidade Federal de Goiás, 2011.

13. Vilefort LOR. *Staphylococcus sp. em profissionais de áreas de apoio de uma instituição oncológica da região centro-oeste [dissertação]*. Goiás: Universidade Federal de Goiás, 2011.
14. Neves HCC, Souza ACS, Barbosa JM, et. al. O uso de equipamentos de proteção individual por profissionais em unidades de endoscopia. *Rev. enferm. UERJ*. 2010 jan-mar; 18(1): 61-66.
15. Feitosa C, Oliveira M, Cruz M, Dias C, Viana G. Riscos Ocupacionais e problemas de saúde percebidos por trabalhadores de enfermagem em unidade hospitalar. *Ciencia y Enfermeria*. 2013; 9 (3): 73-82.
16. Villadiego MAC. *Morbidade da equipe de enfermagem de um serviço de quimioterapia [tese]*. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, 2003.
17. Varela CDS. *Trabalhadoras de enfermagem com lesões por esforços repetitivos (LER) [dissertação]*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2004. A62
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR); Organização Pan-Americana da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde [Internet]*. Brasília (DF); 2001 [citado 2016 maio 29]. Disponível <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Sausedotrabalhador.pdf>.
19. Mendes AA. *Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde gerados em serviço de atendimento pré-hospitalar móvel em um municípios do interior de SP [tese]*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2013.



77. SAÚDE DO TRABALHADOR MILITAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

MILITARY WORKERS' HEALTH: AN INTEGRATIVE REVIEW

MILITAR TRABAJADORES SANITARIOS: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

DORNELES, Ademir Jones Antunes¹; DALMOLIN, Grazielle de Lima²; LUZ, Emanuelli Mancio Ferreira da³; MOREIRA, Maria Graziela de Souza⁴

Introdução: O trabalho pode favorecer o surgimento de doenças entre os trabalhadores, devido a diversas situações; desde fatores relacionados a agentes patológicos, ou a causas ligadas a própria organização do trabalho. Atualmente, nota-se uma crescente preocupação da sociedade por questões associadas ao processo de trabalho e saúde-doença dos trabalhadores¹⁻². Entre os diferentes tipos de trabalho que podem originar doenças ocupacionais encontra-se o trabalho militar. O trabalho militar possui características próprias, necessidade de formação específica, preparo físico, habilidade no manuseio instrumental e saúde psíquica dos militares. Assim, percebe-se que o exercício da atividade militar pode acarretar uma maior exposição a fatores condicionantes de agravo a saúde, favorecer o surgimento de doenças e comprometer a saúde do trabalhador militar³. **Objetivo:** identificar, na produção científica nacional e internacional, características e fatores que podem influenciar na saúde do trabalhador militar. **Métodologia:** Revisão integrativa, realizada em seis etapas, consistindo em identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos a serem incluídos na revisão; a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e, apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Em seguimento, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: Quais as características e fatores que podem influenciar na saúde do trabalhador militar? A busca bibliográfica ocorreu nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *National Library of Medicine* (PUBMED) e na biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), realizada no período entre janeiro e maio de 2016. Como estratégia de busca na LILACS e SCIELO foram utilizados os descritores saúde do trabalhador, saúde e militares, em diferentes combinações com utilização do operador booleano *and*; na PUBMED, a estratégia utilizada foi com os termos *Occupational Health* [MeSH Terms] and *military personnel* [MeSH Terms]. Definiram-se como critérios de inclusão ser artigos de pesquisa completos e disponíveis na íntegra, estar escrito nos idiomas inglês, espanhol, italiano ou português e responder à questão de pesquisa. Os critérios de exclusão limitaram-se a não apresentar resumo ou ter resumo incompleto, o que dificultaria uma primeira avaliação. Quanto ao recorte temporal não foi predeterminado marco inicial. Desta forma, encontraram-se nas bases de dados da LILACS 17 estudos; 211 na PUBMED e seis na biblioteca virtual SCIELO, totalizando 308 produções; dentre as quais, conforme critérios estabelecidos foram selecionados 19 artigos para análise. As produções repetidas nas bases de dados foram contabilizadas apenas uma vez. Para a determinação dos achados a serem extraídos dos estudos, foi construída uma ficha de análise, formada por identificação, base de dados, autores, localidade, produção, ano de publicação, participantes da pesquisa e participantes da pesquisa e metodologia. Na avaliação dos artigos utilizou-se a classificação de níveis de evidência estabelecida por Melnyk e Fineout-Overholt, que se baseia em sete níveis. Já para a interpretação dos resultados foi construído um quadro sinóptico que contemplou os itens destacados acima nas informações extraídas, incluindo objetivos, método, nível de evidência, e principais resultados⁴. Os resultados são mostrados em uma síntese, agregados das lacunas literárias identificadas. **Resultados:** Foram incluídos 19 estudos, entre os anos de 1986 e 2015. Em relação ao tipo de abordagem, 10 estudos eram quantitativos, oito qualitativos e um qualitativo. O país com maior número de publicações foi o Brasil, com 14 publicações, seguido da

¹ Professor Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Major Enfermeiro. Oficial do Exército Brasileiro. E-mail: majademir10@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM.

³ Enfermeira. Mestre em enfermagem. Doutoranda do PPGEinf da UFSM. 2º Ten Enfermeira do Exército Brasileiro.

⁴ Acadêmica de Enfermagem da UFSM.

Inglaterra com dois artigos e, em sequência, a Noruega, Finlândia e Estados Unidos, com uma publicação cada. Em relação a população pesquisada, seis publicações foram com trabalhadores da Marinha, sete da Polícia Militar, três das Forças Militares conjuntas, dois do Exército e um do Corpo de Bombeiros. Quanto aos aspectos e fatores que podem interferir na saúde do trabalhador militar, foi possível evidenciar variáveis nas dimensões organizacionais (adesão as recomendações de biossegurança, sobrecarga de trabalho), socioeconômicas (maior idade e tempo profissional, menor escolaridade) e, de hábitos e saúde (tabagismo, alcoolismo, sobrepeso, sedentarismo, doenças crônicas e mentais). Assim, evidenciou-se que os militares possuem conhecimento das precauções padrão universais, mostrando-se com atitudes condizentes às recomendações referentes ao autocuidado em serviço, o que pode se constituir num fator protetor a saúde dos mesmos. Em relação ao estilo de vida, observa-se que o tabagismo e o alcoolismo foram associados com maior risco à saúde. Entretanto verificou-se que as prevalências de doenças incapacitantes nos militares da ativa demonstraram que doenças que ocorrem com maior frequência são os transtornos neuróticos, psicoses esquizofrênicas, hipertensão, surdez, e outras isquemias cardíacas crônicas; moléstias cardiovasculares, osteomusculares e conjuntivas, fraturas, luxações e entorses. O estresse foi relacionado ao cotidiano de trabalho, e com consequências negativas para os relacionamentos familiares; podendo estar associado às condições de saúde e de trabalho, causando sofrimento psíquico e fatores como a capacidade de reagir a situações difíceis e grau de satisfação com a vida. Situações estressantes podem provocar também ao trabalhador problemas de saúde física como alterações digestivas, musculares e ósseas. Observa-se que é importante para uma organização que seus trabalhadores apresentem boas condições de saúde, pois a falta dessas condições, pode ser dispendioso, para ambas as partes. Verificou-se ainda uma alta prevalência de licença para tratamento de saúde causada por transtorno mental e comportamental; estes números são preocupantes em uma área de serviço público essencial à população. Destaca-se como fator de limitação da pesquisa a presença de poucos estudos sobre a saúde do trabalhador militar, que prejudicam maiores relações e aprofundamentos na temática. **Considerações finais:** Essa pesquisa examinou as qualidades e aspectos que podem atuar na saúde do trabalhador militar, através da procura de estudos na literatura. Foi realizado levantamento bibliográfico em duas bases de dados e uma biblioteca virtual, selecionando-se 19 artigos para análise. Constatou-se que as qualidades e aspectos que podem interferir na saúde do trabalhador militar estão associados a particularidades organizacionais, socioeconômicas e hábitos e saúde. Salienta-se que os trabalhadores militares podem ser vulneráveis a doenças ocupacionais, por lidarem diariamente com situações de grande estresse e esgotamento, na realização do trabalho militar. Identificou-se o estresse como um das maiores alterações da saúde nos militares; e o hábito de vida praticado pelo trabalhador militar como razão corporativo para a doença. Os achados mostram carência de cuidado para a saúde do trabalhador militar e que medidas primárias de saúde podem melhorar a qualidade de vida destes profissionais. Assim, a avaliação do grau de saúde do trabalhador militar poderá favorecer a estruturação de planos para prevenção e enfrentamento das dificuldades ocupacionais.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem

Descritores: Saúde do trabalhador. Trabalho. Militares.

Descriptors: Occupational Health. Work. Military Personnel

Descriptores: Salud en el trabajo. Trabajo. Militar.

Referências:

- 1- Rodriguez, S.Y. S. et al. Predictors of Burnout Syndrome in psychologists. Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 34, n. 1, p. 141-150, mar. 2017.
- 2-Silva, M.N. et al. What Goes Around Comes Around": Antecedents, Mediators, and Consequences of Controlling vs. Need-Supportive Motivational Strategies Used by Exercise Professionals. Ann Behav Med., mar. 2017.
- 3- Jesus, M.B. et al. Relação entre a Síndrome de Burnout e as condições de saúde entre Militares do Exército. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 10(2), 11-28, jun, 2016.

4-Espíndula, TS et al. Aspectos éticos e bioéticos na entrevista em pesquisa: impacto na subjetividade. *bioét. (Impr.)*;24(3): 495-502, set.-dez. 2016.a de Enfermagem, Salvador, v. 30, n. 2,



78. SENSIBILIDADE MORAL EM ENFERMEIROS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

MORAL SENSITIVITY IN NURSES OF INTENSIVE THERAPY UNITS

SENSIBILIDAD MORAL EN UNIDADES DE ENFERMERAS INTENSIVISTAS

FERREIRA, Amanda Guimarães¹; TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri²; RAMOS, Aline Marcelino³; BARLEM, Edison Luiz Devos⁴; MATTOS, Larissa Merino de⁵; CARVALHO, Deciane Pintanela de⁶; ROCHA, Laurelise Pereira⁷.

Introdução: A sensibilidade moral pode ser considerada um conceito pessoal, intuitivo, ou ainda, uma competência e uma dimensão essencial nas tomadas de decisões cotidianas, surgindo de uma busca de sentido moral para o fazer do ser humano. Do mesmo modo, o conceito filosófico de sensibilidade moral está associado à ideia de um sentido moral de certo ou errado, interligando o senso moral à prática de cuidar e a um sentimento de benevolência⁽¹⁾. A capacidade de ser moralmente sensível mostra-se necessária no contexto das Unidades de Terapia Intensiva, tendo em vista que tais unidades podem ser descritas como um cenário de atendimento de enfermagem especializado em alta complexidade, o que demanda a necessidade constante de um profissional com perfil ético, capaz de raciocinar crítica e clinicamente, conciliando o serviço entre tecnologia e assistência⁽²⁾. No decorrer das práticas de enfermagem são recorrentes as situações que geram problemas éticos, as quais podem ser consideradas como parte do cotidiano profissional. Tais situações levam os profissionais de enfermagem a vivenciar no seu cotidiano circunstâncias conflituosas que envolvem a autonomia da profissão, a organização do trabalho e conflitos decorrentes do cuidado ao paciente, tais como a utilização de tecnologias desnecessárias, o prolongamento da vida em situações de terminalidade e o desrespeito à autonomia do paciente⁽³⁾. No contexto internacional, estudo⁽⁴⁾ realizado com enfermeiros evidenciou que a capacidade de ser moralmente sensível compreende a ação de interpretar os sentimentos e as reações do outro, bem como perceber as consequências que problemas éticos não resolvidos podem trazer para a vida das pessoas envolvidas. Do mesmo modo, verificou-se que a capacidade de ser moralmente sensível exige que os enfermeiros tenham habilidades para identificar as questões éticas e morais que envolvem o processo de cuidado e promovam os direitos e interesses dos pacientes. Os componentes da sensibilidade moral no trabalho da enfermagem podem ser compreendidos em três domínios específicos: a consciência moral, a motivação benevolente e a percepção moral espontânea. Na consciência moral o enfermeiro precisa estar ciente do seu código de ética

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Email: ferreiraamandaguimaraes@gmail.com.br

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG.

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

⁴ Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente da Escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG.

⁵ Estudante, da graduação em Enfermagem da Universidade federal do Rio Grande

⁶ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

⁷ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG.

profissional e dos conflitos éticos que podem ocorrer no ambiente de cuidados à saúde e agir nestas ações de acordo com o que rege seu código de ética. A motivação benevolente é definida como vontade de fazer o que se sabe ser o certo e fazer o bem pelo paciente, ser altruísta. Por fim, a percepção moral espontânea constitui a capacidade do enfermeiro de reconhecer situações éticas ou problemas que possam surgir, e ao mesmo tempo estar alerta para os sentimentos que possam ter um impacto sobre os pacientes⁽⁵⁾. **Objetivo:** identificar os fatores da sensibilidade moral entre enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório descritiva, realizada em três Unidades de Terapia Intensiva de uma instituição filantrópica do Sul do Brasil, que se caracteriza como um Complexo Hospitalar composto por três hospitais, com um total de 541 leitos, sendo 27 leitos de UTI. Foram participantes do estudo 19 enfermeiras, atuantes nas três unidades de terapia intensiva da instituição acima relacionada, selecionados por meio da amostragem não probabilística por conveniência, de acordo com a presença no local de estudo e disponibilidade para participar da pesquisa no momento da coleta de dados. Os critérios para a seleção dos participantes restringiram a ser enfermeiro das UTI selecionadas para o estudo, atuar profissionalmente na unidade há mais de seis meses e, ter disponibilidade para responder o instrumento de coleta de dados. Os critérios de exclusão dos participantes foram limitados a: situação de férias, afastamento ou licença dos enfermeiros participantes. A coleta de dados ocorreu no período de agosto e setembro de 2016, realizada no horário e local de trabalho dos participantes em sala específica para tal, garantindo a privacidade do entrevistado. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas, com duração média de 30 minutos, contendo questões fechadas, para a caracterização dos participantes, e questões abertas, enfocando aspectos relacionados às ações e tomadas de decisões dos enfermeiros para enfrentar problemas éticos, com base na sensibilidade moral. A análise dos dados, obtidos por meio das entrevistas, foi realizada a partir da análise textual discursiva, seguindo três etapas: unitarização, categorização e comunicação: primeira etapa unitarização, as entrevistas foram examinadas em seus detalhes, fragmentando-as até atingir unidades de sentido, as quais se constituem de enunciados referentes ao fenômeno pesquisado. Na segunda etapa foram estabelecidas relações entre as unidades de sentido, de forma que as categorias foram definidas *a priori*, com base nos três domínios da sensibilidade moral: a consciência moral, a motivação benevolente e a percepção moral espontânea. A última etapa buscou explicitar a compreensão do fenômeno investigado, que se apresenta como produto de uma nova combinação dos elementos construídos ao longo dos passos anteriores. Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o estudo faz parte do macro projeto intitulado “Sensibilidade moral na enfermagem: relações entre advocacia do paciente e sofrimento moral (processo PQ 306119/2015-3)”, o qual foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa local e aprovado sob Parecer nº67/2016. Os participantes foram identificados no estudo pela letra E, seguida de um número sequencial (E1 a E19) conforme a ordem das entrevistas. **Resultados:** Em relação às características dos 19 participantes da pesquisa, verificou-se que a idade variou entre 25 e 49 anos e todos eram do sexo feminino. O tempo de formação profissional variou de nove meses até 22 anos e o tempo de atuação profissional variou de seis meses a 20 anos. Das 19 enfermeiras, dez possuíam a graduação como titulação máxima, oito possuíam título de especialização e uma de residência. No que se refere às unidades de atuação das 19 enfermeiras, oito atuavam na UTI 1, seis atuavam na UTI 2 e oito atuavam na UTI 3. A carga horária de trabalho semanal predominante foi de 36 horas, sendo que, duas enfermeiras possuíam uma carga horária de 40 horas semanais. Quando questionadas sobre a realização de reuniões na unidade, 17 enfermeiras responderam que na unidade onde trabalham ocorrem reuniões periódicas para capacitações e resolução de problemas. A partir da análise dos dados, foram definidas *a priori* três categorias: Consciência moral; Motivação benevolente; Percepção Moral Espontânea. Na categoria consciência moral foi possível evidenciar que os componentes da sensibilidade moral identificados entre os enfermeiros, a partir do domínio consciência moral, foram à educação ética de enfermagem, o conhecimento clínico, o diálogo, a relação com os demais membros da equipe de saúde e a autonomia profissional. Tais componentes auxiliam os enfermeiros na tomada de decisões

diante de problemas éticos relacionados à defesa dos direitos dos pacientes e às divergências de condutas profissionais, de acordo com o que rege o código de ética profissional. Na categoria motivação benevolente a sensibilidade moral pode ser visualizada a partir dos componentes utilizados pelos enfermeiros no exercício da motivação benevolente, a qual é decorrente do desejo de fazer aquilo que se acredita ser o certo e o melhor para o paciente. Entre os componentes do exercício da motivação benevolente pelos enfermeiros estão os valores pessoais, o conhecimento orientado pelo raciocínio clínico e crítico, a comunicação efetiva, o trabalho em equipe e os resultados positivos apresentados pelos pacientes a partir dos cuidados de enfermagem. E por fim na categoria percepção moral espontânea, verificou-se que os enfermeiros se mostram moralmente sensíveis ao exercerem sua capacidade de reconhecer problemas éticos no ambiente de trabalho, a partir da percepção moral espontânea. Desse modo, os enfermeiros entrevistados relataram que a liderança e o conhecimento são importantes componentes que auxiliam na identificação e resolução dos problemas éticos vivenciados na unidade, entre os quais foram destacados os conflitos organizacionais, a falta de competência de membros da equipe de saúde para atuar em unidades de terapia intensiva e a divergência de condutas entre categorias profissionais. Além disso, os enfermeiros mostraram-se cientes de que tais problemas éticos e os sentimentos gerados pelos mesmos podem ter um impacto significativo sobre o cuidado aos pacientes. **Conclusões:** Os enfermeiros entrevistados demonstraram-se moralmente sensíveis ao reconhecerem o desrespeito aos direitos dos pacientes, a divergência de condutas profissionais, os conflitos organizacionais e a falta de competência profissional como os principais problemas éticos vivenciados no ambiente de terapia intensiva. Para tanto, a educação ética, o diálogo, a relação com os demais membros da equipe de saúde, a autonomia profissional, o conhecimento, os valores pessoais, a comunicação efetiva, a liderança e os resultados positivos apresentados pelos pacientes foram verificados como importantes componentes da sensibilidade moral dos enfermeiros, capazes de auxiliar no reconhecimento e enfrentamento dos problemas éticos elencados. Destaca-se também a importância do conhecimento no processo de identificação e enfrentamento dos problemas éticos em unidades de terapia intensiva, uma vez que tais conhecimentos podem contribuir para o fortalecimento da autonomia dos enfermeiros, oportunizando um preparo adequado para lidar com situações que necessitem de tomada de decisão ética, beneficiando pacientes e profissionais e, evitando implicações, como o sofrimento moral.

DESCRITORES: Moral; Enfermagem; Ética em Enfermagem; Unidade Terapia Intensiva.

KEYWORDS: Moral; Nursing; Ethics in Nursing; Intensive Care Unit.

PALABRAS CLAVE: Moral; Enfermería; La ética en enfermería; Unidad de Cuidados Intensivos.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Tuveson H, Lütze'n K. Demographic factors associated with moral sensitivity among nursing students. *Nurs Ethics*. 2016. *In press*.
2. Rezende MLC, Macedo Costa KNF, Martins KP, Ferreira da Costa T. Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva. *Cultura Cuidados*. 2014; 39(18): 84-92.
3. Przenyczka RA, Kalinowski LC, Lacerda MR, Wall ML. Conflitos éticos da enfermagem na atenção primária à saúde e estratégias de enfrentamento. *Ciênc, Cuid e Saúde*. 2011; 10(2): 330-7.

4. Lützén K, Dahlgvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the Concept of Moral Sensitivity in Health Care Practice. *NursEthics* March. 2006; 13(2): 187-96.
5. Boonyamanee B, Suttharangsee W, Chaowalit A, Parker ME. Exploring moral sensitivity among Thai psychiatric nurses. *Songklanagarind J Nurs*. 2014; 34(1).



79. SENTIMENTOS E EMOÇÕES DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS SOBRE A DOENÇA: NOTA PRÉVIA

FEELINGS AND EMOTIONS OF PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS ABOUT THE DISEASE: PREVIOU NOTE

SENTIMIENTOS Y EMOCIONES DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS ACERCA DE LA ENFERMEDAD: NOTA PRELIMINAR

VILLAGRAN, Antunez Camila¹; GARCIA, Pötter Raquel²;

Introdução: O *Diabetes mellitus* (DM) é uma doença crônica na qual o pâncreas não produz insulina suficiente (tipo 1) ou quando o corpo não utiliza adequadamente a insulina que produz (tipo 2)¹. No mundo, o DM atinge 422 milhões de pessoas, sendo que a maior parte dos casos está ligada a fatores comportamentais e estilo de vida². Atualmente no Brasil, há mais de 13 milhões de pessoas que vivenciam o diabetes, o que representa 6,9% da população. E essa relação tende a crescer, pois em certos casos, o diagnóstico demora, trazendo assim o surgimento de complicações¹. O DM tipo I surge principalmente na infância ou adolescência, podendo afetar qualquer idade. Utiliza-se para o tratamento a insulina, medicamentos, mudanças alimentares e atividades físicas, para diminuir os níveis de glicose no sangue. Está abrangendo entre 5 e 10% do total de pessoas com a doença no Brasil¹. Já o DM tipo II surge normalmente em adultos, porém pode surgir na infância e, dependendo da gravidade, pode ser controlado com atividade física e mudanças alimentares. Em alguns casos exige o uso de insulina e/ou outros medicamentos para controlar a glicose. Concentra cerca de 90% a 95% das pessoas com diabetes no Brasil¹. O enfermeiro tem a responsabilidade de realizar a consulta de enfermagem nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) com uma avaliação inicial para determinar se os pacientes com DM necessitam de tratamento imediato. Além disso, deve-se abranger a história pregressa do paciente, as condições de saúde e avaliar o autocuidado, mas também auxiliar para o seu desenvolvimento, buscando dar ênfase na promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas³. Diante disso, detecta-se a necessidade dos profissionais de saúde atuar para a prevenção e cuidados com pessoas que possuem o DM, independente do tipo, já que ambos são de difícil controle e, por isso, as pessoas apresentam dificuldades de adesão ao tratamento, envolvendo as características de uma condição crônica, sendo relevante a compreensão também das questões subjetivas dos pacientes com DM. Dentre essas questões os sentimentos interferem na maneira com que as pessoas aceitam as mudanças que a doença causa, tendo com isso uma repercussão diferente na vida de cada uma delas. Sentimentos e emoções são dois processos que se ligam, porém são diferentes entre si, sendo o primeiro orientado para o interior e o segundo é eminentemente exterior; ou seja, o indivíduo experimenta a emoção, da qual surge um “efeito” interno, o sentimento. Os sentimentos são gerados por emoções e sentir emoções significa ter sentimentos. Na relação emoção/sentimento, considera-se que apesar de alguns sentimentos estarem relacionados com as emoções, existem muitas emoções que não estão, ou seja, todas as emoções originam sentimentos, mas nem todos os sentimentos provêm de emoções⁴. Diante disso, esse estudo será elaborado inicialmente devido uma justificativa pessoal de observação nas vivências acadêmicas sobre a necessidade que as pessoas com DM têm de orientações e adequações a um plano terapêutico singular. Por outro lado, como justificativa teórica foi realizada uma busca de artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no mês de outubro de 2016, a fim de encontrar

¹ Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem. Universidade Federal do Pampa/Campus Uruguaiiana. Uruguaiiana, RS. E-mail: camilaantunezvillagran@hotmail.com

² Orientadora. Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa/Campus Uruguaiiana, RS. E-mail: raquelpottergarcia@gmail.com

materiais que tivessem relação com a temática. Com relação a busca, foram utilizados como critérios de inclusão para a seleção dos artigos: ser da temática, artigo dos últimos dez anos (2006 a 2016), estar com texto completo disponível na íntegra e ser dos idiomas português, espanhol ou inglês. Foram excluídos: documentos ministeriais, teses e dissertações e artigos que se repetiam. Ao realizar-se a busca avançada entre as palavras para título, resumo e assunto: Diabetes Mellitus, Emoções e Enfermagem (tw:(diabetes mellitus)) AND (tw:(emoções)) AND (tw:(enfermagem)) encontrou-se um total de 28 arquivos, foram aplicados filtros de textos completo, ficando 11 artigos, depois filtro dos idiomas restando ainda 11 artigos. Três artigos se repetiram e dois eram pagos. Destaca-se que foram encontrados poucos artigos que abordassem questões subjetivas das pessoas com diabetes, justificando de certo modo, a realização deste estudo. O enfermeiro deve buscar conhecer os sentimentos e emoções das pessoas com DM para que dessa forma consiga realizar orientações e, principalmente, prestar o apoio necessário, buscando interpretar de forma sensata os sentimentos que essas pessoas e suas famílias apresentam ao perpassar as adversidades relacionadas a esta condição crônica. **Objetivo:** Conhecer os sentimentos e emoções de pessoas com DM sobre a doença. **Metodologia:** Este estudo é uma pesquisa qualitativa, de campo, exploratória e descritiva. É parte integrante de um macroprojeto intitulado “Perfil de hipertensos e diabéticos e conhecimento sobre doença renal crônica” tendo já aprovação no comitê de ética em pesquisa (CEP) da instituição a qual faz parte sob número 1.981.279. O macroprojeto é constituído por duas etapas, uma quantitativa e a outra qualitativa; esta última abordará questões sobre diabetes mellitus e hipertensão arterial que irão compor um banco de dados, sendo que as questões de diabetes mellitus que se referem às emoções e sentimentos serão analisadas nesta proposta de trabalho de conclusão de curso. O local do estudo será em um município localizado na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. A pesquisa será realizada em duas ESF do município, justificando-se a escolha dessas unidades devido as mesmas terem grupos de hipertensos e diabéticos estruturados, fato que favorece o acesso aos participantes do estudo. Desse modo, a pesquisa será realizada com pessoas que tem DM vinculadas aos grupos de hipertensos e diabéticos das ESF. Para a coleta de dados da etapa qualitativa será realizado um sorteio aleatório por meio do software Statistica da StataSoft 13 das pessoas que responderam ao questionário da etapa quantitativa a fim de classificar a ordem de realização das entrevistas. Serão incluídos na pesquisa os usuários das ESF selecionadas que têm DM, participantes dos grupos de hipertensos e diabéticos e maiores de 18 anos. Serão excluídos os usuários que não falem o idioma português e que não conseguirem se comunicar verbalmente. Para a etapa de coleta de dados serão utilizadas entrevistas semiestruturadas, sendo as mesmas agendadas conforme a disponibilidade dos participantes e podendo ser realizadas em sala previamente reservada na unidade de saúde ou no domicílio. Todas as informações obtidas nesse estudo serão gravadas em áudio de gravador digital e, posteriormente, transcritas de maneira integral para arquivo *Word*, para serem submetidas em conformidade com a análise selecionada. Será realizada na etapa de coleta de dados também a observação para melhor alcance das emoções, que será registrado em diário de campo após cada entrevista, servirá de registro de percepções do pesquisador, no tange as emoções dos participantes. A coleta será finalizada quando o objetivo for alcançado. A técnica de análise de dados será a análise temática, seguindo operacionalmente três etapas, quais sejam: Pré-Análise, Exploração do Material, que se delineará basicamente em uma operação classificatória para alcançar o núcleo de expressões ou palavras significativas dos sentimentos e emoções relevantes por meio de um programa *Wordle* no qual irá gerar nuvens de palavras, dessa forma codificando o que for semelhante, e a terceira etapa será o Tratamento dos Resultados Obtidos e a Interpretação. **Resultados esperados:** Elaboração de estratégias para orientações sobre autocuidado, buscando a adequação com as peculiaridades das pessoas com diabetes mellitus; Fortalecer o atendimento as pessoas com diabetes mellitus e suas famílias e a equipe de saúde, para um melhor atendimento, dando ênfase na qualidade de vida; Gerar conhecimentos para a rede de serviços de saúde, especialmente para as estratégias de saúde em que o projeto será desenvolvido, buscando articular com a realização dos grupos de hipertensos e diabéticos.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Descritores: Emoções; Diabetes mellitus; Doença Crônica; Enfermagem;
Emotions; Diabetes mellitus; chronic disease; Nursing;
Emociones; Diabetes mellitus; enfermedad crónica; enfermería.

Referências

1. Sociedade brasileira de diabetes [Internet]. **Tipos de Diabetes**. São Paulo, 2015. Disponível em: < <http://www.diabetes.org.br/para-o-publico/diabetes/tipos-de-diabetes> > Acesso em: 24 nov. 2016.
2. World Health Organization. [Internet]. **World Health Report**. 2016. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> > Acesso em: 24 nov. 2016.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
4. Damásio, A. **O Sentimento de Si**, Tradução de M. F. M revista pelo autor Europa-América, 2000.



80. SENTIMENTOS VIVENCIADOS POR HOMENS NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS UROLÓGICAS: REFLEXÕES PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

FEELINGS PAID BY MEN IN THE PRE-OPERATIVE OF UROLOGICAL SURGERIES: REFLECTIONS FOR NURSING ASSISTANCE

SENTIMIENTOS EXPERIMENTADOS POR LOS HOMBRES EN LA PRE-OPERATIVA DE CIRUGÍA UROLÓGICA: REFLEXIONES PARA CUIDADOS DE ENFERMERÍA

SOUZA, Rafael Carlos Macedo¹; SALIMENA, Anna Maria de Oliveira²

Introdução: Ao vivenciar o cuidado aos homens no período pré-operatório, observou-se que grande era o número daqueles que necessitavam de cirurgias urológicas e que tais procedimentos, muitas vezes, apresentavam incertezas e constrangimentos maiores do que aqueles que demandavam por cirurgias de outras especialidades. Estar internado e esperar por um procedimento cirúrgico pode se tornar um momento de temor. Em se tratando das cirurgias urológicas que compreende e correlaciona o sistema urinário e o sistema reprodutor, esse evento pode se tornar ainda mais traumático para aqueles que o vivenciam. **Objetivo:** Conhecer os sentimentos vivenciados por homens que se encontram no período pré-operatório de cirurgias urológicas. **Metodologia:** Estudo exploratório, descritivo de natureza qualitativa. Aprovado sob o parecer 909.953 deferido pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora atendendo aos preceitos da Resolução 466/2012¹. Os depoimentos foram coletados entre os meses de março a maio de 2015, participaram nove homens no período pré-operatório de cirurgias urológicas de um Hospital Universitário da Zona da Mata Mineira. **Resultados:** Os participantes se encontravam na faixa etária entre 52 e 76 anos, oito estudaram até o ensino fundamental e um não frequentou a escola, cinco eram aposentados e quatro economicamente ativos. Das cirurgias propostas cinco eram mutiladoras, aquelas que realizam a retirada total de um órgão (prostatectomia e nefrectomia), três estavam indicadas para remoção de cálculos e uma para remoção de tecidos da próstata. Com a análise compreensiva dos depoimentos ocorreu a construção da seguinte Unidade de Significado: Sentimentos de homens no pré-operatório de cirurgias urológicas. Os resultados evidenciaram que os principais sentimentos vividos pelos homens são: preocupação, ansiedade e medo relacionados ao ato anestésico-cirúrgico. Contudo, afirmavam confiança e segurança na realização do procedimento devido à fé em Deus, encontrando nessa fé o apoio que necessitavam. Foi possível evidenciar a dificuldade de alguns homens em buscar assistência para seus problemas de saúde, cultivando a ideia que não adoecem e que não precisam de ajuda para enfrentar seus problemas. **Discussão:** A simples menção da palavra cirurgia causa inúmeros sentimentos aos pacientes durante o período de internação. Durante o pré-operatório o paciente tende a vivenciar e até mesmo demonstrar seus sentimentos de maneira mais ativa. Observando as falas e as reações apresentadas pelos participantes foi constatado que eles se sentiam apreensivos e preocupados, demonstrando, sobretudo medo diante da cirurgia. Sendo assim, foi possível perceber que o momento cirúrgico consiste para o paciente um momento de extrema importância e preocupação, pois o novo e o desconhecido mexem com o imaginário das pessoas fazendo com que o temor aflore. Relataram medo e preocupação com a anestesia. Estudiosos² corroboram com esta

¹ Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós Graduação Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. (32) 21023297, Rafaelcarlos_souza@hotmail.com.

² Enfermeira, Doutora. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Professora titular.

informação ao afirmar que o medo da anestesia esta totalmente relacionado ao paciente perder o controle sobre o seu próprio corpo, porque mesmo retirando a dor e resolvendo um problema a anestesia coloca o paciente em uma posição totalmente passiva durante o procedimento. Constatou-se que aqueles que possuíam medo relacionado ao ato anestésico apresentaram-se por diversas vezes com grau elevado de ansiedade. Os pacientes passaram também por momentos de conflito, pois ocorrem inúmeras contradições em suas falas, ao mesmo tempo em que relatam tranquilidade, afirmam que o procedimento cirúrgico é necessário, conseqüentemente, não lhes resta outra opção a não ser a aceitação. Percebe-se que a realização da cirurgia se torna a única saída apresentada ao paciente para sanar seus problemas e com a necessidade de vivenciar o procedimento cirúrgico inicia-se um movimento para criar estratégias de aceitação e por consequência se tranquilizar. Compreender o paciente como um ser existencial, complexo e multifatorial se torna um desafio a todos aqueles que prestam assistência direta a estes pacientes. Portanto, faz-se necessário um cuidado integral e que se mostre capaz de observar todas as necessidades dos pacientes, não apenas as necessidades físicas e biológicas, mas também as emocionais, espirituais e sociais. Percebe-se que é de extrema importância a aplicabilidade de ações que alcancem estas necessidades. Assim, compete a toda a equipe de enfermagem uma assistência de qualidade pautada nos preceitos éticos, possibilitando, portanto um atendimento integral, humanizado e que atenda as necessidades dos pacientes. A visita de enfermagem perioperatória³ é um dos momentos em que o enfermeiro pode desmistificar tudo aquilo que se encontra no imaginário destes homens sobre o momento cirúrgico. É possível durante a visita de enfermagem desmistificar os motivos que levam o paciente ao medo, a ansiedade e a preocupação, assim deixa-los tranquilos a fim de vivenciar o ato anestésico-cirúrgico com serenidade e sem fatores estressores. Durante a visita o enfermeiro pode observar a multidimensionalidade dos pacientes, permitindo que os mesmos se sintam bem e confortáveis, seja com gestos simples que alcancem o subjetivo destas pessoas como segurar a mão, ouvi-lo e ou confortá-lo. Contudo, percebe-se que muitas vezes o enfermeiro tem encontrado grande dificuldade de ultrapassar o cuidado ao físico e biológico, são inúmeras as preocupações encontradas no dia-a-dia da rotina hospitalar como o banho, o curativo, as punções venosas e a administração de medicamentos. Porém, não se pode focar o atendimento apenas nestes cuidados, pois a enfermagem não cuida de doenças, cuida de pessoas que se encontram doentes e que por inúmeras vezes, vivenciam sentimentos que precisam ser observados, compreendidos e enfrentados. Torna-se claro que não é possível dividir os pacientes em várias partes dissociando a parte biológica, psíquica, social e espiritual, pois todas se encontram interligadas e podem se tornar responsáveis pela adesão ou não ao tratamento proposto levando ao sucesso total ou ao fracasso. É importante observar também que a dimensão espiritual do ser humano se encontra como uma das dimensões dos cuidados que deve ser prestado pela equipe de enfermagem. Nesse sentido, Pedrão e Beresin⁴ destacam que a espiritualidade vem sendo considerada uma dimensão a ser incluída no cuidado integral ao paciente, expõem que a Organização Mundial de Saúde tem incluído o aspecto espiritual no conceito multidimensional de saúde. Ficou evidente nas falas de quase todos os entrevistados a presença de um apoio em Deus. Sendo essa fé um importante suporte para enfrentar o estresse relacionado à cirurgia, assim o apoio espiritual se destacou como uma das maneiras de enfrentamento encontrada por estes homens. É importante que o enfermeiro se conscientize sobre a importância da espiritualidade e da religiosidade para estes pacientes, além de valorizar que se incentive esta prática, pois a dimensão espiritual possibilita que o paciente mobilize esforços de enfrentamento para um bom tratamento cirúrgico. Foi possível perceber que muitos homens tendem a retardar ao máximo possível a busca por uma assistência de saúde, pois mesmo quando se encontram doentes, tendem a manter a ideia de que não precisam de ajuda e que precisam continuar a desempenhar suas atividades laborais normalmente. Assim, um problema que poderia ser evitado ou até mesmo diagnosticado ainda no início tende a se agravar e necessitar de um atendimento já na atenção secundária ou terciária. Neste contexto, a Política Nacional de Atenção a Saúde do Homem⁵ corrobora com as seguintes afirmações: “os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica.”; “Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o

pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer” e “Não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social”. **Conclusões:** Observa-se que a assistência de enfermagem ao homem que passará por um procedimento cirúrgico é imprescindível. Cabe ao enfermeiro conhecer e compreender as reais necessidades do paciente observando não apenas os aspectos físicos, mas ainda o seu contexto sociocultural e os sentimentos vivenciados para saber intervir de maneira sistematizada, organizada e mais humanizada alcançando bons resultados com a assistência prestada. Devido à sobrecarga de atribuições, responsabilidades e ao quantitativo deficiente de pessoal muitas vezes o enfermeiro não consegue desenvolver satisfatoriamente suas atividades, comprometendo assim a assistência prestada. Contudo, é sabido que o momento pré-operatório pode influenciar positivamente ou negativamente o período trans e pós-operatório. Neste sentido, evidencia-se a importância da assistência prestada pelo enfermeiro no preparo do paciente durante o período que antecede a cirurgia, pois cabe a este profissional de saúde identificar as necessidades do paciente e realizar um plano de cuidados que englobe todas elas.

Descritores: Assistência de Enfermagem; Saúde do Homem; Enfermagem Perioperatória

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências:

1. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 13 jun 2013, seção 1.
2. Figuera J, Viero EV. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. Rev. SBPH [Internet]. 2005 Dez [citado 2017 Fev 05]; 8(2): 51-63. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200005&lng=pt.
3. Souza LR, Souza MAG, Pinto AS, Cortez EA, Carmos TG, Nascimento RM. Os benefícios da visita pré-operatória de enfermagem para o cliente cirúrgico: revisão sistemática de literatura. Rev Pesqui Cuid Fundam [Internet] 2010 [citado 2017 fev 05]; 2(2):797-806. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-22081>.
4. Pedrão RB, Beresin R. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2010 Mar [citado 2017 Fev 05]; 8(1): 86-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100086&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082010AO1208>.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [acesso em 05 fev 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf

81. SINGULARIDADES NA RELAÇÃO DOCENTE E DISCENTE E A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

SINGULARITIES IN TEACHER AND COURT RELATIONSHIP AND NURSING TRAINING

SINGULARIDADES EN LA RELACIÓN DOCENTE Y DISCENTE Y LA FORMACIÓN EN ENFERMERÍA

SILVA, Luiz Anildo Anacleto¹; SCHMIDT, Sandra Marcia Soares²; NOAL, Helena Carolina³
ARBOIT, Éder Luiz⁴; STAMM, Bruna⁵; DE MARCO, Vera Regina⁶

RESUMO: O objetivo do estudo foi evidenciar as atitudes discentes que contribuem para a formação em enfermagem na perspectiva dos professores, assim como evidenciar as atitudes docentes que contribuem para a formação em enfermagem na perspectiva dos estudantes. Método: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Os resultados evidenciam que os docentes consideraram mais importantes na formação em enfermagem: O comprometimento com a formação; A formação crítica e reflexiva; A construção do conhecimento e comprometimento com a ética e a responsabilidade social. Os estudantes consideraram importante nos professores: O conhecimento dos docentes; A postura docente; A respeitabilidade; A ética nas relações entre docentes e discentes. Diante disso, conclui-se que a relação de proximidade, interatividade e comprometimento entre docentes e discentes é primordial na formação em enfermagem.

Descritores: Enfermagem; estudantes de enfermagem; Docentes de enfermagem; Educação em enfermagem; Prática do docente de enfermagem.

1

2 1.Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Associado, Departamento de ciências da Saúde, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Campus de Palmeira das Missões. E-mail Luiz.anildo@yahoo.com.br

2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Curso de Enfermagem. Faculdade Integrada de Santa Maria. E-mail sandramarciasoares@gmail.com

3. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Curso de Enfermagem. Faculdade Integrada de Santa Maria. E-mail helenacnoal@gmail.com

4.Enfermeiro. Mestre em enfermagem. Curso de Enfermagem, Universidade de Cruz Alta. E-mail. earboit@unicruz.edu.br

5.Enfermeira. Mestre em enfermagem. Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Pampa. E-mail. bruna-stamm@hotmail.com

6. Acadêmica de Enfermagem. Departamento de ciências da Saúde, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Campus de Palmeira das Missões. E-mail vera_demarco@hotmail.com

3

4

5

6

ABSTRACT: The aim of the study was to demonstrate the students' attitudes that contribute to nursing education from the perspective of professors, as well as highlight the professors' attitudes that contribute to nursing education from the perspective of students. Method: This is a qualitative, descriptive and exploratory research. The results show that professors considered most important in nursing education: The commitment to training; The critical and reflective training; The construction of knowledge and commitment to ethics and social responsibility. Students consider important in professors: Knowledge of professors; The teaching position; The respectability; Ethics in the relationship among professors and students. Therefore, the conclusion is that the relationship of proximity, interactivity and engagement among professors and students is essential in nursing education.

Key words: Nursing; Nursing Students; Nursing Professors; Nursing Education; Nursing Teaching Practice.

RESUMEN: El objetivo del estudio fue demostrar las actitudes de los estudiantes que contribuyen a la formación de enfermería en la perspectiva de los profesores y las actitudes de los profesores que contribuyen a la formación de enfermería en la perspectiva de los estudiantes. Método: Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria. Los resultados muestran que los profesores consideran más importante en la educación de enfermería: compromiso con la formación; formación crítica y reflexiva; construcción del conocimiento y el compromiso con la ética y responsabilidad social. Los estudiantes consideran importante en los profesores: El conocimiento de los profesores; posición de enseñanza; respetabilidad; ética entre profesores y estudiantes. Por lo tanto, se concluye que la relación de proximidad, interactividad y participación entre los profesores y estudiantes es esencial en la formación de enfermería.

Palabras-clave: Enfermería; Estudiantes de Enfermería; Profesores de Enfermería; Educación en Enfermería; Práctica do docente de enfermería.

INTRODUÇÃO

A formação em saúde e na enfermagem carece de foco no cuidado integralizado, tendo como referência parâmetros críticos e reflexivos na definição das respectivas áreas de competências. Assim, necessita-se introduzir ações pedagógicas que contemplem a teoria e a prática assistencial, tendo como base preceitos técnicos, éticos, sociais, necessidades de saúde e aspectos políticos e, em especial, os princípios que regem a cidadania ¹. Neste contexto, preconiza-se que, na formação em enfermagem, os estudantes precisam conhecer os princípios que regem o SUS e os problemas e as necessidades de saúde da população. O outro fato refere-se à superação do modelo de formação assistencialista, fragmentado e dissociado, e transcender a concepção centrada na resolução de doenças, para um modelo, notadamente, focada na integralidade da saúde. A formação, por conseguinte, precisa reconfigurar a relação docente e discente, ao incluir os estudantes como sujeitos ativos no processo de ensino-aprendizagem ².

A proximidade e a interatividade entre professores e estudantes busca transcender as obrigações curriculares, aprendendo e desenvolvendo-se reciprocamente. Nesta assertiva, os estudantes têm um papel ativo na aprendizagem, o professor, neste ínterim, tem um papel de mediador e facilitador deste processo ³. Na formação em enfermagem, portanto, necessita-se circunstancialmente proporcionar aos discentes estratégias de ensino-aprendizagem que permitam a aquisição de conhecimentos para a adoção de atitudes que facilitem sua inserção no trabalho e correspondam as necessidades sociais ⁴.

O diálogo entre docentes e discentes é primordial no processo de ensino-aprendizagem, fato que estimula o pensar e agir, tanto no plano teórico, quanto na prática. Efetivamente, a proximidade nas relações entre docentes e discentes promove afinidades com o estabelecimento de um diálogo reflexivo no processo de ensino-aprendizagem, estimulando o desenvolvimento da autonomia, de habilidades e atitudes na formação dos estudantes ⁵. Entre tantas atividades previstas na grade curricular, o estágio supervisionado pode ser considerado um momento na impar na formação, haja vista que permite aos discentes adquirirem experiência, aproximarem os preceitos teóricos e práticos, assim como desenvolverem o senso de responsabilidade, observando os princípios éticos, exercitando a liderança, o processo de comunicação e a tomada de decisão ⁶. O estágio supervisionado, portanto, é um importante componente pedagógico para entrelaçar a teoria e a prática em uma fase importante da formação. É neste período da formação que os estudantes adquirem segurança e minimizam os efeitos da transição de alunos para profissionais. A oportunidade de interagir com os profissionais também propicia a adoção de valores e na transformação na maneira de pensar e agir e, principalmente, experimentar a inter-relação entre as intuições formadoras e os serviços ⁷.

A relação docente e discente, nesta perspectiva, é de interação e convivência, entendendo o estudante como um sujeito complexo, um ser biológico, cultural, histórico, social, psíquico e espiritual. Nesta concepção, pressupõe-se que a formação precisa transcender a pontualidade das práticas centradas em ações técnicas instrumentais, para um cuidado mais abrangente e complexo que almeje a integralidade, capaz de envolver diferentes dimensões do cuidar, a acessibilidade, a qualificação, as relações interpessoais e autonomia do ser humano. A formação em enfermagem, portanto, está vinculada à concepção de sujeitos conscientes, éticos, técnicos e morais, comprometidos com os aspectos sociais que regem a sociedade ⁸. Na relação docente e discente, entre as atitudes relacionais incluem-se o diálogo, a interação/integração e o fomento ao trabalho em equipe, o exercício da autonomia, o desenvolvimento de aspetos relacionados à comunicação e liderança, assim como o estímulo à geração de mudanças ⁹.

Considerando-se que, as relações proativas entre docentes e discentes constituem-se em um importante adendo na formação em enfermagem, este estudo parte das seguintes questões norteadoras: Que atitudes docentes contribuem para a formação em enfermagem na percepção dos estudantes? E, que atitudes discentes contribuem para a formação na percepção dos docentes de enfermagem? Portanto, estudo objetivou evidenciar as atitudes discentes que contribuem para a formação em enfermagem na perspectiva dos professores, assim como evidenciar as atitudes docentes que contribuem para a formação em enfermagem na perspectiva dos estudantes.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Participaram do estudo, docentes e discentes de quatro cursos de graduação em enfermagem de distintas instituições, sendo dois cursos de universidades públicas, um curso ligado a uma faculdade e um curso inserido a um centro de ensino superior, ambos privados. A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2015. Estes cursos estão localizados no Estado do Rio Grande do Sul. A amostra foi do tipo intencional. Foram considerados critérios de inclusão para os docentes: ser membro efetivo do quadro de professores e estar há mais de um ano na função. Excluíram-se os sujeitos que não se adequaram a estes critérios. Para os discentes, estarem regularmente matriculados e cursando a última fase do curso, sem pendências de disciplinas. Como instrumento de pesquisa utilizou-se entrevistas semi-estruturadas que foram gravadas em sistema digital e, posteriormente, transcritas. Para a apreciação dos dados utilizou-se o método de análise temática. Os dados foram considerados saturados por unidade pesquisada, quando se averiguou que os tipos de enunciados estavam suficientes e a coleta de novas entrevistas, supostamente, não agregaria novos elementos para a discussão em relação aos dados já existentes ¹⁰. Todos os aspectos éticos foram observados, conforme a legislação em vigor. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Parecer Consubstanciado nº 555.180.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo, dez professores do curso de enfermagem da universidade pública A; onze do curso de enfermagem da universidade pública B; treze professores do curso de enfermagem de uma faculdade privada C; e, por último, treze docentes do curso de enfermagem D ligados a um centro universitário, também privado. Com relação ao curso público A, são dez doutores, curso público B, onze são doutores, já o curso privado C, o quadro de docentes é composto por treze

professores, sendo dois especialistas (um destes no mestrado), onze mestres (dois destes no doutorado), no curso privado D, são doze mestres e um especialista.

Os dados decorrentes do estudo apresentam-se na ordem de importância, e tornam evidentes as atitudes que os docentes consideraram mais importantes nos estudantes e que contribuem para a formação em enfermagem: o comprometimento com a formação (28 respostas); a formação crítica e reflexiva (28 respostas); a construção do conhecimento (20 respostas); e o comprometimento com a ética e a responsabilidade social (17 respostas). Entre os discentes, os participantes são 23 acadêmicos oriundos de um curso de enfermagem da universidade pública A; 15 do curso de enfermagem da universidade pública B; 13 acadêmicos de enfermagem da universidade privada C e, por último, 21 da universidade privada D. Portanto, são 38 acadêmicos oriundos de universidades públicas e 34 de universidades privadas, totalizando 72 estudantes. Os dados provenientes do estudo mostram que na ordem de importância, independente da universidade de origem, as atitudes docentes que os acadêmicos consideraram mais importantes foram: o conhecimento dos docentes (33 respostas); a postura profissional (15 respostas); respeito aos discentes (14 respostas); a responsabilidade e a ética no exercício da docência (11 respostas).

SINGULARIDADES DO OLHAR DOCENTE SOBRE OS DISCENTES

Os olhares docentes sobre a formação discente, portanto, incluem o comprometimento com a formação; A formação crítica e reflexiva; A construção do conhecimento; O comprometimento com a ética e a responsabilidade social.

Olhares docentes sobre o comprometimento com a formação em enfermagem:

O comprometimento com a formação em enfermagem está relacionado ao contínuo aperfeiçoamento, visto que, enquanto processo, o aprendizado está em constante movimento de transformação, razão que precisa continuamente articular-se com as necessidades de saúde. Para os docentes, o compromisso com a formação em saúde, especificamente, na enfermagem, está vinculado à superação de um modelo de ensino com viés tecnicista, para um padrão educativo que estimule o desenvolvimento de habilidades interpessoais e relacionais, o comprometimento com a educação e a sociedade, assim como provimento de formação profissional fundamentada em diferentes habilidades e atitudes, precedidas de princípios de moralidade, compromisso ético e, principalmente, de relações interpessoais equânimes ¹¹.

Na formação, importa também incluir a oferta de atividades de ensino-aprendizagem que proporcionem aos estudantes a aquisição de conhecimentos que os permitam futuramente fundamentarem suas atitudes nos diferentes espaços de trabalho. Assim, a formação precisa articular-se com as constantes transformações do mundo do trabalho e as necessidades de saúde ¹². A estruturação, organização curricular e composição de quadro de docentes são fatores intervenientes na formação em enfermagem.

Olhares docentes sobre a formação crítica e reflexiva

Na formação em enfermagem crítica e reflexiva, precisa-se instigar a participação dos estudantes na construção do conhecimento, através de experiências significativas, em especial a interação entre docentes e discentes, tendo como base o diálogo, a confiabilidade nas relações, considerando-se estas como fundamentais no exercício da reflexão. Nesta perspectiva, docentes e discentes mutuamente precisam refletir as relações pedagógicas ⁵. A formação crítica e reflexiva está vinculada ao exercício profissional, visto que na atenção em saúde, necessita-se de pessoas capazes de intervir de forma consciente, no constante aperfeiçoamento individual e coletivo, razão da necessidade de corroborar-se com a manutenção da saúde e o desenvolvimento humano. Nesta, portanto, para além da formação técnica, necessita-se, primordialmente, de pessoas comprometidas com as políticas públicas de saúde, com visão social e humanística ¹³.

Olhares docentes sobre a construção do conhecimento em enfermagem

Na construção do conhecimento enseja-se inserir nesta conjectura, a articulação, a reflexão e a introspecção, em detrimento da memorização e da repetição acrítica do saber. Contemporaneamente, vive-se um período de mudanças sociais, políticas, culturais e ambientais, que implicam em contínuas transformações sociais, que, por sua vez, incidem na mutabilidade nas áreas do conhecimento. A formação, portanto, exige pessoas qualificadas, estando a construção de conhecimentos articulada com o desenvolvimento de preceitos educativos que privilegiem os aspectos éticos e humanitários ¹⁴. Enseja-se que a organização curricular contemple estratégias metodológicas coerentes com os resultados de aprendizagem, e que proporcione aos estudantes conhecimentos suficientes que os habilitem ao exercício profissional ¹⁵.

Olhares docentes sobre o compromisso com a ética e responsabilidade social

A formação em saúde, em especial a enfermagem, precisa estar comprometida com a formação ética e com a responsabilidade social. Na relação de docentes e discentes, as atitudes e as

interações poderão contribuir para uma relação mais ética e profícua. O cuidado nas relações implica em empreender mais dedicação dos docentes, flexibilidade pedagógica, mais tolerância, estimular o exercício da crítica e da reflexão intersectados com o respeito igualitário e os princípios da autonomia relacionais entre docentes e discentes. A capacitação ético-humanista que envolve professores e estudantes, poderá afinar a dimensão ética na formação profissional ¹⁶. A formação ética constitui-se em elemento essencial no exercício profissional, razão de sua atuação direta frente aos usuários e a consequente responsabilidade social ¹⁷. A formação ética está arrolada na aproximação com a realidade, e inserida no contexto social que se vive. A ética, neste íterim, está relacionada ao exercício profissional consciente perante a sociedade, considerando os princípios dos docentes e discentes ¹⁸.

Singularidades do olhar discente sobre os docentes:

Singularmente, os discentes valorizam nas atitudes docentes, o conhecimento; A postura profissional; O respeito aos discentes; A responsabilidade e a ética no exercício da docência.

Olhares discentes sobre o conhecimento docente

O conhecimento dos docentes é um dos fatores importantes no exercício profissional. A boa relação entre docentes e discentes é preponderante, principalmente, no que tange a mutualidade na construção do conhecimento, razão que a proximidade e interatividade possibilitam transcender as formalidades pedagógicas e, conjuntamente, professores e estudantes, aprendem e desenvolvem-se, ou seja, reciprocamente constituem-se, fato que poderá impactar na formação em enfermagem. Reconhece-se que para além do conhecimento pedagógico, há de se ter sensibilidade e reconhecer as potencialidades e fragilidades dos estudantes ¹⁹. Embora se ratifique e valorize a importância do conhecimento do professor, ainda se evidencia um modelo de ensino pautado no professor, que detém um conjunto de conhecimentos, repassado aos estudantes, geralmente em aulas expositivas, de forma vertical e unilateralmente direcionada. Neste modelo, o conhecimento é frequentemente desenvolvido de forma acrítica e não reflexiva. A relação de proximidade entre docentes e discentes, assim como a utilização de metodologias alternativas, permite a interatividade na construção do conhecimento ²⁰.

Olhares discentes sobre a postura docente

Uma das atitudes relativas à postura docente refere-se à adoção de determinados comportamentos, no exercício do seu ofício no seu cotidiano de trabalho, privilegiando o diálogo,

valorizando o coletivo, sem perder o foco na individualidade. Embora o discurso modernizante, no ensino superior, cabe aos docentes pensarem o processo pedagógico, com a centralidade do docente no processo educativo, cabendo aos estudantes tentarem adaptar-se e acompanhar o que foi decidido. Mudanças de posturas estão vinculadas á contínua busca de aperfeiçoamento profissional. As relações entre docentes e discentes são múltiplas e complexas, razão que exige um esforço coletivo de autoconhecimento de ambas as partes. Se de um lado exigem-se discentes mais ativos e participativos, de outro, necessita-se de docentes propensos ao diálogo e predispostos constantemente a aperfeiçoarem suas práticas pedagógicas, assim como a valorizarem as demandas coletivas e individuais de aprendizagem ¹⁹.

Olhares discentes sobre a respeitabilidade entre docentes e discentes

A interação entre docentes e discentes, portanto, precisa estar pautada na responsabilidade de cada um no processo de ensino-aprendizado. Na relação entre docentes e discentes, conhecer e entender os estudantes favorece a formação de vínculo, confiança e respeito, que são fatores que facilitam o processo de ensino-aprendizado. O estudante respeitado, cômico de seu papel tende a ter melhor aproveitamento ¹⁹. Na formação em enfermagem, a interatividade, a respeitabilidade e a confiabilidade entre docentes e discentes tende a criar um ambiente mais adequado para a aprendizagem. A observação dos preceitos éticos nas relações docentes e discentes contribui na formação profissional, principalmente, quando os docentes incluem nas suas estratégias pedagógicas, a sensibilidade quanto às dificuldades evidenciadas e a respeitabilidade aos discentes ¹⁸.

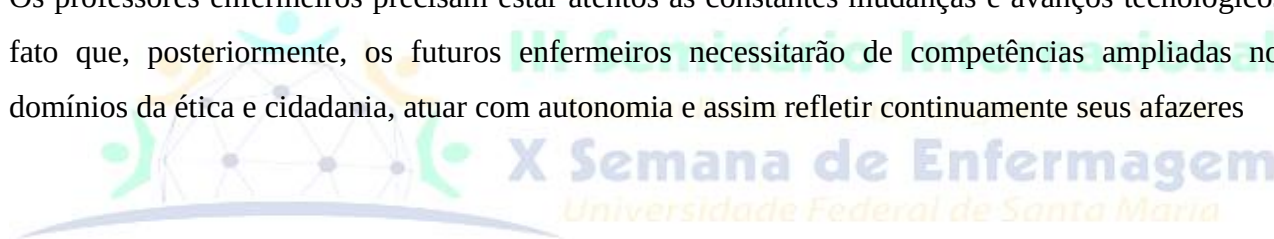
Desta forma, pode-se considerar a respeitabilidade como um princípio essencial nas relações entre os docentes e os discentes ¹⁹. O diálogo e a interação entre os docentes e discentes, constitui-se em importante estratégia para corrigir desvios em sala de aula no que se refere a determinados comportamentos, principalmente a indisciplina dos estudantes. A atitude docente permissiva a determinados comportamentos não condizentes em sala de aula, podem gerar um círculo vicioso entre o comportamento errôneo por parte dos estudantes e as atitudes não corretivas ou condutoras por parte dos professores, fato que pode incorrer em prejuízo aos estudantes comprometidos com o aprendizado ¹⁶.

Olhares discentes sobre a responsabilidade e ética no exercício da docência

A ética na relação que se estabelece entre docentes e discentes; é essencial na formação em enfermagem, razão que as questões éticas contiguamente transpassam as experiências pessoais, educativas e profissionais. Neste íterim, os professores são responsáveis em criar espaços e

estratégias de reflexão dos preceitos éticos e, em especial, refletir sobre a ética na prática ¹. Nas relações docentes e discentes, comporta entender as relações que se estabelecem, ao procurar desenvolver estratégias de reflexão e da capacitação ético-humanista para a formação acadêmica. O cuidado na relação docente/discentes inclui a compreensão, a empatia, assim como a abordagem das situações de forma adequada ¹⁶. Na relação docente e discente, necessita-se transcender a concepção de docente detentor do conhecimento e de discentes carentes de saberes, migrando para uma relação dialógica de ensinar e aprender. Nesta concepção de aprendizagem, a ética passa a ser mediadora das relações. Desta forma, o docente relaciona-se duplamente com a ética: como educador que tem a atribuição de cogitar e influenciar comportamentos, e também de profissional, que tem o compromisso com o aprendiz. A formação ética está relacionada, portanto, ao comprometimento social e político, fato que enseja reflexões docentes frente ao ensino e seu papel frente à sociedade ¹⁸.

O compromisso e a responsabilidade na formação em enfermagem extrapolam as questões técnicas e científicas, notadamente que, nesta relação inclui-se a sensibilidade no ensino do cuidado. Os professores enfermeiros precisam estar atentos às constantes mudanças e avanços tecnológicos, fato que, posteriormente, os futuros enfermeiros necessitarão de competências ampliadas nos domínios da ética e cidadania, atuar com autonomia e assim refletir continuamente seus afazeres



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mostra o estudo que há singularidades na relação docente e discente, em especial, o comprometimento com a formação. Os estudantes trazem consigo uma história de vida, formação secundária, cultura, alguns advindos de localidades distantes, precisam se adaptar a um novo modo de vida, com compromissos e cobranças. Por outro lado, os professores têm uma história de vida e formação mais prolongada, razão das necessidades exigidas para o exercício docente. Neste entremeio, evidencia o estudo, que entre todos os fatores preponderantes na formação acadêmica, incluem-se as relações proativas entre os docentes e discentes, que são elementos indispensáveis para a formação em enfermagem. O comprometimento mútuo, a proximidade e a interatividade pedagógica, a responsabilidade e a respeitabilidade equânimes são primordiais nesta construção. Na formação discente, a teoria matiza a prática e a prática ecoa na teoria. A relação de proximidade e interatividade constrói laços, diminui a verticalidade e estende a horizontalidade nas relações pedagógicas.

Mostra a pesquisa, que embora os docentes e discentes sejam de instituições diferentes, com situações e contextos dessemelhantes, os objetivos docentes e discentes são similares. Por fim, embora o estudo tenha limitações, é possível evidenciar que a adoção do diálogo franco e verdadeiro, respeitabilidade, relações equânimes, oferta de alternativas pedagógicas, em especial, destacando o comprometimento docente e discente como elementos essenciais para uma boa formação.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Ramos FRS, Brehmer LCF, Vargas MAO, Schneider DG, Drago LC. Ethics constructed through the process of nurse training: conceptions, spaces and strategies. *Rev. Latino-Am.* 2013; 21(spe): 113-121.
2. Winters JRF, Prado ML, Heidemann ITSB. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. *Esc. Anna Nery.* 2016; 20 (2): 248-253.
3. Menegaz JC, Backes VMS. Bons professores de enfermagem, medicina e odontologia: Percepção acerca do conhecimento sobre os alunos. *Esc. Anna Nery.* 2016; 20 (2): 268-274.
4. Almeida ML, Peres AM. Conhecimentos, habilidades e atitudes sobre a gestão dos formandos de enfermagem de uma universidade pública brasileira. *Invest Educ Enferm.* 2012; 30 (1):66-76.
5. Lima MM, Reibnitz KS, Kloh D, Vendruscolo C, Corrêa AB. Diálogo: rede que entrelaça a relação pedagógica no ensino prático- reflexivo. *Rev. Bras. Enferm.* 2016; 69 (4): 654-661.
6. Meira MDD, Kurcgant P. Educação em enfermagem: avaliação da formação por egressos, empregadores e docentes. *Rev. Bras. Enferm.* 2016; 69 (1): 16-22
7. Lima TC, Paixão FRC, Cândido EC, Campos CIJG, Ceolim MF. Estágio curricular supervisionado: análise da experiência discente. *Rev. bras. enferm.* 2014; 67 (1): 133-140.
8. Guareschi APDF, Kurcgant P. Influência da formação docente no perfil do egresso de Graduação em Enfermagem. *Cogitare enferm.* 2014; 19 (1): 101-108.
9. Carmo MJ, Schubert Backes VM. Education for the unified health system: what do good professors do from the perspective of students?. *Investigación y Educación en Enfermería,* 2015. 33(3), 500-508.
10. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo D. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27 (2): 388-394.
11. Valença CN, Germano RM, Malveira FAZ, Azevêdo LMN, Oliveira AG. Articulação teoria/prática na formação em saúde e a realidade do Sistema Único de Saúde. *Rev enferm UERJ.* 2014; 22(6):830-5.
12. Vendruscolo C, Trindade LL, Krauzer IM, Prado ML. A inserção da universidade no quadrilátero da educação permanente em saúde: relato de experiência. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2016 [cited 2016 June 13]; 25(1): 1-7.

13. Tavares MFL, Rocha RM, Bittar Cléria ML, Petersen CB, Andrade M. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21(6): 1799-1808.
14. Zanetti ML. Advanced nursing practice: strategies for training and knowledge building. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23 (5): 779-780.
15. Borré-Ortiz YM, Lenis-Victoria C, Suárez-Villa M, Tafur-Castillo J. El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. *Rev. Cienc. Salud*. 2015; 13 (3): 481-491.
16. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. O cuidado ético-pedagógico no processo de socialização profissional: por uma formação ética. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16 (43): 981-993.
17. Vicentela LA, Narváez CG, Velásquez M. Valores éticos y formación curricular en odontología. *Acta bioeth*. 2015; 21 (1): 53-59.
18. Kloh D, Lima MM, Reibnitz KS. Ethical and social commitment in the teaching plan of nursing education. *Texto contexto – enferm*. 2014; 23 (2): 484-491.
19. Menegaz JC, Backes VMS. Bons professores de enfermagem, medicina e odontologia: Percepção acerca do conhecimento sobre os alunos. *Esc. Anna Nery*. 2016; 20 (2): 268-274.
20. Quadros JS, Colomé JS. Metodologias de ensino-aprendizagem na formação do enfermeiro.



82. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA PROFISSIONAL

SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE AND THE CONSTRUCTION OF PROFESSIONAL AUTONOMY

SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA Y CONSTRUCCIÓN DE LA AUTONOMÍA PROFESIONAL

SCHUH, Laísa.; ALVES, Fernanda.

INTRODUÇÃO: O atendimento de saúde é realizado por diversos profissionais, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros. Cada profissão na área da saúde possui o seu conhecimento específico como uma característica definidora para o atendimento ao cliente. Especialmente quanto à enfermagem, a preocupação com o conhecimento científico e a organização disciplinar nasceram com Florence Nightingale, enfermeira britânica conhecida mundialmente por cuidar dos feridos na Guerra da Criméia (1853), com outras 38 mulheres, reduzindo a mortalidade local de 40% para 2%.^{1,2} Apesar da influência de Florence, a enfermagem acabou realizando, no decorrer da história, ações práticas de modo intuitivo e não sistematizado. Por muitas décadas perdurou a quase-estagnação da profissão, atuando centrada no modelo biomédico, ou seja, a enfermagem era exercida sob a mesma ótica de profissionais médicos, focando o cuidado na doença e não no cliente.³ O foco na assistência holística da enfermagem iniciou no ano de 1950, onde o cuidado vinculado apenas aos sistemas biológicos começou a ser enriquecido com uma nova abordagem do ser humano. Nesse período o cuidado prestado pela enfermagem surgiu como um processo interpessoal, centralizando as ações no cliente e na promoção da sua saúde, e não mais na patologia. O período após a Segunda Guerra Mundial foi caracterizado pela busca da identidade própria da enfermagem, fazendo com que enfermeiras norte-americanas se organizassem em associações e iniciassem discussões sobre as dificuldades e necessidades da profissão.^{3,2} Iniciou, na década de 1960, uma nova fase da evolução histórica da profissão e as teorias de enfermagem surgiram para retratar fatos, estabelecer bases para a ciência de enfermagem e enfatizar o relacionamento entre clientes e enfermeiros. Nos anos 1970, as teorias na literatura tiveram grande impulso. Nos anos seguintes, 1980 e 1990, as pesquisas aumentaram, expandindo o conhecimento da enfermagem e, conseqüentemente, muitas teorias passaram a subsidiar ações de enfermagem em instituições de saúde.³ Atualmente, o método de trabalho para implantar uma teoria de enfermagem na prática profissional é denominado processo de enfermagem, sendo considerada a metodologia de trabalho mais conhecida e aceita no mundo, facilitando a organização e a troca de informações entre os enfermeiros de diversas instituições de saúde. A aplicação desse processo fornece ao enfermeiro estrutura para tomada de decisão em diversas situações enquanto gerenciador de equipes de enfermagem, além da possibilidade da prestação de cuidados de maneira individualizada e focada nas necessidades humanas básicas, tornando-a mais científica e menos intuitiva.⁴ O processo de enfermagem, também conhecido como Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), trata-se de uma organização da assistência de enfermagem com a finalidade de instrumentalizar o enfermeiro no cotidiano do seu trabalho.^{4,1} A SAE é composta por cinco etapas, sendo elas: Coleta de Dados de Enfermagem ou Histórico de Enfermagem (obtenção de informações sobre a pessoa, a família ou a coletividade humana), Diagnóstico de Enfermagem (interpretação e agrupamento dos dados coletados), Planejamento de Enfermagem (determinação dos resultados esperados), Implementação (realização das ações ou intervenções planejadas) e, por fim, Avaliação de Enfermagem (verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo de saúde e doença).^{1,3} Com relação à autonomia, todos os grupos profissionais buscam a autonomia profissional, sendo representada pela liberdade de uma profissão em relação as outras e pela liberdade em executar o trabalho da melhor forma possível. Porém, a construção da imagem da enfermagem ainda é permeada por aspectos históricos, socioeconômicos e

culturais, persistindo a imagem de submissão profissional aos demais integrantes das equipes de saúde e a imagem errônea de serviço caritativo.⁵ **OBJETIVOS:** Refletir sobre a importância da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para a conquista da autonomia do profissional do enfermeiro. **METODOLOGIA:** Consistiu de pesquisas na literatura existente e a localização das fontes de dados ocorreu em biblioteca convencional e em sistemas de busca na internet, como Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), nos meses de março e abril de 2017. As obras pesquisadas envolveram o período de 2005 a 2012. **RESULTADOS:** Os resultados encontrados apontam que o processo de autonomia implica que o profissional enfermeiro e a equipe de enfermagem podem interferir no processo de demarcação de prioridades no cuidado, embasado na direção da vontade do profissional para a ação, a partir de influências culturais e sociais.^{5,2} A conquista de um grau elevado de autonomia profissional pelo enfermeiro poderá conferir valorização e reconhecimento social sobre o seu trabalho e sua profissão, porém, o que ainda observamos são condições de trabalho inadequadas, baixos salários, jornadas extensas e intensas de trabalho, além do enfermeiro assumir diversas atividades assistências e gerenciais.^{4,2} Nesse contexto, exercer a autonomia torna-se complexo, pois necessita resistir a essas influências e romper barreiras que impedem exercer a autonomia profissional.⁵ O enfermeiro autônomo é aquele capaz de seguir sua conduta profissional consciente dos espaços em que pode atuar e que busca satisfação pessoal e de seus clientes, levando em consideração a importância que sua prática assume para as pessoas, os processos de trabalho, os serviços e as instituições de saúde. A SAE facilita a padronização da troca de informações entre diferentes enfermeiros em diferentes instituições e níveis de saúde, garantindo a qualidade da assistência, uma vez que esse processo permite diagnosticar as necessidades do cliente, prescrever adequadamente os cuidados e, por fim, avaliar a evolução do paciente. No entanto, para o exercício da SAE e a autonomia do profissional enfermeiro é imprescindível que o mercado de trabalho permita um ambiente propício para o desenvolvimento das ações com resolutividade e criatividade.^{5,4,2} **CONCLUSÕES:** No Brasil, a Sistematização da Assistência de Enfermagem já é utilizada como um método para organizar a assistência de enfermagem nos diversos níveis de saúde, porém, a autonomia na profissão só será alcançada quando toda a classe começar a empregar essa ferramenta científica em suas ações laborais diárias, ou seja, quando a aplicação sistemática do processo de enfermagem estiver em prática. Dessa maneira, a enfermagem irá adquirir plena autonomia quando o cuidado passar a ser visto como uma esfera privilegiada na área da saúde, tanto do ponto de vista prático como científico. No entanto, é necessário que os enfermeiros envolvidos nesse processo se comprometam com o suporte teórico e científico que norteiam a qualidade da prática assistencial.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Descritores: Processos de Enfermagem; Enfermagem; Autonomia Profissional; Prática Profissional.

Descriptors: Nursing Process; Nursing; Professional Autonomy; Professional Practice.

Descriptores: Procesos de Enfermería; Enfermería; Autonomía Profesional; Práctica Profesional.

REFERÊNCIAS:

1. Barros ALCBL, Lopes JL. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. *Enfermagem em foco*. 2010;1(2):63-65.
2. Przenyczka RA, Lenardi MH, Mazza VA, Lacerda MR. O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 2012;21(2): 427-31.

3. Tannure, MC, Gonçalves AMP. SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
4. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Rev Bras Enferm. 2005;58(3):261-5.
5. Kraemer FZ, Duarte MLC, Kaiser DE. Autonomia e trabalho do enfermeiro. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS). 2011;32(3):487-94.



83. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE IN AN ADULT INTENSIVE CARE UNIT

SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

DUCAS, Vanessa Cornel¹; SILVA, Fernanda Stock da²; NOAL, Helena Carolina³; CONTERATO, Denise⁴; ILHA, Lidiane⁵

Resumo

INTRODUÇÃO: Trata de uma pesquisa bibliográfica, para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem numa Unidade de Terapia Intensiva Adulto partindo da avaliação do conhecimento da equipe e seu processo. **OBJETIVO:** Descrever a produção científica de enfermeiros sobre a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem numa Unidade de Terapia Intensiva Adulto. **JUSTIFICATIVA:** Justifica-se este trabalho ao fato de ter um conhecimento prévio na área da enfermagem, bem como ter desenvolvido atividades em um local ao qual já existia a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, assim sendo, é imprescindível sua execução. **METODOLOGIA:** Revisão bibliográfica na base de dados Literatura da América latina e Caribe em Ciências da Saúde. A análise dos dados foi realizada pelo padrão de análise prepositiva de Minayo (2014). **RESULTADOS:** Os resultados obtidos originaram categorias: Fragilidades encontradas por enfermeiros na atuação da sistematização da assistência de enfermagem e Processo burocrático representa experiência desafiadora na prática do cuidado. Através destas categorias, tornou-se possível identificar os desafios enfrentados pelo enfermeiro e instituições de saúde na aplicação de algo novo. O estudo mostrou uma limitação na aplicação da Sistematização da Assistência da Enfermagem devido à falta de funcionários, capacitações, conhecimento e dúvidas sobre o papel da equipe, é possível afirmar que a Sistematização da Assistência da Enfermagem pode ser aplicada e com qualidade. **CONSIDERAÇÕES:** A aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Adulto é imprescindível na rotina do paciente crítico. O estudo mostrou uma limitação, devido à falta de conhecimentos.

Descritores: Enfermagem; SAE; Unidades de terapia Intensiva.

Abstract

INTRODUCTION: Bibliographic research for the implementation of the Systematization of Nursing Assistance in an Adult Intensive Care Unit, starting with the evaluation of the team's knowledge and its process. **OBJECTIVE:** Describe nurses' scientific production about the application of the Systematization of Nursing Assistance in an Adult Intensive Care Unit. **JUSTIFICATION:** This article is justified by the fact that it is necessary to have a previous

¹ Enfermeira Bacharel, Vanessa Cornel Ducas, cursando pós-graduação em [UTI. nessa-cducas@hotmail.com](mailto:UTI.nessa-cducas@hotmail.com)

² Enfermeira Mestre, Coordenadora da Enfermagem do Hospital Geral Unimed (HGU), Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), fernanda.stock@fisma.com.br.

³ Enfermeira Mestre, Enfermeira da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA).

⁴ Enfermeira Especialista, Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA).

⁵ Enfermeira Bacharel, Residente Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) em Gestão e Atenção Hospitalar-Crônico Degenerativo Lidiane Arruda Ilha, Cursando Pós-graduação em Gestão em UTI, lidi.ilha@hotmail.com.

knowledge in the nursing field and worked in a facility where Systematization of Nursing Assistance is already implemented, order to execute it. **METHODOLOGY:** Bibliographic review in the Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences. The data analysis was done by the prepositive analysis' pattern of Minayo (2014). **RESULTS:** The results originated categories: Fragilities found by nurses in the systematization of nursing assistance and Bureaucratic processes representing a defying experience in the practice of care. Using this categories, it was possible to say that the Systematization of Nursing Assistance can be applied with quality. **CONSIDERATIONS:** The use of the Systematization of Nursing Assistance is necessary in the routine of critical patients. The study revealed a limitation due the lack of knowledge.

Keywords: Nursery; SNA; Intensive Care Unit.

Introdução

A enfermagem ao longo do processo, com a evolução da ciência mostrou necessidade de conhecimentos através de teorias que beneficiou o modelo do cuidado da enfermagem ao ser humano.¹ Os modelos teóricos têm contribuído na prática para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é uma metodologia científica que vem sendo implementada na prática assistencial. Esta confere segurança aos pacientes, melhora da qualidade da assistência e maior autonomia aos profissionais de enfermagem.¹

O enfermeiro através da aplicação da SAE garante uma assistência adequada, identificando a situação dos internados no cuidado integral e humanizado aos pacientes. A SAE possui diversas etapas no Processo de Enfermagem (PE): Histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução.^{2,3} A adoção desse sistema favorece o processo de comunicação e planejamento a ser atingido pela equipe.⁴ Identificamos potencialidade e dificuldades na sistematização das práticas em saúde, onde essa mudança depende do desempenho da enfermagem.^{5,6}

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) o atendimento é complexo, os pacientes precisam de um cuidado planejado, com a ajuda da organização do processo de trabalho do enfermeiro, tendo a responsabilidade de tomar uma decisão precisa e segura.⁷

O PE requer um cuidado rigoroso e um atendimento humanizado, para que o enfermeiro possa gerenciar de forma segura e com qualidade. Exige um exame físico amplo e uma observação qualificada da equipe e com isso a importância da segurança do paciente e da família. O Enfermeiro com seus conhecimentos assegura uma assistência onde identifica a situação dos internados, para um cuidado integral e com bons resultados.⁸

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) é responsável por normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, zelando pela qualidade dos serviços prestados e pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. Conforme a Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009, a SAE é uma atividade privativa do enfermeiro, onde busca, através de um método organizado e dinâmico uma estratégia de trabalho que possa contribuir na recuperação, prevenção e bem-estar da saúde do paciente, além disso, os enfermeiros podem analisar o caso e estudarem para um melhor método preventivo.⁹

Este estudo faz parte do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva adulto, intitulado na área da enfermagem, que buscou refletir atividades, em um local ao qual já existia a implantação da SAE, podendo observar e acompanhar os aspectos positivos e negativos. Assim sendo, esta vivência me instigou a acreditar que é imprescindível a execução da SAE, para termos a integralidade do cuidado, organização, planejamento, melhor convívio com sua equipe para desenvolver um trabalho adequado da profissão. Além de ser uma legislação que deve ser cumprida pelo enfermeiro, conforme consta na Resolução COFEN 358/2009.

Tendo como questão norteadora: qual a produção científica de enfermeiros sobre a aplicação da Sistematização de Assistência de Enfermagem numa Unidade de Terapia Intensiva Adulto?

Metodologia

Trata-se de um estudo que se desenvolveu por meio de revisão bibliográfica, narrativa, diante da interpretação e análise crítica dos autores. Onde de forma universal as pessoas expressam sua visão e percepção dos acontecimentos onde vivem.¹⁰ O desafio da pesquisa qualitativa fornece uma reflexão do universo, na análise de conteúdo, com significados. Sua leitura é para qualquer área de conhecimento com exemplos de forma resumida e com o olhar detalhado dos dados gerados na pesquisa¹¹

A busca pela produção científica referente ao tema em estudo foi realizada na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILLACS). A coleta de dados foi realizada e utilizada durante o mês de setembro de 2015. Utilizou-se como seguinte estratégia: “Enfermagem” AND “SAE” AND “Unidades de Terapia Intensiva”. A busca foi realizada delimitando recorte temporal a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009. Dessa forma, utilizou-se como critérios de inclusão: artigos que abordassem sobre a temática da SAE e UTI no idioma português. Utilizaram-se como critérios de exclusão os estudos com resumo não disponível online ou incompleto no banco de dados. No total de 13 artigos, onde 8 não estavam relacionados com a temática, restando cinco para atingir os resultados do trabalho.

Para categorizar os estudos selecionados, cada artigo recebeu um código designado pela letra A (artigo), seguido de um número. As produções selecionadas serão agrupadas em um quadro sinóptico. Após a análise, emergiram as seguintes categorias: “Fragilidades encontradas por enfermeiros na atuação da sistematização da assistência de enfermagem” e “Processo burocrático representa experiência desafiadora na prática do cuidado”.

Após para discussão dos artigos, foi utilizado análise prepositiva de Minayo, que trabalha dados na análise do conteúdo, com referencial de interpretação, apresentando propostas resumidas, na qual propõe os seguintes passos na análise do tema: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos. Estes foram ordenados, organizados e posteriormente agrupados para uma posterior categorização contendo palavras-chaves encontradas nos artigos.

Resultados e discussão

Da análise temática surgiram duas categorias principais, relacionadas da seguinte forma: **Categoria 1.** Fragilidades encontradas por enfermeiros na atuação da sistematização da assistência de enfermagem, **Categoria 2.** Processo burocrático representa experiência desafiadora na prática do cuidado.

Categoria 01: Fragilidades encontradas por enfermeiros na atuação da sistematização da assistência de enfermagem

Nesta categoria, contemplam os artigos, A1, A4 e A5, a seguir serão abordados os tópicos evidenciados.

Frente as instituições de saúde, a implantação da SAE apresenta fragilidades por parte da equipe, pois apresentam resistência nas mudanças (A1). Em contrapartida há falta de iniciativa e estímulo dos profissionais que também estão relacionados com a falta de comunicação com sua equipe onde deveria haver uma reflexão conscientizar a enfermagem sobre novas buscas de especializações e conhecimento.¹²

São limites detectados por profissionais da equipe de enfermagem, já a inexperiência por parte dos profissionais, conhecimento, diálogo e registros inadequados que estão presentes no âmbito hospitalar (A1, A4 e A5). Tal temática converge que haja uma percepção da autonomia do

enfermeiro que identifiquem ações que necessitem da mudança para proporcionar a autonomia desejada.¹³ Frente esse cenário o enfermeiro desenvolve múltiplas funções na prática do cuidado delegando responsabilidades aos demais membros da equipe de enfermagem (A1 e A5). Corroborando, alguns estudos relatam que os enfermeiros exercem várias funções que nem sempre estão diretamente ligadas a assistência, em consequência, deixa de ser prioridade o atendimento com qualidade.¹⁴

Não basta conhecer a SAE, é necessário que toda a equipe faça parte da implementação desse sistema para que o trabalho seja aplicado corretamente, para isso é importante obter informações necessária para o crescimento na sua aplicação (A5). A aplicação da SAE na saúde é um método que qualifica a visão gerencial da assistência, seu conhecimento é de grande importância para garantir segurança nas decisões relacionadas a equipe, paciente e unidade.¹⁵ É preciso padronizar as rotinas e procedimentos na unidade para permitir técnicas em conjunto, buscando a melhoria do trabalho, para obter um melhor resultado nas novas implantações (A4). “A SAE é um instrumento metodológico, seu uso pode ou não ser adequado e que ele por si só não é capaz de garantir a qualidade da assistência. Para isto é necessário a capacitação e treinamento contínuo do enfermeiro e equipe de enfermagem.”^{15,16}

Categoria 02: Processo burocrático representa experiência desafiadora na prática do cuidado

Os artigos A2 e A3 mostram que o processo burocrático dificulta a atuação do enfermeiro no atendimento direto com o paciente, pois ele faz um papel gerencial administrativo que envolvem os serviços de andamento do setor. O enfermeiro precisa saber conciliar a assistência com o administrativo sabendo dividir as funções na sua equipe. O processo de registro feito pelos enfermeiros em estudo, é um fator que dificulta no processo da assistência, a coleta de dados favorece a organização e esclarecimento das informações, padronização do trabalho, agilidade do enfermeiro na avaliação do paciente e satisfação da equipe.¹⁷

Uma unidade complexa com pacientes críticos e com uma demanda grande de atendimento e procedimentos invasivos com muitas intercorrências muitas vezes ao mesmo tempo, o horário do turno torna-se insuficiente para realizar todas as atribuições do enfermeiro, mas a equipe deve se organizar para o trabalho ser completo e com eficiência. O comprometimento da chefia da enfermagem com a implantação da SAE é necessário e importante, devem haver reuniões, um plano de cuidado, sensibilização da equipe, promover estudos para viabilizar o processo de saúde.¹⁸

A SAE é interpretada e trabalhada de maneiras e formas diferenciadas, por ser algo novo, muitos ainda não têm conhecimento teórico prático para aplicar corretamente. Acredita-se que a aplicação da SAE deve estar presente nas instituições com capacitações, educação continuada, para obter conhecimento efetivo e capacitar sua equipe com objetivo de um cuidado humanizado e seguro (A3). A aplicação da SAE o trabalho fica desorganizado, gera conflitos de opiniões e de rotina, desgaste e desvalorização do enfermeiro no ambiente hospitalar, diminui a produtividade e qualidade da assistência, desgaste e estresse da equipe.¹⁷

A SAE é interpretada e trabalhada de maneiras e formas diferenciadas, por ser algo novo, muitos ainda não têm conhecimento teórico prático para aplicar corretamente (A3). Devido à falta de prática de alguns profissionais e por não acompanhar o paciente diariamente.¹⁹ Acredita-se que a aplicação da SAE deve estar presente nas instituições com capacitações, educação continuada, para obter conhecimento efetivo e capacitar sua equipe com objetivo de um cuidado humanizado e seguro (A3). Sem a aplicação da SAE o trabalho fica desorganizado, gera conflitos de opiniões e de rotina, desgaste e desvalorização do enfermeiro no ambiente hospitalar, diminui a produtividade e qualidade da assistência e gera estresse na equipe. Esta afirmativa reforça que não basta somente adquirir a SAE, para sua aplicação é preciso ter conhecimento e sensibilizar toda sua equipe (A3). Nessa perspectiva, proporciona ao trabalho do enfermeiro maior visibilidade de suas ações.²⁰

Considerações Finais

A Teoria de Wanda Horta abriu as portas para uma assistência responsável, detalhada e com qualidade. A aplicação da SAE na unidade de terapia intensiva adulto é imprescindível na rotina do paciente hospitalizado e crítico, o ambiente é complexo, onde os mínimos detalhes fazem a diferença na qualidade do cuidado. Qualquer âmbito de trabalho é resistente a mudanças, mas o interesse deve vir dos membros da equipe em aprender mais e saber aplicar a assistência com qualidade e segurança.

O estudo mostrou uma limitação na aplicação da SAE devido à falta de funcionários, capacitações, conhecimento e dúvidas sobre o papel da equipe, é possível afirmar que a SAE pode ser aplicada e com qualidade.

Esta pesquisa contribui para o conhecimento e entendimento que o processo na aplicação da SAE numa UTI Adulto é de extrema importância e busca melhoras na qualidade, organização, segurança e eficiência dos profissionais na busca de atualizações que podem partir da própria equipe.

Eixo temático: “Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem”

Referências

- 1.Souza MF. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. 3ª ed. São Paulo: Ícone; 2001. p. 29-40.
- 2.Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica, 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.28-47.
- 3.Duarte APP, Ellensohn LA. Operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. **Rev. Enferm. UERJ**. 2007 Out-Dez;15(4):521-6.
- 4.Nóbrega MML, Garcia TR. Terminologias em enfermagem: desenvolvimento perspectivas de incorporação na prática profissional. In: Albuquerque LM, Cubas MR. Cipescando em Curitiba: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba (PR): ABEn; 2005.
- 5.Peduzzi M, Anselmi MLO. processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Ver Bras Enferm**. 2002 Jul-Ago; 55(4):392-8.
- 6.Peres AMP, Ciampone MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**. 2006.Jul-Set; 15(3):492-9.
- 7.Truppel TC, Meier MJ, Calixtorc, Peruzzoas, Crozetak. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **RevBrasEnferm**. 2009;62(2):221-227.
- 8.Amante LN, Rosseto AP, Scheneider DG. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, vol.43, n.1, 2009.
- 9.Alfaro LR. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
10. Silva DGV; Trentini M., Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem** 2002; 10(3):432-32.
- 11.Mynaio MCS; Deslandes FS; Gomes R. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: ed. Vozes, 2016.
- 12.Remizoski J, Rocha MM, Vall J. Dificuldades na implantação da sistematização da assistência de enfermagem-SAE: Uma revisão narrativa-**Cadernos da escola da saúde**, Curitiba, 2010.
- 13.Santos FOF, Montelezi, Perez AM. Sistematização Da Assistência De Enfermagem: Dificuldades Evidenciadas Pela Teoria Fundamentada Nos Dados **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2013 jan/mar; 21(1):47-53.

- 14.França FVC, Kawaguchi, Silva EP, Abrão GA, Uemura H, Alfonso LM. Implementação do diagnóstico de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva e os dificultadores para enfermagem: relato de experiência. **Rev Eletr Enferm** [online]. 2007; 9(2):537-46. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a20.htm> Acesso:2 de junho de 2016.
- 15.Guedes SD, Alves VL. As dificuldades encontradas pelo enfermeiro na implantação da sistematização da assistência de enfermagem. 10º SINADEN, 2010. Acesso:21 de junho de 2016.
- 16.Cruz DM. Processo de enfermagem e classificações. In:GAIDZINSKI, R. R. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2008.
- 17.Evora YDM, Marli MCB. O uso do computador como ferramenta para a implantação do processo de enfermagem. **RevBras Enferm**. 2005; 55:709-13
- 18.Medeiros AL, Santos SR, Cabra RWL. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Dificuldades Evidenciadas Pela Teoria Fundamentada nos dados **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2013 jan/mar; 21(1):47-53.
- 19.Takahashi AA. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 32-38, 2008.
- 20.Truppel TC, Meier MJ, Calixtorc, Peruzzoas, Crozetak. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **RevBrasEnferm**. 2009;62(2):221-227.



84. TECNOLOGIAS NO CENÁRIO HOSPITALAR: UMA VISÃO DO ENFERMEIRO

TECHNOLOGIES IN THE HOSPITAL SCENARIO: A VISION OF THE NURSE

TECNOLOGÍAS EN HOSPITAL: UNA VISIÓN ENFERMERAS

MERGEN, Natália Tais¹; LOPES, Josiane²; SALBEGO, Cléton³; NIETSCHE, Elisabeta Albertina⁴; BÖCK, Andressa⁵; FAVERO, Natalia Barrionuevo⁶.

Resumo: A instituição hospitalar é uma complexa organização que investe continuamente em tecnologias que otimizam o trabalho da equipe, beneficiando e assegurando a qualidade do cuidado aos pacientes. **Objetivo:** conhecer o entendimento dos enfermeiros sobre tecnologias e, sua inserção no cenário hospitalar. **Metodologia:** pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratória, desenvolvida com 21 enfermeiras de um Hospital Universitário de grande porte localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul. A coleta dos dados ocorreu entre março a dezembro de 2015 por meio de entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** foram elencadas três linhas a visão centrada na máquina, concepções e aproximações e a perspectiva humana do cuidado integral. **Considerações finais:** o desenvolvimento tecnológico na área da saúde é um processo contínuo de análise dos benefícios, onde é mantido um equilíbrio entre máquina e humanização.

Descritores: Tecnologia; Hospital; Enfermagem.

Abstract: The hospital institution is a complex organization that invests continuously in technologies that optimize the work of the team, benefiting and ensuring the quality of care to patients. **Objective:** to know the nurses' understanding of technologies and their insertion in the hospital setting. **Methodology:** a qualitative, descriptive and exploratory field research with 21 nurses from a large university hospital located in the central region of the state of Rio Grande do Sul. Data collection occurred between March and December 2015 By means of a semi-structured interview. The data were analyzed using the Content Analysis technique. **Results:** three lines were the machine-centered view, conceptions and approximations, and the human perspective of integral care. **Final considerations:** technological development in the health area is an ongoing process of benefit analysis, where a balance between machine and humanization is maintained.

Descriptors: Technology; Hospital; Nursing.

Resumen: El hospital es una organización compleja que invierte continuamente en tecnologías que optimizan el equipo de trabajo, beneficios y garantizar la calidad de la atención a los pacientes. **Objetivo:** Aprender cómo las enfermeras de las tecnologías y su integración en el entorno hospitalario. **Metodología de la Investigación :** campo con un enfoque cualitativo, descriptivo y exploratorio, desarrollado con 21 enfermeras en un gran hospital universitario situado en la región central del estado de Rio Grande do Sul recogida de datos se realizó entre marzo-diciembre 2015 a través de entrevistas semiestructuradas. Los datos se analizaron a partir de la técnica de análisis de contenido. **Resultados:** Se enumeran tres líneas de visión centrada en la máquina, conceptos y enfoques y perspectiva humana de la atención integral. **Consideraciones finales:** desarrollo tecnológico en salud es un proceso continuo de análisis de los beneficios, que se mantiene un equilibrio entre la máquina y la humanización.

Descriptores: La tecnología; El hospital; Enfermería.

Introdução

No contexto de atenção a saúde, o cenário hospitalar pode ser caracterizado como uma complexa organização, composta por inúmeros profissionais de distintas áreas de formação, que

¹ Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões. E-mail: natalia-mergen@hotmail.com

² Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

³ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

⁵ Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

⁶ Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

necessitam de uma organização de pessoas que são diariamente confrontadas com situações emocionais, como questões de vida, doenças, mortes, acarretando em ansiedade e tensão. Este cenário é visto por diversos pontos, seja voltado para prestação de serviços agudos, ou ainda através da inserção de tecnologias compatíveis com a prática de seus profissionais para seus usuários.¹

Por ser um local de grande complexidade, o hospital investe continuamente em tecnologias, visando atender à emergência de novos e diferentes problemas de saúde apresentados pela sociedade. Sendo assim as práticas hospitalares necessitam tanto de recursos tecnológicos, quanto da capacitação dos profissionais, que ali atuam, a fim de proporcionar aos usuários um melhor atendimento e resolução dos problemas identificados no ambiente em questão.^{2,3}

Com o passar dos anos, se fez possível acompanhar o quanto o desenvolvimento tecnológico está presente nas organizações de saúde, proporcionando facilidade no acesso a dados armazenados, otimização do tempo para a consulta, podendo ser primordial em situações de emergência. Vale ressaltar, que o conhecimento adquirido pelos profissionais é de extrema importância, já que este permite padronizar as informações no serviço, oferecendo maior segurança aos pacientes e uma melhoria constante nos serviços oferecidos, de modo que o atendimento seja integral por parte da equipe.⁴

A partir da tecnologia, a enfermagem pode melhorar a qualidade da assistência e aprimora os cuidados, atendendo as necessidades tanto dos trabalhadores e pacientes, quanto da organização do serviço, potencializando a produtividade. Desse modo a tecnologia é uma ferramenta que pode auxiliar na segurança do cuidado, visto que diminui a repetição do trabalho, reduz tempo e energia gasto pelo profissional durante o atendimento.^{5,6}

Neste contexto, o profissional enfermeiro é peça fundamental como força de trabalho, sendo responsável pela qualidade do cuidado, segurança da assistência, coordenação e potencialização da equipe frente às tecnologias disponíveis. Desta forma as novas tecnologias, também, otimizam o trabalho e reduzem custos, beneficiam e asseguram a qualidade do cuidado perante os pacientes.³

Frente ao exposto, este estudo justifica-se pela necessidade de compreender como as tecnologias são concebidas pelas enfermeiras no contexto de sua práxis profissional, tendo em vista a complexidade do cenário hospitalar, sendo este, possuidor de aparatos tecnológicos informatizados e materializados. Os profissionais da enfermagem utilizam-se desses recursos para desenvolver suas práticas, sobretudo a concepção de tecnologia deve transcender o reducionismo, a máquina, artefato, produto, com vista a valorizar os aspectos humanos da profissão. Nesta perspectiva, o cuidado desenvolvido pela enfermagem está embasado nas relações humanas.

Assim, mesmo que a globalização e a inovação no setor saúde estejam em ascensão cabe aos profissionais sensibilizarem-se de que o cuidado pode ser modernizado (relação homem/máquina e

relação homem/homem), desde que não perca seus princípios éticos, sociais e culturais. Para tanto, o presente estudo questiona: “qual o entendimento dos enfermeiros sobre tecnologias inseridas no cenário hospitalar e como se apresentam no cotidiano de seu trabalho?” Objetiva-se conhecer o entendimento dos enfermeiros sobre tecnologias e, sua inserção no cenário hospitalar.

Metodologia

Pesquisa de campo, com abordagem qualitativa⁷, do tipo descritivo e exploratória, desenvolvida em um Hospital Universitário localizado no estado do Rio Grande do Sul. Inicialmente, a pesquisa estimou uma amostra de 28 participantes, tendo em vista, ser este o quantitativo de unidades/serviços, da instituição estudada, que apresentava em seu quadro de servidores ao menos um profissional enfermeiro. Contudo, participaram desta pesquisa 21 enfermeiras, pois atenderam aos seguintes critérios de inclusão: atuar na instituição hospitalar em um período igual ou superior a um ano, estar em atividade durante o período destinado ao estudo.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, abrangendo um processo crescente de reflexão acerca da concepção de tecnologias na enfermagem. A coleta de dados ocorreu no período de março a dezembro 2015. Por fim, foi realizada a análise dos dados com base na técnica de Análise de Conteúdo⁷, operacionalizada a partir das etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria - RS sob parecer 932.520/2015. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o sigilo e anonimato, foram mantidos por meio da abreviação E-(entrevista), Enf-(enfermeira), seguido de identificação numérica correspondente a ordem sequencial em que se iniciou a coleta, exemplo, EEnf 1, EEnf 2 e assim por diante.

Resultados e Discussões

Objetivando nortear e organizar a apresentação dos resultados e discussões deste estudo, foram construídas três categorias analíticas, a saber: Concepção tecnológica sob uma visão centrada na máquina; Tecnologia da informação no cuidado em enfermagem: concepções e aproximações; Tecnologia sob a perspectiva humana do cuidado integral.

Concepção tecnológica sob uma visão centrada na máquina

O âmbito hospitalar está em constante avanço nas mais diversas áreas possibilitando a criação de novas tecnologias, sejam elas do cuidado, educação ou gerencia, permitindo maior segurança na prestação de serviços tanto para os profissionais, quanto para os pacientes. Entretanto alguns profissionais encontram dificuldades em expressar e outros em compreender essas novas

tecnologias empregadas em um meio tão complexo como o hospitalar. Por vezes compreendem essas tecnologias como algo palpável, como bens materiais, ferramentas ou produtos, tais opiniões podem ser verificadas a partir das falas abaixo.

[...] um aparelho para verificação da pressão arterial [...] tecnologias, ferramentas tecnológicas, tipo computador, um aparelho que vai monitorar com mais segurança os sinais vitais do paciente. Instrumentos que vão possibilitar conhecer melhor a rotina daquele paciente, a vida daquele paciente. Um aparelho industrializado, algo que vai auxiliar tanto o profissional a prestar um cuidado, como o paciente a receber esse cuidado com mais segurança. [...] são ferramentas criadas para nos auxiliar a prestar um cuidado, uma atenção com mais eficiência, com mais segurança. (EEnf 02)

[...] a linguagem tecnologia no nosso meio [hospital] se refere a todo e qualquer material que dê um suporte avaliativo, um tomógrafo novo, um ecodopler, essa é a nossa linguagem do hospital, chegou uma tecnologia nova. Basicamente é esse o nosso português aqui dentro, é uma tecnologia que eu disponho para monitorar o paciente. [...] eu sei que tem um monte de entendimento para tecnologia, sei que é uma coisa mais voltada para as metodologias que você utiliza para desenvolver uma determinada tarefa. (EEnf 04)

[...] antigamente a gente usava o aparelho analógico, o esfigmomanômetro de inflar, hoje já tem um aparelho [digital] que você coloca e já vê a pressão, já vê pulso, já vê tudo [...] tecnologia são determinados instrumentos, material que vão interagir no teu cuidado ou vão te ajudar no teu dia-a-dia de uma forma ou outra. (EEnf 13)

Percebe-se que os participantes concebem as tecnologias sob uma visão de máquinas, ferramentas que são desenvolvidas para auxiliar e facilitar o cuidado aos pacientes, permitindo mais rapidez, eficiência e confiança no momento do atendimento aos usuários. Dessa forma, oferecendo uma vasta linha de produtos e aparelhos que qualificam a assistência e melhorem a qualidade de vida, garantindo a segurança na prestação de serviços.

As tecnologias do setor saúde vem sendo concebidas como equipamentos, materiais, medicamentos, protocolos assistenciais e programas que oferecem benefícios e rapidez para fins terapêuticos, diagnósticos e de manutenção da vida, qualificando o cuidado com a saúde da população^{8,9}. Conforme o Ministério da Saúde a tecnologia material maximiza os benefícios da saúde que são obtidos com recursos disponíveis, garantindo o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras.¹⁰

A tecnologia se manifesta como objetos físicos, instrumentos, maquinário, matéria e recursos antigos que tem como finalidade aumentar e melhorar o tratamento e o cuidado por meio da prática de saúde. Frente a isso, estudos^{9,11} apontam que a assistência de enfermagem, atualmente, tem sofrido grandes impactos a partir do avanço das tecnologias, sendo possível perceber que a prática do enfermeiro é primordialmente influenciada pelas tecnologias enquanto máquinas, seguida daquelas que envolvem o conhecimento do profissional, a humanização, vínculo, a relação entre pessoas. O estudo¹¹ salienta que estas tecnologias não palpáveis ainda estão sendo pouco valorizadas e implementadas pelos enfermeiros no cuidado.

Tecnologia da informação no cuidado em enfermagem: concepções e aproximações

Dentre as diversas tecnologias presentes no ambiente hospitalar, as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) têm sido utilizadas como um caminho para apoiar o desenvolvimento da enfermagem. Nesta perspectiva a tecnologia não foi vista somente como máquina, mas também como a informatização da assistência em enfermagem, sendo percebida suas contribuições para o trabalho, para melhorar e auxiliar no desenvolvimento do cuidado, permitindo acesso rápido a informações que exercem grande influência sobre a vida e assistência do usuário.

[...] é tudo aquilo que nos auxilia no trabalho, que nos facilita. Eu tenho algumas tecnologias [...] o próprio sistema que a gente tem novo, AGHU, é uma tecnologia que facilita o nosso trabalho. [...] tecnologias que auxiliam no cuidado, que ajudam no cuidado do paciente. [...] poderia dizer que a tecnologia não é só os equipamentos, mas a própria informatização dos sistemas são formas de acelerar a resolutividade do problema do paciente. (EEnf 05)

[...] é uma instrumentalização que veio para ajudar a enfermagem e não para dificultar. A informatização, não deixa de ser uma tecnologia que veio para ajudar, para ampliar nossos conhecimentos, com mais rapidez. Hoje em dia, vem um paciente com um diagnóstico que você nunca ouviu falar e você acessa no sistema e já descobre o que é quais os cuidados, então ela vem para somar, para ajudar. [...] antigamente era tudo manual, e hoje a gente monitora um paciente sem precisar tocá-lo, você monitorando um paciente vê: temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial, saturação. [...] mas que isso não pode diminuir nosso toque e nosso contato direto com o paciente, [tecnologia] tem que vim para facilitar e para ajudar e não para separar, distanciar mais dos pacientes, do olho no olho do toque [...]. (EEnf 08)

A partir da visão expressa pelos profissionais, observa-se que eles compreendem a tecnologia como uma contribuição para o cuidado, que se dá por meio da informatização e criação de novos sistemas, que possibilitam o acesso a informações, monitoração do paciente, de modo a acelerar o atendimento e obter melhores resultados. Percebe-se ainda a preocupação dos profissionais em não utilizar somente a tecnologia, mas manter a aproximação e o contato com esse usuário.

As TICs podem promover a melhoria da qualidade do cuidado, dos resultados do usuário e dos cenários da prática, por meio da redução do tempo de documentação e registro clínico (3). Podem ainda propiciar o desenvolvimento do pensamento crítico e do raciocínio investigativo dos enfermeiros, promovendo a aproximação desses profissionais com os cuidados, favorecendo a discussão clínica entre os pares e a equipe multidisciplinar e fomentando a busca contínua de informações e evidências científicas.¹²

É percebido que a informatização do trabalho da enfermagem introduziu grandes avanços, permitindo a estes profissionais o acesso rápido e facilitado a informações dos pacientes. Ao enfermeiro, esta inovação, desencadeou o fortalecimento do pensamento crítico e reflexivo com vistas a avaliação clínica e qualificada do paciente. O uso de sistemas de gestão, como o AGHU citado por uma participante, potencializa o monitoramento do paciente desde sua entrada no hospital, permite concentrar todas as informações clínicas do paciente, bem como, as condutas

adotadas pela equipe multidisciplinar, assim, uma TIC proporciona a resolubilidade do trabalho em âmbito hospitalar.

O principal esforço da informática em Enfermagem é especificar as exigências do sistema de informação clínica e incluir as necessidades dos enfermeiros no processamento das informações para apoiar a prática. Neste sistema informacional é preciso integrar pessoas, informação, procedimentos e recursos de computação em um objetivo comum de maximizar os benefícios a essas pessoas e as capacidades tecnológicas.¹²

Assim, se faz importante considerar a informática no campo da enfermagem como propulsora de progressos tecnológicos. No contexto do cuidado do enfermeiro, acredita-se que este possa alcançar níveis de excelência mediante a adesão dos recursos tecnológicos em informática disponíveis na atualidade. Tais recursos devem ser elementos integrantes do contexto de sua assistência como uma ferramenta de apoio para a obtenção de dados, bem como para a geração de novas informações e conhecimentos.

Tecnologia sob a perspectiva humana do cuidado integral

No atual contexto social a relação entre os seres humanos está sendo demasiadamente virtual, através de máquinas e equipamentos, que maximizam a distância entre as pessoas. Por tanto a convivência e o contato entre pessoas não devem ser ignorados, pois são considerados necessários e importantes nas relações de cuidado. A importância da tecnologia não deve ultrapassar a do ser humano, pois o contato, a relação pessoa-pessoa é de extrema importância no atendimento e na reabilitação da saúde, de modo a fortalecer o cuidado.¹³

Para tanto para algumas pessoas a palavra tecnologia não remete somente ao patrimônio material, ou mesmo a informatização, também representa as ações educacionais, gerenciais e assistenciais, que exige dos profissionais uma competência diferenciada que os desafia à criatividade, à escuta e a flexibilidade, não se restringindo a matéria física; desse modo mantendo o vínculo, a humanização e a comunicação verbal como forma de cuidado qualificado e seguro.

[...] a maneira que você se relaciona, o vínculo, é uma tecnologia. [...] é um meio de conseguir promover a saúde daquele paciente, daquela família é uma tecnologia, a orientação não deixa de ser uma ferramenta, uma tecnologia. (EEnf 03)

[a tecnologia] [...] facilita o nosso trabalho, agora mudar em si [o cuidado em enfermagem] não, por que eu penso que o cuidado ao ser humano, o cuidado da enfermagem ele não tem como substituir o ser humano. [...] sempre vai precisar de um “sujeito humano” para ir lá desenvolver aquele cuidado, precisa olhar para pessoa, precisa avaliar o nível de consciência, precisa avaliar um acesso venoso [...] então precisa ver outros aspectos que jamais vai substituir [pela máquina]. (EEnf 09)

[...] em relação a tecnologia, é o aparelho mesmo, bem tecnologia instrumental, mas também tem a tecnologia da humanização. [...] eu considero isso uma tecnologia, a gente conversar, conhecer ela [paciente], é uma tecnologia que se usa para conseguir fazer essa educação, que muitas vezes é mais correta do que tentar usar um aparelho [...] (EEnf 19)

A partir das falas evidencia-se que os profissionais consideram a humanização, o vínculo e a relação interpessoal como tecnologias, pois não basta existir materiais e informatização, sem que o ser humano, dotado de conhecimento, esteja à frente para fazer uso dessas ferramentas. É necessário um olhar humano, uma relação do profissional com o paciente, conhecer a realidade e a necessidade de cada pessoa, estabelecer um diálogo de confiança.

As tecnologias centradas em relacionamentos são configuradas como dispositivos para educar-cuidar, permitindo a potencialização de abordagens dinâmicas, onde os sujeitos se encontram, atuam entre si, e praticam momentos de fala, escuta e interpretações, possibilitando a elaboração da acolhida com responsabilidade de modo a produzir relação de vínculo e confiança que otimizarão a assistência e o cuidado qualificado, humano e integral.¹⁴

Neste íterim, o conhecimento da enfermagem busca orientar-se em aspectos existenciais do ser humano, avaliando sua subjetividade, sua totalidade. Nesta conjuntura, observar e sentir o paciente durante o cuidado é olhar essa pessoa nas suas relações, no seu ambiente de trabalho, nas suas interações, ampliando assim essas questões, considerando a saúde, o trabalho e o bem-estar como intimamente associados. Ao enfermeiro, lhe cabe utilizar o cuidado como núcleo de sua atuação entendendo-o como um constructo complexo com diferentes dimensões que envolvem e desenvolvem ações, atitudes e comportamentos que se fundamentam no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, social, econômico, político e psicoespiritual, buscando a promoção, manutenção ou recuperação da saúde, dignidade e totalidade humana.⁹ Por consequência, o cuidado e a tecnologia estão intimamente (inter) ligados, isto, considerando que a enfermagem, enquanto ciência, está comprometida com princípios, leis e teorias, e a tecnologia consiste na expressão desse conhecimento científico em sua própria transformação.

Considerações Finais

A partir desse estudo torna-se visível que o desenvolvimento tecnológico na área da saúde é um processo contínuo de análise dos benefícios, das consequências econômicas e sociais no emprego das tecnologias e da forma que ela é empregada por cada profissional da área, assegurando a população aspectos efetivos, seguros e éticos.

Os enfermeiros em questão compreendem essas tecnologias no cenário hospitalar meramente como uma máquina, reconhecendo-as como ferramentas e objetos facilitadores do procedimento técnico. Para a grande parte dos profissionais considera-se a tecnologia, apenas algo palpável, como por exemplo, um aparelho para aferição da pressão arterial, uma bomba de infusão, monitores, entre outros. Entretanto para alguns a comunicação, informatização, e o vínculo também fazem parte desse novo cenário tecnológico, pois para eles tecnologia é tudo que vem para somar no

ambiente de trabalho, algo construtivo e que oferece a equipe e aos usuários melhorias na qualidade da assistência.

A tecnologia na prática do enfermeiro é mantida como um equilíbrio, pois ela pode ser um fator que humaniza, mesmo em uma área tecnologicamente intensa no cuidado a saúde. A tecnologia é interpretada como produto e significado, produto e processo, ou seja, permanece tanto como material objetiva, palpável, informatização, quanto como conhecimento, vínculo, relação pessoa-pessoa, construindo uma relação dinâmica que facilita a assistência e a implementação do cuidado em saúde.

Refletir acerca do cuidado na perspectiva da tecnologia nos leva a repensar a inerente capacidade do ser humano em buscar inovações capazes de transformar seu cotidiano, visando uma melhor qualidade de vida e satisfação pessoal e profissional. A tecnologia, portanto, pode ser compreendida como mediadora da racionalidade e da subjetividade, da intuição, da emoção e das sensações, fazendo da razão e da sensibilidade, instrumentos para fortalecer e qualificar o cuidado de enfermagem.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Conass. Política Nacional de Atenção Hospitalar. Nota técnica 24, 2013. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-24-2013-PNOHOSP-vf.pdf>>. Acesso em: 08 de março.
2. Silva MA, Erdmann AL, Cardoso RS. O sistema de enfermagem hospitalar: visualizando o cenário das políticas gerenciais. Ver. Eletrônica de Enfermagem. 2008;10(2):448-459. Disponível: < https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n2/pdf/v10n2a16.pdf>. Acesso em: 09 de março.
3. Amorim AS, Pinto VLJ, Shimizu HE. O desafio da gestão de equipamentos médico-hospitalares no Sistema Único de Saúde. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.350-362, ABR-JUN 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00350.pdf>>. Acesso em: 10 de março.
4. Melo MIAN, Rodrigues IF, Ribeiro DAF. O papel do administrador hospitalar no mundo contemporâneo. Faculdade Laboro. 2015, 2ª Ed, v 1, p. 2-5. Disponível em:< http://faculadadelaboro.com.br/wp-content/uploads/2015/06/revista_Cient%C3%ADfica_Faculdade_Laboro-ed-02.pdf>. Acesso em: 10 de março.
5. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás/ organizadores Claci Fátima Weirich Rosso, et al. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014. 336p. : il. Disponível em:<<http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2015/02/Protocolo-de-Enfermagem-2015.pdf>>. Acesso em: 15 de março.
6. Gonçalves FGA, Souza NVDO, Zeitoune RCG, Adame GFPL, Nascimento SMP. Impactos do neoliberalismo no trabalho hospitalar de enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Jul-Set; 24(3): 646-53. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00646.pdf>. Acesso em: 17 de março.

7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

8. Lorenzetti J, Trindade LL, Pires DEP, Ramos FRS. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 432-9. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a23v21n2.pdf>>. Acesso em: 21 de março.

9. Nietsche EA, Lima MGR, Rodrigues MGS, Teixeira JA, Oliveira BNB, Motta CA, et al. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. Rev Enferm UFSM 2012 Jan/Abr;2(1):182-189. Disponível em:< <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3591/3144>>. Acesso em: 21 de março.

10. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Consolidação da área de avaliação de tecnologias em saúde no Brasil. Rev. Saúde Pública vol.44 no.2 São Paulo Apr. 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200022>. Acesso em: 22 de março.

11. Pereira CDFD, Pinto DPSR, Tourinho FSV, Santos VEP. Tecnologias em enfermagem e o impacto na prática assistencial. Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde, On-Line, Desde 2010. Disponível em:< <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/3331/2727>>. Acesso em: 22 de março.

12. Sasso GTM, Barra DCC, Paese F, Almeida RW, Rio GC, Marinho MM, et al. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(1):242-9. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a31v47n1>>. Acesso em: 17 de março.

13. Baggio MA, Erdmann AL, Sasso GTM. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 378-85. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/21>>. Acesso em: 14 de março

14. Teixeira, E. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia sócio-educativa: vivências na Ilha de Caratateua, Belém. Esc. Anna Nery vol.11 no.1 Rio de Janeiro Mar. 2007. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000100023>. Acesso em: 14 de março.

85. TENDÊNCIA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DE CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PRODUTOS NA ENFERMAGEM

TENDENCY OF SCIENTIFIC PRODUCTION ON CONSTRUCTION AND VALIDATION OF PRODUCTS IN NURSING

TENDENCIA DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SOBRE CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE PRODUCTOS EN ENFERMERÍA

ZANON, Bruna Pase¹; PAULA, Cristiane Cardoso²; RIBEIRO, Aline Cammarano³; ARBOIT, Jaqueline⁴; FERREIRA, Tamiris⁵

Introdução: Construir e validar produtos são uma preocupação atual dos pesquisadores da enfermagem, pois ao realizarem investigações que envolvem novas ferramentas ou instrumentos utilizados por outros pesquisadores, faz-se necessário estabelecer confiabilidade e validade.¹ Os estudos de construção e validação são desenvolvidos a partir de pesquisas de desenvolvimento metodológico. Esta é considerada uma estratégia de pesquisa, que busca, mediante o uso de maneira sistemática dos conhecimentos existentes, elaborar uma nova intervenção ou melhorar significativamente uma intervenção existente, ou, ainda, construir ou melhorar um instrumento, um dispositivo ou método de medição.² As técnicas de validação de instrumentos de medidas mais conhecidas são: validade de conteúdo; validade de aparência; validade de critério e validade de constructo.³ A validade de conteúdo é a determinação da representatividade de itens que expressam um conteúdo, baseada no julgamento de especialistas em uma área específica.⁴ **Objetivo:** caracterizar as tendências acerca de dissertações e teses brasileiras que tiveram o propósito de construir e validar produtos no campo da enfermagem. Justifica-se a realização deste trabalho, apresentado a disciplina de Construção de Conhecimento II do Curso de Doutorado, tendo em vista a construção de aportes teóricos para o desenvolvimento do projeto de Doutorado, que tem objetivo de construir e validar um protocolo para acompanhamento do processo de revelação do diagnóstico de HIV para criança em serviço especializado. **Metodologia:** trata-se uma revisão bibliométrica. Os indicadores bibliométricos são utilizados para avaliar os resultados dos investimentos em pesquisas e produção de artigos científicos e para responder aos questionamentos sobre o impacto das

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Email: bbrunazonon@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós- Graduação em de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

⁵ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós- Graduação em de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

pesquisas na comunidade científica. Na enfermagem, estudos dessa natureza vêm sendo utilizados para indicar as características da produção científica da área. Configura-se como uma ferramenta importante, por evidenciar os padrões e tendências das pesquisas realizadas em diferentes áreas e temas.⁵ A busca foi realizada nos Catálogos de Dissertações e Teses do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEn) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), utilizando como estratégia a combinação das palavras “construção e validação”. Para localização das produções utilizou-se o recurso “Ctrl F” em cada catálogo. A busca foi realizada no mês de junho de 2016. Selecionaram teses e dissertações da enfermagem no Brasil, que tiveram como objetivo de “construir e validar” produtos no campo da enfermagem. Não delimitou recorte temporal, foram analisados os catálogos de 2001 a 2014. Foram encontradas 45 produções, entre teses e dissertações. As teses e dissertações duplicadas foram analisadas somente uma vez. Os dados foram organizados em duas tabelas com indicadores bibliométricos definidos pela autora. A primeira tabela contém os seguintes indicadores: código de acordo com CEPEn, tipo (dissertação ou tese) instituição de ensino superior, autor, orientador, ano, título e objetivo da dissertação ou tese. A segunda tabela: código, tipo de estudo, população, cenário, referencial teórico-metodológico utilizado para condução da pesquisa, técnica de análise e testes estatísticos; e produto construído e validado pela pesquisa. As informações foram obtidas por meio da leitura dos títulos e resumos. Os indicadores da primeira tabela e produto construído e validado pela pesquisa foram digitados em planilha *Excel*® e analisados por meio de estatística descritiva- frequência absoluta e relativa. Os dados da segunda tabela foram digitados em documento *Word*® e analisados por meio de análise de conteúdo. **Resultados:** como resultados têm-se 46 produções, sendo 28% (N=12) teses e 72% (N=33) dissertações. Quanto ao ano de publicação, estas aconteceram de maneira crescente. Sendo que a primeira produção foi publicada no ano de 2003. O ano que obteve o maior número de produções foi o ano de 2012, com 22% (N=10) produções. Ainda, pode-se inferir que a média foi de 4 produções ao ano. No que se refere às instituições de origem das produções destacaram a Universidade São Paulo/USP 34% (N=16), Universidade Federal do Ceará/UFC 32% (N=15), Universidade Federal da Paraíba 19% (N=9). No que tange aos orientadores das produções destacam Maria Miriam da Lima Nóbrega com 9% (N=4) orientações na Universidade Federal da Paraíba/UFP. No que se refere ao tipo de estudo as teses e dissertações analisadas reconhecem-se como estudo de desenvolvimento metodológico, variando o emprego da terminologia para “pesquisa metodológica”, “tipo de desenvolvimento”, “pesquisa metodológica do tipo de desenvolvimento”, “pesquisa metodológica aplicada a produção tecnológica”, “estudo de desenvolvimento”, “pesquisa metodológica e avaliativa”, “tipo metodológico com abordagem psicométrica”, “Pesquisa desenvolvimento e criação de *coursewares* de aprendizagem”. Quanto os participantes das

pesquisas, estes foram separados entre “juízes ou peritos” e “população-alvo” terminologia utilizada nas teses e dissertações. Dentre os juízes ou peritos destacam-se enfermeiras, docentes da enfermagem, médicos, técnico em esportes, estudantes da graduação e pós-graduação, profissionais da pedagogia e informática. No que se refere ao público-alvo destacam-se idosos, pacientes adultos, pacientes no pós-operatório, pacientes laringectomizados, pacientes com transtornos mentais, mães, familiares, estudantes de pós-graduação. No que tange ao cenário desenvolvida a pesquisa, apontam-se hospitais, unidade básicas de saúde, estratégia de saúde família, centro olímpico e laboratório do departamento de enfermagem. No hospital, as especialidades envolvidas nas pesquisas foram unidade médico cirúrgica, clínica pediátrica, unidade de terapia intensiva neonatal, unidade de terapia intensiva adulta, berçário e emergência. Quanto à utilização de referencial teórico-metodológico da psicometria destaca-se Pasquali (1997) e Pasquali (1988). Este referencial é utilizado para elaboração de instrumentos psicométricos e dividem-se em teórico, empírico e analítico. No que refere à técnica de análise e testes estatísticos tem a utilização como análise validade e confiabilidade e teoria clássica de testes. Quanto à validade destacam-se Técnica de Delphi, Índice de Validade de Conteúdo (IVL) e Índice de Legitimidade de Flesch ILF). Quanto à confiabilidade descrevem Índice de kappa, Alfa Crombach, Coeficiente de Correlação e Índice de Concordância. Quanto aos produtos gerados no campo da enfermagem têm-se instrumentos 45% (N=20), escalas 16% (N=7), indicadores e índices 11% (N=5), hipermídia 9% (N=4), tecnologia educativa 7% (N=3) e protocolo 4% (N=2). Os **instrumentos** têm como temática a qualidade de vida; sentimentos de impotência; satisfação da comunicação do paciente após laringectomia; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); adolescente hospitalizado; modelos de cuidado de enfermagem; ocorrência de problemas éticos na atenção básica; hipertensos atendidos em unidades de saúde da família; conhecimento e habilidade acerca da higienização simples das mãos; curso de graduação em enfermagem; dor em adultos com plexopatia braquial; usuários diabéticos no programa saúde da família; pré-operatória de cirurgia de mama; recém-nascidos assistidos no berçário; clientes adultos hospitalizados na UTI; idoso no programa de saúde da família; crianças de 0-5 anos; recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva neonatal; cliente adulto em unidade cirúrgica; e pacientes Pediátricos. Os **indicadores e índices** têm programas de controle de infecção hospitalar; práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter; qualidade de vida de Ferrans e Powers; acesso vascular de usuários em hemodiálise; e vulnerabilidade de famílias a incapacidades e dependência. As **escalas** têm a satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física; autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil; conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde; concepções e práticas de promoção da saúde do enfermeiro no ambiente hospitalar; observação da interação enfermeiro-cliente; autocuidado de pacientes

com insuficiência cardíaca; risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. As **hipermídias** têm como tema o planejamento familiar, com ênfase à contracepção; exame físico no pré-natal; saúde sexual- abordagem na consulta de Enfermagem ginecológica; e punção venosa periférica. As **tecnologias educativas** têm o paciente submetido à cirurgia ortognática; acompanhantes durante o trabalho de parto e parto; promoção da saúde em pessoas com mobilidade física prejudicada. Os **protocolos** acolhimento com classificação de risco em pediatria; e terapia de nutrição enteral. Ainda têm-se **marcadores** para vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV; **curso** para promoção da saúde mamária; **programa** para prevenção de lesões musculoesqueléticas em atletas; e **modelo** para comunicação não verbal para o atendimento de enfermagem a pacientes cegos. **Conclusões:** a partir da análise das tendências acerca de dissertações e teses brasileiras que tiveram o propósito de construir e validar produtos no campo da enfermagem pode-se concluir que é uma temática emergente, consolidada com o passar dos anos, tendo ápice de publicação no ano de 2012. Destacando a Universidade de São Paulo/USP com o maior índice de produções e orientadora Maria Miriam da Lima Nóbrega da Universidade Federal de Paraíba/UFP com um número expressivo de orientações. No que refere aos produtos gerados no campo da enfermagem, a maioria construiu e validou instrumentos de coleta de dados, no entanto apresenta-se um avanço como o passar dos anos com construção e validação de índices e indicadores, hipermídias, escalas e protocolos. Quanto a metodologias das produções a maioria se caracterizou como estudo de desenvolvimento metodológico, havendo variação do emprego da terminologia. No entanto observou-se incipiência quanto à utilização de um referencial metodológico para condução da pesquisa. As produções que apresentaram referenciais utilizaram o da Psicometria (Pasquali 1997 ou Pasquali 1998), empregado para conduzir estudos com instrumentos. . Desse modo, como implicações tem-se a construção e validação de um protocolo como proposta de projeto de tese, uma vez que este produto apareceu somente duas vezes em dissertações de mestrado. Além disso, tem-se aplicação deste protocolo com as crianças que vivem com HIV, população ainda não pesquisada pelas teses e dissertações brasileiras.

Descritores: Estudos de Validação; Enfermagem; Revisão.

Descriptors: Validation Studien; Nursing; Review.

Descriptores: Estudios de Validación; Enfermería; Revisión.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001.
2. Contandriopoulos, AP. Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento. 2ª ed. São Paulo: Hucicet, 1997.

3. Rubio DM, Ber-Weger M, Tebb SS, Lee ES; Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. Soc Work Res. 2003; 27 (2): 94-111.
4. Martins, GA. Sobre Confiabilidade e validade. Rev Bras Ges Neg. 2006; 8 (20):1-12.
5. Santos, RNM, Kobashi NY. Bibliometria, Cientometria, Infometria: conceitos e aplicações. Rev Pesq bras Ci Inf . 2009, 2(1):155-72.



86. TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO ACADÊMICA BRASILEIRA SOBRE METODOLOGIAS UTILIZADAS NA AVALIAÇÃO DE CUSTO-EFETIVIDADE

TRENDS OF BRAZILIAN ACADEMIC PRODUCTION ABOUT METHODOLOGIES USED IN COST-EFFECTIVENESS EVALUATION

TENDENCIAS ACADÉMICA BRASILEÑA ACERCA METODOLOGÍAS UTILIZADOS EN LA EVALUACIÓN DE LO COSTE-EFICACIA

FONSECA, Grazielle Gorete Portella da¹

LIMA, Suzinara Beatriz Soares de²

EBERHARDT, Thaís Dresch³

SOARES, Rhea Silvia de Avila⁴

SILVEIRA, Lidiana Batista Teixeira⁵

FONSECA, Dienifer Fortes⁶

INTRODUÇÃO: A avaliação de tecnologias em saúde (ATS) consiste em um processo abrangente, no qual são avaliados os impactos clínicos, sociais e econômicos das tecnologias em saúde.⁽¹⁾ O termo tecnologia em saúde, este abrange um conjunto de aparatos, como medicamentos, procedimentos, diagnósticos e dispositivos médicos, com o objetivo de promover a saúde, prevenir e tratar doenças, bem como reabilitar indivíduos.⁽²⁾ As avaliações econômicas em saúde fazem parte das ATS, de maneira que, tanto os custos como as consequências das tecnologias são avaliados. Já a avaliação de custo-efetividade de tecnologias em saúde, se refere à comparação dos custos (em unidade monetária) *versus* o resultado em unidade quantitativa não monetária, ou seja, os impactos clínicos.⁽²⁾ Desse modo, pode-se afirmar que estudos de avaliação econômica do tipo avaliação de custo-efetividade são relevantes, pois, avaliam, ao mesmo tempo, tanto os custos quanto a efetividade da tecnologia utilizada. Ainda, questões econômicas, como o custo-efetividade, carecem ser levadas em conta ao escolher alguma tecnologia, uma vez que isso contribui na definição da opção mais adequada tanto para o paciente no que se refere à tecnologia mais efetiva, tanto para a instituição ao designar a tecnologia mais custo-efetiva.⁽³⁾ Além disso com o crescimento das tecnologias em saúde em diferentes cenários torna-se necessária a avaliação do impacto de indicadores clínicos e econômicos, com isso os estudos de custo-efetividade são considerados os métodos mais adequados para análise de valores dos procedimentos em saúde. Assim, se considera relevante a realização deste estudo, uma vez que possibilitará maior visibilidade à produção científica proveniente de teses e dissertação referentes às metodologias utilizadas na avaliação de custo-efetividade acerca de tecnologias em saúde. A partir disso, elaborou-se a seguinte pergunta de pesquisa: quais as metodologias utilizadas para avaliar o custo-efetividade de tecnologias para a saúde nas produções brasileiras defendidas nos programas de pós-graduação na área da saúde? **OBJETIVO:** Identificar as metodologias utilizadas na avaliação do custo-efetividade de

¹ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: grazielleportelladafonseca@gmail.com

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta da UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do PPGEnf/UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

⁴ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do PPGEnf/UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

⁵ Enfermeira, Mestranda do PPGEnf/UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

⁶ Enfermeira, Mestranda do PPGEnf/UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

tecnologias para a saúde nas produções brasileiras defendidas nos programas de pós-graduação na área da saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo bibliométrico. A busca das produções foi realizada em maio e junho de 2016, na Biblioteca digital de teses e dissertações (BDTD), na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e nos Catálogos de Dissertações e Teses do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEN) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e no banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de nível Superior (CAPES). Foram utilizadas as seguintes estratégias de busca: BDTD – (Título: custo-efetividade) – 54 resultados; LILACS – “Custo- efetividade” OR “análise de custo-efetividade” OR “avaliação de custo-efetividade” [descriptor de assunto] and “T”[tipo de literatura] and “Brasil” [país, ano de publicação]– 34 resultados; CEPEn-ABEn – Todos os campos: custos –124 resultados; CAPES-Todos os campos: custo-efetividade (Área de concentração: enfermagem, medicina, farmácia, administração, gestão, ensino, avaliação em saúde) –118 resultados. No total, foram encontradas 330 produções, sendo a seleção das produções realizada de forma dupla independente. Foram incluídas todas as teses e dissertações produzidas em programas de pós-graduação no Brasil sobre a temática até o ano de 2015. Para acessar os textos completos, foram utilizadas as ferramentas dos bancos de dados e buscas no Google. As produções que apareceram em mais de um banco foram analisadas somente uma vez. Foram excluídos 236 produções após leitura do título; 65 após leitura do resumo e 20 duplicados, totalizando 9 produções para compor o corpus da pesquisa. Para a descrição das produções selecionadas, foi utilizado um quadro sinóptico elaborado para este fim com os seguintes itens: ano de publicação, instituição de ensino, área do conhecimento, nível de formação acadêmica, delineamento do estudo, participantes e cenário da pesquisa e a metodologia utilizada para a avaliação de custo-efetividade. A análise dos dados foi realizada de maneira descritiva. **RESULTADOS:** Das nove produções selecionadas seis foi realizada na região sudeste estando distribuídas entre a Universidade Federal Fluminense com uma, Universidade de São Paulo com duas e a Universidade Estadual do Rio de Janeiro com três produções. Quanto ao número de produção por ano, iniciou-se com uma produção no ano de 2007 destacando-se os anos de 2009, 2010, 2012 com duas produções anuais. No que se refere à área do conhecimento, a maioria foi de programas de pós-graduação em epidemiologia com cinco, seguido da enfermagem com duas, odontologia e farmácia com uma. Das nove pesquisas selecionadas cinco foram em nível de mestrado. Quanto ao delineamento e abordagem dos estudos, quatro eram ensaios clínicos e cinco coortes, sendo que a maioria 6 utilizaram como método de análise de custo-efetividade o método de Markov, os quais prestam apoio aos problemas de decisão envolvendo incertezas em um período contínuo de tempo. Ainda, os modelos de Markov são considerados ferramentas analíticas utilizadas na área da saúde para avaliações de doenças por meio da perspectiva econômica, que podem ser utilizados em diferentes cenários. Este método é especialmente adequado para pesquisas de doenças com curso clínico de episódios constantes e prolongados, bem como estudos de delineamento do tipo coorte e ensaio clínico são os mais aconselhados para a utilização junto ao método de Markov na busca por análise de custo-efetividade.^(4,5) Além disso, a avaliação de tecnologias em saúde por meio do método de Markov permitiu uma incorporação e utilização mais racional dos recursos tecnológicos disponíveis em um sistema de saúde. **CONCLUSÕES:** . A partir desta revisão foi possível visualizar as metodologias de avaliação de custo-efetividade na perspectiva das tecnologias em saúde, utilizadas na produção da pós-graduação brasileira na área da saúde. Sendo o pico de produção de 2010 até 2012, tendo duas produções ao ano, sendo a maioria dos estudos realizados na região sudeste, distribuída entre a Universidade do Rio de Janeiro e a Universidade de São Paulo, predominantemente em nível de mestrado na área da medicina. No que se refere ao método de avaliação de custo- efetividade, a maioria dos estudos utilizou o método de Markov, evidenciando ser essa a tendência para a avaliação de custo-efetividade de tecnologias em saúde. Ainda, a partir desta revisão foi possível apontar as lacunas da produção acadêmica brasileira acerca da metodologia de avaliação de custo-efetividade, que ainda precisam ser preenchidas, a exemplo da necessidade de pesquisas na área da enfermagem que avaliem o custo-efetividade, visto que ainda é incipiente.

Descritores: Gestão em saúde; Avaliação de custo-efetividade; Tecnologia biomédica; Revisão; Bibliometria.

Descriptors: Health management; Cost-effectiveness evaluation; Biomedical technology; Review; Bibliometrics.

Descriptores: Gestión en salud; Evaluación de costo-efectividad; Tecnología biomédica; Revisión; Bibliometría.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de pareceres técnico-científicos. 3. ed. Brasília, 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de estudos para avaliação de equipamentos médicos assistenciais. Brasília, 2013.
3. Andrade CCD, et al. Cost of topical treatment of pressure ulcer patients. Rev. Esc. Enferm. USP. 2016; 50(2): 295-298.
4. Soarez PC, Soares M O, Novaes HMD. Modelos de decisão para avaliações econômicas de tecnologias em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2014;19(10):4209-4222.
5. Moraz G, Garcez AS, Assis EM, Santos JP, Barcellos NT, Kroeff LR. Estudos de custo-efetividade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20(10):3211- 3229.



87. TENDÊNCIAS DAS PRODUÇÕES BRASILEIRAS ACERCA DO *NORDIC MUSCULOSKELETAL QUESTIONNAIRE*

BRAZILIAN PRODUCTIONS' TRENDS ABOUT *NORDIC MUSCULOSKELETAL QUESTIONNAIRE*

TENDENCIAS DE LAS PRODUCCIONES SOBRE EL *NORDIC MUSCULOSKELETAL QUESTIONNAIRE*

MORAIS, Bruna Xavier¹; DALMOLIN, Grazielle de Lima²; PEDRO, Cecília Mariane Pinheiro³; BRESOLIN, Julia Zancan⁴

Introdução: A dor musculoesquelética atinge todas as faixas etárias dos indivíduos e é considerada a dor mais prevalente na população mundial¹. Define-se por ser uma consequência do esforço repetitivo, uso excessivo do sistema osteomuscular e de distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho². Destaca-se que sua incidência tem aumentado nos últimos anos devido às modificações nos hábitos de vida, cobranças no ambiente laboral, estresse, entre outras¹. Neste sentido, em 1987, desenvolveu-se o questionário *Nordic Musculoskeletal Questionnaire*³, traduzido e adaptado para o português⁴, em 2003, com o objetivo de identificar os distúrbios osteomusculares e padronizar a mensuração dos relatos de sintomas musculoesqueléticos. Sendo assim, o presente estudo foi norteado pela questão de pesquisa: Quais as tendências das produções brasileiras de dissertações e teses acerca da investigação de dor musculoesquelética por meio do *Nordic Musculoskeletal Questionnaire*?

Objetivo: Identificar as tendências nas produções brasileiras, com base nas dissertações e teses, acerca da investigação de dor musculoesquelética por meio do *Nordic Musculoskeletal Questionnaire*.

Metodologia: O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo descritiva, elaborada a partir dos títulos e resumos disponíveis no Catálogo de teses e dissertações do Centro de Estudos e Pesquisas de Enfermagem (CEPEN), disponível online no portal da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), e do banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A busca foi realizada no mês de maio e setembro de 2016. Para a realização da mesma, foi utilizada a palavra “Nordic” no índice, contemplando título e resumo das teses e dissertações. Preferiu-se utilizar o nome do instrumento na busca a fim de selecionar todos os estudos que o utilizaram. Adotou-se como critérios de inclusão para a seleção dos estudos: ser brasileiro, possuir resumo disponível e utilizar o *Nordic Musculoskeletal Questionnaire*. Foram encontrados 88 estudos, destes 15 não utilizaram o instrumento, 20 não possuíam resumo disponível e um não era brasileiro, resultando em 52 pesquisas. Excluíram-se os estudos que não apresentavam como um dos objetivos ou não abordavam nos resultados a investigação de sintomas musculoesqueléticos, resultando em 46 pesquisas. Destes, três estudos estavam duplicados. Sendo assim, o presente estudo foi composto por 43 produções científicas. Para a descrição das produções selecionadas, elaborou-se um quadro sinóptico contendo as seguintes categorias: número, autor, título, ano/instituição, nível acadêmico, objetivos, método, população estudada, questionários utilizados e principais resultados. A análise dos dados foi realizada qualitativamente, a qual permitiu a identificação de temáticas comuns nas teses e dissertações.

Resultados: Dos 43 estudos analisados, 32 (74,42%) eram provenientes de dissertações de mestrado e 11 (25,58%) de teses de doutorado. Evidenciou-se que 12 (27,91%) estudos foram publicados no ano de 2015 e 28 (65,12%) eram oriundos da região sudeste do Brasil, em especial o estado de São Paulo. No que diz respeito à metodologia utilizada nos estudos, houve predomínio de

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: bruna_morais100@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM.

³ Enfermeira. Mestranda do PPGENf da UFSM.

⁴ Enfermeira. Mestranda do PPGENf da UFSM.

estudos quantitativos (95,35%) com delineamento transversal (83,72%). No que se refere à população estudada, destacam-se que 19 (44,18%) estudos abordaram trabalhadores da área da saúde, sendo a maioria (10) com trabalhadores de enfermagem, seguida por cirurgiões dentistas, cuidadores de idosos, trabalhadores da atenção primária, trabalhadores do ambiente hospitalar, médicos e funcionários de transporte de pacientes. Além desses, observaram-se ainda estudos com trabalhadores de indústrias e com estudantes, sendo estes de odontologia (2), modelagem do vestuário (1) e ensino médio (1). Evidenciaram-se como temas em comum nas teses e dissertações: características de investigação de dor musculoesquelética, acometimentos investigados por meio de associação de instrumentos e estratégias para prevenção de dor ou desconforto musculoesquelético. No que diz respeito às características de dor musculoesquelética, observaram-se como fatores associados aspectos relacionados a hábitos e saúde, assim como aspectos psíquicos, posturais, laborais e organizacionais. Entre eles, destacam-se nos estudos analisados a adoção de posturas estáticas e inadequadas, a faixa etária e o índice de massa corporal dos indivíduos, tabagismo e sedentarismo, repetitividade de movimentos, sobrecarga física, tempo de atuação dos trabalhadores, mobiliários e equipamentos inadequados, danificados e obsoletos, espaços reduzidos e iluminação inadequadas. Destaca-se ainda que os estudos demonstraram uma relação entre os desconfortos musculoesqueléticos com os afastamentos das atividades laborais, os quais são responsáveis pela frequência de atestados, licenças e absenteísmos geral. Quanto aos acometimentos investigados por meio de associação de instrumentos com o *Nordic Musculoskeletal Questionnaire*, identificou-se a investigação de qualidade de vida por meio do instrumento *Short Form Health Survey (SF) – 36* e *WHOQOL-Bref*, a avaliação do esforço percebido pelo instrumento *Rating of Perceived Exertion (RPE) de Borg*, a verificação do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), e avaliação do grau de exigência do trabalho pelo instrumento *Job Content Questionnaire (JCQ)*. No que se refere às estratégias utilizadas para evitar o desenvolvimento de dor ou desconforto musculoesquelético, os estudos abordaram a importância de atividades de intervenção, as quais resultaram de forma positiva na saúde dos indivíduos e na prevenção dos sintomas musculoesqueléticos. Destaca-se treinamento dos trabalhadores, sessões de exercícios de alongamentos e fortalecimento muscular, prática de ioga, ações educativas. Observou-se ainda a implementação de um Comitê de Ergonomia, a criação de um manual intitulado “Prevenindo Sintomas Musculoesqueléticos no ambiente hospitalar”, criação de um programa de exercícios resistidos e o desenvolvimento de uma tecnologia denominada “Cama multifunções - um sistema mecânico de elevação e transferência de clientes”. **Considerações finais:** O presente estudo permitiu analisar as publicações dos catálogos de dissertação e teses do CEPEn e do Portal CAPES, e por meio destes descrever as características e identificar as tendências das produções científicas referentes à dor musculoesquelética a partir do *Nordic Musculoskeletal Questionnaire*. No Brasil, as publicações de dor musculoesqueléticas a partir do questionário tiveram início no ano de 2003, o qual se destaca por ser o ano da validação do instrumento na língua portuguesa. Evidencia-se uma concentração de estudos na região sudeste do país, prevalecendo estudos quantitativos e com trabalhadores de enfermagem. Destaca-se que os estudos abordaram trabalhadores da saúde, entretanto encontraram-se apenas dois estudos com estudantes da área da saúde. Ressalta-se que os estudos contemplados por este trabalho apresentaram conhecimentos importantes referentes à identificação de dor musculoesquelética, fatores associados à mesma e a importância de intervenções educativas ou tecnológicas.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem

Descritores: Dor musculoesquelética; Transtornos traumáticos cumulativos; Saúde do trabalhador.

Descriptors: Musculoskeletal pain; Cumulative trauma disorders; Occupational health .
Descripciones: Dolor musculoesquelético; Trastornos de traumas acumulados; Salud laboral.

Referências:

1. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Dor musculoesquelética. Fascículo 04. 2009.
2. International association for the study of pain. Ano mundial contra dor musculoesquelética. Dor musculoesquelética. 2009.
3. Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sorensen F, Andersson G, et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Appl Ergon. 1987;18(3):233-7.
4. Barros E, Alexandre NMC. Cross-cultural adaptation of the Nordic musculoskeletal questionnaire. Int Nurs Rev. 2003;50(2):1001-8.



88. TRABALHO VOLUNTÁRIO EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

VOLUNTARY WORK IN A LONG-STAY INSTITUTION: EXPERIENCE REPORT

TRABAJO VOLUNTARIO EN UNA INSTITUCIÓN DE LARGA DURACIÓN: INFORME DE EXPERIENCIA

BACKES, Carolina¹

BEUTER, Margrid²

BRUINSMA, Jamile Laís³

VENTURINI, Larissa³

BENETTI, Eliane Raquel Rieth³

JACOBI, Caren da Silva³

SILVA, Matheus Souza⁴

Introdução: envelhecer consiste no itinerário rumo a ancianidade, sendo a velhice temida por muitos e a longevidade almejada por todos. Ao envelhecer, alguns idosos tornam-se dependentes de cuidados e cabe à família assumir o papel de cuidadora. Entretanto, quando os membros dessas famílias, por diversos motivos, estão impossibilitados de realizar essa tarefa, a institucionalização do idoso surge como alternativa¹. Segundo a Política Nacional do Idoso², o atendimento ao idoso deve ser realizado prioritariamente pela própria família, em detrimento do asilo, exceto em situações sem condições necessárias para sobrevivência. Ao falar do idoso institucionalizado vem à tona imagens negativas associadas à denominação popular “asilo”, frequentemente vinculado à pobreza, abandono e violência; porém, apesar de tais considerações, há instituições exemplares, atualmente denominadas de Instituições de Longa Permanência (ILPIs) nas quais os idosos podem recuperar a saúde e autonomia, recebendo cuidados até o final dos seus dias³. O aumento da população idosa exige significativo preparo de futuros profissionais da saúde, em especial a Enfermagem, para assistir e compreender esta parcela da população. Visando acompanhar as atribuições do profissional enfermeiro em ILPI, a rotina da instituição e a vivência dos idosos habitantes, é justificada a escolha e decisão em conhecer a realidade de uma ILPI. **Objetivo:** relatar experiências adquiridas por acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), durante realização de trabalho voluntário em uma ILPI. **Metodologia:** mediante contato telefônico pré-estabelecido com o profissional enfermeiro atuante na ILPI, e manifestado interesse em prestar trabalho voluntário, foi acordado o período de permanência na instituição, e a apresentação de documento que comprovasse vínculo da acadêmica com a UFSM. Destaca-se que a realização de trabalho voluntário é reconhecida pela lei brasileira nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, que o define como atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza, ou a instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade⁴. Pactuada a data de início das atividades, ocorreu à inserção na ILPI, ocasião em que o enfermeiro apresentou a história da instituição. A partir disso, deu-se início o primeiro contato com a equipe de trabalho e moradores do Lar do Idoso Associação das Damas de Caridade (ADAC), localizado no município de Santa Rosa, pertencente à região noroeste do Rio Grande do Sul. O período de voluntariado ocorreu durante o turno da manhã no período de dezesseis de julho a sete de agosto de 2015, totalizando dezessete dias. **Resultados:** o Lar de Idosos foi fundado em 1950 pelas Damas da Caridade, na época, mulheres integrantes da organização Lions Clube. O espaço físico iniciou em uma casa simples localizada nas proximidades da atual construção. Houve um período em que o Lar contava com 120 idosos. Visando a melhoria do espaço físico, a instituição apresenta em construção novas instalações, em anexo ao lar atual. O espaço físico da

ILPI é composto por quartos, sala de televisão e refeitório. Há também o salão, localizado na parte central da instituição, destinado a permanência dos idosos durante o dia e a realização de atividades recreativas. No período das atividades voluntárias, estavam residindo 82 idosos. O trabalho da ILPI é pautado na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC)⁵ nº 283, de 26 de setembro de 2005. Atualmente, a diretoria da instituição é composta apenas de mulheres que fazem parte da ADAC. A equipe de enfermagem é composta por 21 trabalhadores, entre técnicos, cuidadores e enfermeiros. A ILPI oferece assistência multiprofissional contando ainda com os seguintes profissionais contratados: assistente social, educadora física, fisioterapeuta, nutricionista e psicóloga. A instituição trabalha com os seguintes valores: fraternidade, dignidade, coleguismo e ética. Os trabalhadores oportunizaram a acadêmica acompanhar toda a assistência prestada aos idosos, incluindo a administração de medicações, o banho de leito e aspersão, vestimenta, deambulação, alimentação, atividades de lazer e trabalhos manuais, além de funções privativas do enfermeiro, como sondagem nasogástrica. O diálogo com a equipe e os idosos possibilitou conhecer diferentes histórias de vida e quadros clínicos, compreender o motivo das institucionalizações e a origem de determinados comportamentos. Por se tratar de uma instituição filantrópica, dentre as razões para institucionalização estão os mandados judiciais justificados por identificação de agressão, negligência e abandono ao idoso. Entretanto, existem aqueles idosos que por decisão própria optaram pela institucionalização ou opção da família, como forma de organização e garantia de assistência integral ao idoso, ofertada pelo Lar. Os quadros clínicos identificados e confirmados pelas avaliações médicas incluem indicativos de demências e complicações decorrentes da própria senilidade: diminuição da capacidade de realização de atividades de vida diária, curvatura da coluna vertebral, locomoção dificultada e, por vezes, alteração da função dos esfíncteres urinários. Entretanto, o grau de dependência é variável, havendo idosos acamados, que necessitam de dedicação total da equipe, bem como aqueles que são independentes, que se configuram como maioria realizando suas atividades de vida diária, de acordo com sua capacidade. A rotina diária dos idosos inclui o banho pela parte da manhã, de aspersão ou de leito, de acordo com o quadro de cada paciente. São ofertadas as refeições diárias, incluindo café da manhã, almoço e janta, além de lanches entre as refeições principais, incluindo frutas. Os idosos independentes permanecem a maior parte do dia na sala de TV e no salão, interagindo entre si e com a equipe de trabalho. Eventualmente são desenvolvidas atividades de recreação juntamente com os idosos, o que é oportunizado pela existência de uma equipe multiprofissional, incluindo atividades físicas (caminhadas, jogo de boliche, atividades utilizando bolas de plástico), oficinas de música e canto, além de atividades lúdicas em datas festivas. As comemorações das datas festivas e demais atividades lúdicas são promovidas pela equipe da própria instituição, voluntários e empresas locais que realizam doações ao Lar, incluindo ainda escolas técnicas e instituições de nível superior, que realizam atividades práticas e estágio no local. **Conclusão:** acompanhar a rotina de trabalho de uma ILPI contribuiu na compreensão das peculiaridades que envolvem a institucionalização de idosos. A ILPI em questão fornece as condições para a habitação e assistência aos idosos, cumprindo com sua missão no âmbito institucional, de promover um atendimento que valorize a pessoa idosa, oferecendo uma melhoria na qualidade de vida e resgatando sua dignidade e cidadania. O papel do Enfermeiro em ILPI se configura na assistência aos idosos, responsabilidade técnica e atividades administrativas, permeadas pelo respeito aos princípios éticos e legais inerentes ao exercício profissional. A experiência do trabalho voluntário contribuiu para o crescimento como acadêmica e futura profissional de saúde, engajada no cuidado aos idosos, estudo, ensino e pesquisa acerca do envelhecimento humano.

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Descritores: Idoso; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Voluntários; Enfermagem.

Descriptors: Aged; Homes for the Aged; Volunteers; Nursing.

Descriptores: Anciano; Hogares para Ancianos; Voluntario; Enfermería.

REFERÊNCIAS

6. CORTELETTI IA, CASARA MB, HERÉDIA VBM. Idoso Asilado: um estudo gerontológico. 2ª. ed. Caxias do Sul: Educs. Porto Alegre: Edipucrs, 2010.
7. BRASIL. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Ministério da Previdência e Assistência Social. Política Nacional do Idoso. Brasília: DF, 04 de janeiro de 1994.
8. FREITAS EV de, PY L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
9. BRASIL. Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre o trabalho voluntário e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, v. 2, p. 658, 19 fev., 1998. Seção 1. pt. 1.
10. BRASIL. Resolução Diretoria Colegiada (RDC) nº 283, de 26 de setembro de 2005. Ministério da Saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: 2005.



89. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DOS ÚLTIMOS 5 ANOS

OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: SCIENTIFIC PRODUCTION ANALYSIS OF THE LAST 5 YEARS

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO: ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

SOCOL, Keity Laís Siepmann¹; CANABARRO, Janaina Lunardi²; SOUTO, Valquíria Toledo³; SIQUEIRA, Daiana Foggiano⁴; COSTA, Natiéle dos Santos⁵; ALMEIDA, Patrícia Mattos⁶.

Resumo

Introdução: o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) abrange uma ampla diversidade de sintomas que envolvem as percepções, cognições, emoções, relacionamentos sociais e diversos comportamentos motores. Ainda, é comum ocorrer obsessões e compulsões nesse transtorno o que leva à prejuízos na vida das pessoas portadoras dessa patologia. **Objetivo:** verificar o que vem sendo produzido sobre o transtorno obsessivo-compulsivo nos últimos 5 anos. **Metodologia:** trata-se de um estudo de revisão de literatura, realizado na base de dados eletrônica Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, utilizando-se o descritor de assunto transtorno obsessivo-compulsivo. Utilizou-se um recorte temporal dos últimos 5 anos. Foram encontrados 19 artigos, dos quais foram utilizados somente 6, que foram lidos e analisados na íntegra. **Resultados/discussão:** os estudos desenvolvidos nos últimos 5 anos abordam os sintomas e manifestações do TOC, quais são os fatores que desencadeiam o TOC e as consequências para a família da pessoa portadora de TOC. Por ser uma patologia que envolve diferentes sinais e sintomas, acaba interferindo de modo negativo na vida e na saúde da pessoa acometida. **Considerações finais:** o TOC geralmente acomete as pessoas na infância ou no final da adolescência e pode ser desencadeado por um fator ambiental ou genético, porém é algo ainda desconhecido. Acomete qualquer ser humano independente do sexo, raça ou cor. O convívio familiar e social com o portador do TOC torna-se difícil, pois os familiares e a sociedade não sabem lidar com essas pessoas.

Descritores: Enfermagem; Saúde mental; Transtorno obsessivo-compulsivo.

Abstract

Introduction: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) encompasses a wide range of symptoms involving perceptions, cognitions, emotions, social relationships, and various motor behaviors. Also, it is common to observe obsessions and compulsions in this disorder which leads to losses in the lives of people with this pathology. **Objective:** To verify what has been produced about obsessive-compulsive disorder in the last 5 years. **Methodology:** this is a literature review study, conducted in the electronic database Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, using the descriptor of subject obsessive-compulsive disorder. A temporal cut of the last 5 years was used. We found 19 articles, of which only 6 were used, which were read and analyzed in their entirety. **Results / Discussion:** The studies developed in the last 5 years address the symptoms and manifestations of OCD, what are the factors that trigger OCD and the consequences for the family of the person with OCD. Because it is a pathology involving different signs and symptoms, it interferes in a negative way in the life and health of the affected person. **Final considerations:** OCD usually affects people in childhood or late adolescence and can be triggered by an environmental or genetic factor, but it is still unknown. It affects any human being regardless of gender, race or color. Family and social contact with the OCD patient becomes difficult, since relatives and society do not know how to deal with these people.

Descriptors: Nursing; Mental health; Obsessive-compulsive disorder.

Resumen

Introducción: El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) cubre una amplia variedad de síntomas que incluyen las percepciones, cogniciones, emociones, relaciones sociales y varias conductas motoras. Sin embargo, es obsesiones y compulsiones comunes que el trastorno que conduce a prejuicios en la vida de las personas con esta enfermedad. **Objetivo:** Verificar lo que se produce en el trastorno obsesivo-compulsivo en los últimos cinco años. **Metodología:** Se trata de un estudio de revisión de la literatura, llevado a cabo en la base de datos electrónica Literatura Latinoamericana

¹ Enfermeira, Mestre, Doutoranda em Enfermagem pelo PPGenf/UFSM. Docente na URI/Santiago.

² Enfermeira do HGU/SM, Mestre em Enfermagem, Especialista em Saúde Pública.

³ Enfermeira, Mestre, Doutoranda em Enfermagem pelo PPGenf/UFSM.

⁴ Enfermeira, Mestre, Doutoranda em Enfermagem pelo PPGenf/UFSM. E-mail: daiana.soukiera@yahoo.com.br

⁵ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem URI/Santiago.

⁶ Enfermeira. Residente em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em saúde/UFSM.

y Ciencias de la Salud del Caribe, utilizando el descriptor de trastorno obsesivo-compulsivo. Se utilizó un marco de tiempo de los últimos cinco años. Se encontraron 19 artículos, de los cuales sólo 6 se usaron, que fueron leídos y analizados en su totalidad. Resultados / Discusión: Los estudios desarrollados en los últimos cinco años frente a los síntomas y manifestaciones de este trastorno, ¿cuáles son los factores que desencadenan el TOC y las consecuencias para la familia de la persona portadora de TOC. Es una afección que involucra diferentes signos y síntomas, simplemente interferir negativamente en la vida y la salud de la persona afectada. Consideraciones finales: TOC por lo general afecta a las personas en la infancia o la adolescencia tardía y puede ser desencadenada por factores ambientales o genéticos, pero algo es aún desconocido. Afecta a todos los seres humanos independientemente de su sexo, raza o color. La vida familiar y social con el portador TOC se vuelve difícil, ya que la familia y la sociedad no saben cómo hacer frente a estas personas.

Descriptor: Enfermería; Salud mental; Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Introdução

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) abrange sintomas que representam múltiplos domínios psicopatológicos, incluindo percepções, cognições, emoções, relacionamentos sociais e comportamentos motores. É comum ainda, a pessoa que apresenta esse transtorno manifestar obsessões e compulsões.¹

As obsessões são definidas como ideias, pensamentos, impulsos ou imagens que são vivenciadas como intrusivas e inadequadas e causam para a pessoa portadora desse transtorno ansiedade ou sofrimento; enquanto que as compulsões são comportamentos repetitivos acompanhados de atos mentais que tem por finalidade prevenir ou reduzir a ansiedade ou sofrimento, em vez de oferecer prazer ou gratificação. Essas manifestações podem ser excessivas.¹ O TOC é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões capazes de interferir no funcionamento normal do indivíduo.²

Os conteúdos das obsessões são vários, por exemplo, obsessões de contaminação, dúvidas repetidas, necessidade de organização, impulsos agressivos ou horrorizantes e imagens sexuais. Já, no que tange aos exemplos de compulsões, esses envolvem a lavagem excessiva das mãos ou limpeza, verificação, contagem, colecionismo, simetria, entre outros. Além de interferir na vida do usuário, os sintomas do TOC têm um representativo impacto sobre a dinâmica dos familiares.¹ Essas obsessões e compulsões ocorrem por no mínimo uma hora por dia e acarretam sofrimento significativo ou comprometimento social.²

O TOC é um transtorno crônico e se revela independentemente de sexo, raça, estado civil, nível socioeconômico, religião ou nacionalidade. Os sintomas do TOC são semelhantes nas diversas populações e culturas. O envolvimento de fatores genéticos e biológicos na etiologia do TOC vem sendo investigado por pesquisadores.²

Na vida cotidiana é comum as pessoas apresentarem medos e preocupações, mas aprende-se diariamente a conviver com essa realidade. No entanto, esse comportamento considerado normal torna-se excessivo e causa aflição se repetido inúmeras vezes.³

Diante do exposto, observa-se que o TOC influencia na saúde das pessoas que possuem esse transtorno. Devido a isso, torna-se importante compreender melhor esse transtorno. Assim, este estudo tem como objetivo verificar o que vem sendo produzido sobre o transtorno obsessivo-compulsivo nos últimos 5 anos.

Metodologia

Com o objetivo de verificar o que vem sendo produzido sobre o transtorno obsessivo-compulsivo nos últimos 5 anos, realizou-se um estudo de revisão de literatura, por meio de busca bibliográfica desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME) nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) com o seguinte descritor de assunto: "transtorno obsessivo-compulsivo" [Descritor de assunto] and "PORTUGUES" [Idioma] and "2012" or "2013" or "2014" or "2015" or "2016" [País, ano de publicação].

Esse estudo buscou responder a seguinte questão norteadora: o que vem sendo produzido sobre o transtorno obsessivo-compulsivo?

Utilizou-se um recorte temporal dos últimos 5 anos com o intuito de captar as publicações mais recentes. Foram analisados os resumos de artigos que estavam no idioma português. Excluíram-se os resumos de teses e dissertações e aqueles que não respondiam ao objetivo proposto. Foram encontrados 19 artigos, dos quais se utilizou somente 6 artigos que foram lidos e analisados na íntegra. Para a discussão dos dados foram utilizados outros autores que são referências na temática.

Resultados e discussão

Os estudos desenvolvidos nos últimos 5 anos abordam os fatores que desencadeiam o TOC, os sintomas e manifestações do TOC e as consequências para a família com a pessoa portadora de TOC.

Fatores predisponentes do TOC

A etiologia do TOC ainda não é bem conhecida, mas trata-se de uma condição heterogênea associada a fatores biológicos e genéticos, que aumentam a suscetibilidade ao desenvolvimento do transtorno.⁴ Em relação à faixa etária o TOC pode se apresentar de diferentes formas e é mais prevalente em algumas idades, sendo mais comum o aparecimento dos primeiros sintomas no final da adolescência. Algumas vezes, pode iniciar na infância, mas dificilmente ocorre após os 40 anos, ou seja, na meia idade.⁵

Pode ser mais grave em meninos, quando inicia antes dos 10 anos e em meninas com aparecimento após essa idade. Já nos adultos, tende a se manifestar mais nas mulheres do que nos homens, tendo as mulheres, muitas vezes, somente as obsessões. Além disto, nessa fase, a incidência do transtorno é maior em pessoas com conflitos conjugais, divorciados ou pessoas que estejam desempregadas, podendo o estresse ser considerado um agravante para o TOC.⁵

A vergonha dos sintomas observada nos portadores e o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde contribuem para o agravamento dessa situação. Os profissionais da saúde necessitam identificar o transtorno precocemente e encaminhar as crianças para tratamento especializado antes das possíveis complicações clínicas e repercussões psicossociais.⁵

Sintomas/Manifestações do TOC

O TOC é um quadro no qual a pessoa manifesta obsessões e compulsões, provocando prejuízos em contextos sociais, familiares e no trabalho.⁶ É caracterizado por um padrão global de preocupações excessivas com organização, perfeccionismo, escrupulosidade, inflexibilidade, autoritarismo, avareza, exigências exageradas, dedicação excessiva ao trabalho, preocupações excessiva com regras, normas, valores e preceitos morais.⁷

Apesar da variação de manifestações clínicas, fatores de natureza psicológica, como aprendizagens errôneas, crenças distorcidas e pensamentos de natureza catastrófica, estão presentes na maioria dos portadores, e parecem desempenhar um papel importante no surgimento e na manutenção dos sintomas.⁴

O padrão do comportamento de pessoas que possuem TOC envolve comunicação agressiva, busca de controle e habilidade de argumentação verbal, bem como ampla sensibilidade a contextos sócio-verbais de literalidade e de dar razões, relacionados à forte padrão de esquiva experiencial.⁶

Para ser diagnosticado com TOC, a Classificação Internacional de Doenças determina que os sintomas estejam presentes na maioria dos dias, por pelo menos duas semanas, para que se considere o diagnóstico de TOC.⁴ Para a caracterização do TOC, as obsessões ou compulsões devem ser marcadamente perturbadoras, consumir mais de uma hora por dia e interferir nas atividades normais do paciente.⁸

Cabe lembrar que os sintomas do TOC geralmente são observados em casa, pois os indivíduos sentem vergonha de fazer os rituais na frente de estranhos. Portanto, é importante que os pais fiquem atentos a certas alterações de comportamentos, tais como: problemas dermatológicos ocasionados por inúmeras lavagens do corpo; utilização de tempo maior que o normal para a realização de tarefas rotineiras; gasto excessivo de sabão; arrumação excessiva de brinquedos ou outros objetos; buracos nos cadernos e livros ocasionados por apagar seguidamente e medo

exagerado de que algo de ruim possa acontecer a alguém da família. Esses sintomas podem ser pistas importantes para detectar o TOC.⁹

Consequências para as famílias de pessoas com TOC

O TOC causa importante impacto sobre a dinâmica familiar. Frequentemente, ocorrem modificações na rotina da família, a qual acaba se adaptando aos sintomas e às exigências do paciente, fenômeno denominado acomodação familiar. Portadores de TOC podem sentir-se, ainda, alvo de críticas por parte de pessoas de seu convívio.¹

As famílias que possuem um portador de TOC participam nos rituais obsessivo-compulsivos do paciente; que ocorrem modificações na rotina familiar e que há um desgaste na família devido ao grau de perturbação do paciente quando não atendido em suas solicitações.¹⁰

Outro agravante para a família nessa patologia é que as demências são cada vez mais prevalentes nessa população. Sintomas cognitivos costumam ser acompanhados de sintomas comportamentais e psicológicos das demências, causando aumento do custo dos cuidados e da carga do cuidador.¹¹

Diante do exposto evidencia-se que o TOC tende a acometer pessoas mais jovens ou que estejam passando por algum momento de dificuldade em sua vida. Também mostra que os sintomas da doença são bem diversificados e podem variar para cada pessoa e consequentemente interferir nas atividades profissionais e nas relações familiares e sociais dessas pessoas.

Considerações finais

O TOC é uma patologia de etiologia desconhecida, logo, não tem explicação unicausal para o seu surgimento. Geralmente acomete as pessoas na infância ou no final da adolescência e pode ser desencadeado por um fator ambiental ou genético.

O TOC é uma doença que acomete qualquer pessoa independente do sexo, raça, cor ou inteligência. As pessoas que tem o TOC vivenciam situações de sofrimento, pois as obsessões e compulsões as levam a ter ansiedade, o que de certo modo os fazem a terem atitudes errôneas e a ficarem transtornados por determinada função, e com isso acabam ficando obcecados por algo que só existe no contexto desses indivíduos.

O convívio familiar e social com o portador do TOC é difícil, porque geralmente esses não sabem lidar com os sintomas desencadeados pelo TOC. Ainda, em algumas situações o quadro clínico dessa pessoa pode se agravar. Alguns não aceitam a doença, o que acaba dificultando o tratamento. O TOC não tem cura, somente tratamento medicamentoso e terapias.

Assim, torna-se importante que os profissionais de enfermagem saibam lidar com esses pacientes e proporcionar apoio aos familiares, que também acabam vivenciando sobrecargas provenientes dos sintomas dessa doença.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

- 1.Ferrão YA, Florão MS. Acomodação familiar e criticismo percebido em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. J Bras Psiquiatr. 2010; 59(1):34-43.
- 2.Sampaio AS, Lins RMP, Oliveira RD, et al. Estudos de associação genética no transtorno obsessivo-compulsivo. Rev. Psiqu. Clín. 2013;40(5): 177-90.
- 3.Sales OP, Vianey EL, Bernardes N, Silva PP, Oliveira PM, Avelino. Compulsão: como viver com essa rotina obsessiva. J health sci inst. 2010;28(1):13-6.
- 4.Formiga MB, Cavalcanti MK, Chiapetti N, et.al. A conceitualização cognitiva no transtorno obsessivo compulsivo: relato de caso. Revista brasileira de terapias cognitivas. 2012; 8(1):61-66.
- 5.Lima MCP, Trench EV, Rodrigues LL, Dantas LA de S, Lovadini GB, Torres AR. Tricotilomania: dificuldades diagnósticas e relato de dois casos [Rev. paul. pediatr.](#) 2010;28(1):104-108.
- 6.Silva JLN, Farias AKCR. Análises funcionais molares associadas à terapia de aceitação e compromisso em um caso de transtorno obsessivo-compulsivo. [Rev. bras. ter. Comport. Cogn.](#) 2013;15(3):37-56.
- 7.Couto LSRB, Rodrigues L, Vivan AS, Kristensen CH. A heterogeneidade do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Contextos Clínicos.2010;3(2):132-140.
- 8.Róz LMR, Ribas ESC, Ballester G, Figueiredo EG, Tecixeira MJ. Psicocirurgia para tratamento de transtorno obsessivo-compulsivo. Arq Bras Neurocir. 2011;30(3): 120-8.
9. Gomes CC, Comis TO, Almeida RMM. Transtorno obsessivo-compulsivo nas diferentes faixas etárias. Aletheia. 2010; 33(sn):138-150.
- 10.Amazonas MCLA, Arcoverde RL, Caldas MT. O fenômeno da acomodação familiar em pais/mães de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. [Estud. psicol.](#) 2010;27(1): 57-65.
- 11.Pena MCS, Vale FAC. Sintomas obsessivo-compulsivos nas demências. [Rev. Psiquiatr. Clín.](#) 2010;37(3):124-130.

90. UM PROJETO DE EXTENSÃO EXITOSO: 25 ANOS DO GRUPO RENASCER

A SUCCESSFUL EXTENSION PROJECT: 25 YEARS OF THE RENASCER GROUP

UN PROYECTO DE EXTENSIÓN EXITOSO: 25 AÑOS DEL GRUPO RENASCER

FÉLIX, Roselaine dos Santos¹

INTRODUÇÃO: O câncer de mama é o mais prevalente entre as mulheres.¹ A doença, bem como seu tratamento, pode desencadear complicações físicas, motoras e emocionais, agravando sentimentos negativos.²⁻³ Assim, grupos de apoio podem representar elementos facilitadores no enfrentamento da doença, proporcionando maior sentido à vida e à reestruturação de prioridades.⁴ Desta forma, é importante que o grupo de apoio conte com uma participação multiprofissional que propicie uma vivência enriquecedora, construtiva e acolhedora a todos os participantes que buscam neste espaço receber e oferecer suporte social, momentos de troca de experiências, a reinserção social, a melhora na autoestima, o desenvolvimento de atividades de lazer e, também constituem-se em uma oportunidade de educação para a saúde.⁴⁻⁵ Assim, justifica-se este trabalho pela relevância da atuação dos grupos de apoio ao câncer de mama na recuperação e promoção da saúde das participantes e a sociedade. **OBJETIVO:** Relatar a vivência dos colaboradores no projeto de extensão intitulado Grupo Renascer - grupo de apoio a mulheres com câncer de mama, nas atividades comemorativas e educativas dos 25 anos de existência. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, qualitativo, descritivo, vivenciado pelos docentes, discentes e participantes do grupo de apoio a mulheres com câncer de mama vinculado ao Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), denominado Grupo Renascer que descreve as atividades alusivas aos 25 anos do grupo. As atividades ocorreram de agosto a outubro de 2016, com a participação de 2 docentes, 1 bolsista, 4 discentes, 3 colaboradores e 12 integrantes ativos do grupo. A metodologia envolveu três etapas: a organização e planejamento, a busca de incentivos financeiros e de colaboradores e, a execução das atividades. As idealizadoras utilizaram encontros presenciais, e ferramentas de comunicação virtual como *whatsapp*, *facebook* e correio eletrônico. Inicialmente a ideia surgiu no mês de agosto através de uma conversa de *watsapp*, a qual ganhou novas contribuições, sendo necessário o agendamento de encontros presenciais para a definição das atribuições de cada colaborador e todo o planejamento. Nesta primeira etapa, as atividades elencadas foram: um convite prévio através do *whatsapp* e *facebook* para um chá de confraternização no início do mês de agosto no qual as participantes foram convidadas a escrever mensagens de superação, assinando o termo de autorização das imagens e textos, entregando-as no respectivo dia; a realização de um ensaio fotográfico para as mulheres no campus da UFSM sendo que a produção do cabelo e maquiagem foram realizadas em uma sala cordialmente cedida do prédio da reitoria, em setembro e; no mês de outubro, a realização de uma mostra itinerante de banners dos 25 anos do grupo, com fotos e mensagens das participantes e profissionais, . Também foram realizadas entrevistas pela TV Campus, conversas em rádios locais e a produção de textos publicados na página do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e na revista *Extenda* da UFSM, colaborando na campanha do Outubro Rosa para a prevenção do câncer de mama. A segunda etapa possibilitou agregar diversos colaboradores para fotografar, maquiar e produzir as mulheres, bem como a busca de incentivos para a produção dos banners e a colaboração espontânea de alguns cidadãos para a compra de salgados para a realização da abertura da mostra. A etapa final contemplou a efetivação da maioria das atividades e da mostra itinerante intitulada “25 Anos do Grupo Renascer – Uma história de superação e vida”. O lançamento da exposição ocorreu no dia três de outubro de 2016, no hall do CCS e posteriormente contemplou o hall do HUSM e da reitoria. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O grupo existe desde 1991, como projeto de extensão,

vinculado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, com caráter multiprofissional e interdisciplinar, sob a coordenação de uma professora do Curso de Fisioterapia, possuindo colaboradores de diversas áreas e mediante a participação de mulheres de várias idades, condições sociais e locais de residência. Os familiares também são convidados à integrar-se e inúmeros discentes realizaram trabalhos de conclusão de curso, dissertações de mestrado, bolsas e trabalhos científicos. No momento atual o projeto de extensão intitulado Grupo Renascer conta com a colaboração de uma bolsista do Curso de Fisioterapia. O trabalho desenvolvido contribuiu na integração ensino/pesquisa/extensão, na continuidade do processo de recuperação e adaptação das mulheres. A efetivação das comemorações exigiu três meses de intensos trabalhos, com destaque à mostra itinerante de banners com mensagens de superação das pacientes e dos profissionais que por muitos anos lutam pelos direitos, qualidade na assistência, prevenção e promoção da saúde das mulheres acometidas pelo câncer de mama. A mostra ocorreu no hall do CCS, na entrada do HUSM e na reitoria, propiciando a integração e divulgação para acadêmicos, profissionais, professores e comunidade em geral. Além disso, fortaleceu-se os vínculos já existentes e foram encontrados mais apoiadores. O ensaio fotográfico foi um momento muito importante para a autoestima e empoderamento das mulheres, contando com a participação da revista Extenda, que dá visibilidade aos projetos de extensão da UFSM. A TV Campus produziu um pequeno documentário com o depoimento das mulheres, relatando as histórias individuais de superação, o crescimento pessoal e coletivo, além da motivação na participação dos encontros do grupo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As ações desenvolvidas em comemoração as bodas de prata do Grupo Renascer permitiram refletir sobre a trajetória deste grupo com seus desafios, perdas e vitórias; a relevância e o êxito da sua existência e, o mais importante, a disponibilidade de um ambiente de transformação psicofísico e psicossocial, de apoio, superação das dificuldades, empoderamento das mulheres além da formação de laços de amizade que foram cultivados durante este tempo. Os profissionais, os docentes e discentes identificaram a necessidade da continuidade do grupo como espaço multiprofissional, interdisciplinar com ações de prevenção, promoção, recuperação da saúde. Também foram valiosas as contribuições dos coordenadores nesta longa trajetória, sendo desbravadores desde o princípio além de conseguirem agregar colaboradores, contribuindo para que o grupo de apoio as mulheres com câncer de mama permaneça sendo um projeto de extensão exitoso, em que todos vivenciam momentos de troca de experiências com crescimento pessoal, profissional e social.

Descritores: Câncer de mama; Grupos de Apoio; Mastectomia; Promoção da saúde.

Eixo temático: Processos de cuidado em saúde e enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil. Instituto Nacional Do Câncer - INCA. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2014.
2. Carvalho MMMJ, Franco MHP, Kovacs MJ, Liberato RP, Macieira RC Veit MT, et al. Temas em Psico-Oncologia: Câncer de Mama. São Paulo: Summus, 2008.
3. Moura FMJSP, Silva MG, Oliveira SC, Moura LJSP. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. Escola Anna Nery, 2010;14(3):477-84.
4. Pinheiro CPO, Silva RM, Mamede MV, Fernandes AFC. Participação em Grupo de Apoio: Experiência de Mulheres com Câncer de Mama. Revista Latino Americana de Enfermagem, 2008;16(4).
5. Canieles IM, Muniz RM, Corrêa ACL, Meincke SMK, Soares LC. Rede de apoio a mulher mastectomizada. Rev Enferm UFSM. 2014; 4(2):450-458.



III Seminário Internacional

Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde

X Semana de Enfermagem

Universidade Federal de Santa Maria

91. UMA ANÁLISE DA FILOSOFIA DO CUIDADO PALIATIVO EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

AN ANALYSIS OF THE PHILOSOPHY OF PALLIATIVE CARE IN PEDIATRIC ONCOLOGY

UN ANÁLISIS DE LA FILOSOFÍA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

BIRK, Noeli Maria¹
GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira²
STAMM, Bruna³
VIERO, Viviani⁴

RESUMO

A assistência em oncologia pediátrica compreende diferentes etapas de cuidado, desde a prevenção, o diagnóstico, os tratamentos prolongados e o cuidado paliativo. O presente estudo tem como objetivo, investigar como a filosofia do cuidado paliativo vem sendo utilizada no cuidado com crianças em tratamento oncológico. Estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizada por meio de revisão de literatura. A análise dos estudos foram realizadas de acordo com a semelhança dos conteúdos e apresentados à partir de duas temáticas: o cuidado paliativo a criança e a família; os profissionais e a abordagem às crianças em final de vida. A filosofia de cuidados paliativos assume relevância no contexto do adoecimento, com a possibilidade de um cuidar específico e determinante da conduta terapêutica. Foi possível verificar a importância dos cuidados paliativos às crianças fora de possibilidades terapêuticas de cura, e, que envolvem inúmeras situações, onde o cuidar torna-se prioritário ao processo de tratar.

Descritores: Cuidado Paliativo; Criança; Neoplasias.



¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Maria-PPGEnf/UFSM. Enfermeira Assistencial no Serviço de Hemato Oncologia-HUSM- Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil- E-mail: noeli.birk@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Maria-PPGEnf/UFSM. Professora na [UNIPAMPA- Universidade Federal do Pampa- Uruguai](http://www.unipampa.edu.br) RS, Brasil.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Maria-PPGEnf/UFSM. Enfermeira Assistencial no Serviço de Hemato Oncologia-HUSM- Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

ABSTRACT

Assistance in pediatric oncology comprises different stages of care, from prevention, diagnosis, long-term treatment and palliative care. The present study aims to investigate how the philosophy of palliative care has been used in the care of children in cancer treatment. Descriptive study of a qualitative approach, carried out through a literature review. The analysis of the studies was carried out according to the similarity of contents and presented from two themes: palliative care for the child and the family; Professionals and approach to end-of-life children. The philosophy of palliative care assumes relevance in the context of illness, with the possibility of a specific and determinant care of the therapeutic conduct. It was possible to verify the importance of palliative care to children outside therapeutic possibilities of cure, and that involve innumerable situations, where care becomes a priority in the treatment process.

Descriptors: Palliative Care; Child; Neoplasms

RESUMEN

El cuidado de la oncología pediátrica comprende diferentes etapas de la atención desde la prevención, el diagnóstico, el tratamiento prolongado y los cuidados paliativos. Este estudio tiene como objetivo investigar cómo la filosofía de los cuidados paliativos se ha utilizado en el cuidado de los niños sometidos a tratamiento contra el cáncer. estudio cualitativo descriptivo, realizado por una revisión de la literatura. Los estudios se realizaron de acuerdo a la similitud de contenidos y presentado a partir de dos temas: los cuidados paliativos del niño y la familia; profesionales y el acercamiento a los niños al final de la vida. La filosofía de los cuidados paliativos es relevante en el contexto de la enfermedad, con la posibilidad de un cuidado específico y crucial para el manejo terapéutico. Fue posible verificar la importancia de los cuidados paliativos para niños fuera de posibilidades terapéuticas de curación, y la participación de numerosas situaciones donde la atención se vuelve prioritario el proceso de tratamiento

Descriptores:: cuidados paliativos; infantil; Neoplasias.

Introdução

O câncer, atualmente, é a doença que mais mata crianças e adolescentes de um até 19 anos no Brasil. De acordo com as estimativas, cerca de 11 mil novos casos são registrados por ano. O câncer infantil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais, podendo afetar diversos órgãos. Os tumores mais frequentes na infância e na adolescência, segundo informações do Instituto Nacional do Câncer são as leucemias, os tumores do sistema nervoso central e os linfomas¹.

Nas fases iniciais do câncer, o tratamento geralmente é agressivo, com objetivo de cura ou remissão. Este momento é explicado ao doente e sua família de maneira otimista. No entanto, quando a doença já se apresenta em estágio avançado ou evolui sem resposta ao tratamento inicial,

o cuidado paliativo surge como alternativa para o manejo dos sintomas associados à doença. Nesta fase, o tratamento paliativo constitui-se em medidas que visam garantir conforto e qualidade de vida².

Segundo a Organização Mundial de Saúde³ "cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que tem por objetivo a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais".

Abordar este tema faz-se relevante, pois mesmo com todo o avanço tecnológico disponível, no sentido de curar, ou prolongar a vida, encontra-se no cotidiano do trabalho oncológico pacientes que não se beneficiam de todo esse aparato técnico-científico. Portanto, é nestes casos que a filosofia de cuidados paliativos, assume importância no contexto do adoecimento, como a possibilidade de um cuidar específico e determinante na conduta terapêutica adotada.

O presente estudo tem como objetivo revisar publicações científicas nacionais sobre cuidados paliativos em pacientes oncológicos pediátricos.

Metodologia

A pergunta de pesquisa que norteou o estudo foi: Quais as práticas de cuidado paliativo observadas no cuidado às crianças em tratamento oncológico? Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva, realizada por meio de revisão narrativa de literatura. A busca pelas publicações foi realizada nas bases de dados PUBMED, (Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América) com os Mesh Terms ("Child" and "palliative care" and "neoplasms"), na LILACS (Literatura da América Latina e do Caribe em Ciências da Saúde) com as palavras chaves ("criança" e "cuidados paliativos" e "neoplasias") no mês de fevereiro de 2016. O recorte temporal foi dos últimos cinco anos, ou seja, de 2010 a 2015.

Para a seleção do material localizado utilizou-se, como critério de inclusão: artigos disponíveis online, na íntegra, gratuito, no idioma português, inglês ou espanhol relacionados ao objeto do estudo. Foram localizados 25 artigos na PUBMED e 20 na LILACS. Destes 45 artigos, oito encontravam-se repetidos na mesma base de dados, dez foram excluídos na avaliação dos títulos. Após a leitura de 27 resumos e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, sete artigos foram selecionados para análise conforme a temática em questão.

Resultados e discussão

Os resultados da análise dos estudos foram realizados de acordo com a semelhança dos conteúdos entre si, sendo, então, agrupados e integrados e, apresentados à partir de duas temáticas:

O cuidado paliativo a criança e a família na oncologia pediátrica uma das situações mais difíceis e marcantes vivenciadas pelos familiares cuidadores e demais profissionais envolvidos no cuidado é aceitar a morte de uma criança terminal. O diagnóstico para cuidados paliativos de uma criança, dificilmente é visto de forma natural e apresenta sérias e diversas repercussões na vida da criança, dos familiares e das mais diversas pessoas envolvidas no tratamento^{4,5}.

O cuidado paliativo deve envolver toda equipe interdisciplinar, a criança e seu familiar na discussão do melhor tratamento, alívio da dor, problemas de ordem física, psicossocial ou espiritual. Torna-se necessário que a assistência seja individualizada, evitando rotinas e protocolos padronizados, promovendo conforto e bem estar⁵.

Torna-se fundamental respeitar a vontade dos pais, mas principalmente a decisão da criança. A comunicação entre a equipe de saúde e a família muitas vezes aparece como confusa ou não clara, como estratégia que visa amenizar o momento de informar os agravos da doença, ou proximidade da morte. A experiência da família diante dos cuidados paliativos é caracterizada pela reorganização familiar centralizada no cuidado da criança. Esse período de adoecimento é vivido intensamente pela família, destacando-se o sentimento de esperança, medo da morte, desespero, culpa, negação e revolta⁶.

A filosofia do cuidado paliativo envolve um contexto de cuidado em que a criança com câncer é o foco, sendo a família incluída no processo de cuidar da criança.

Os profissionais e a abordagem às crianças em final de vida refere-se à formação acadêmica dos profissionais de saúde, que, recentemente, vem sendo preparados para enfrentar a difícil situação da perda e do imponderável. Aos poucos vem se compreendendo que a conquista não está somente na cura, mas na capacidade de cuidar dos pacientes da melhor forma possível⁷.

Existe uma necessidade de mudança em todas as profissões da área da saúde para além das preocupações com o diagnóstico e tratamento das doenças, sob o risco de não conseguir prevenir ou tratar o sofrimento de forma correta e adequada, ou até causar mais dor ou desconforto diante de algumas intervenções. Profissionais de saúde especializados ou treinados apresentam melhores resultados no controle de sintomas físicos como a dor, e os sofrimentos psicossociais, sendo que a capacitação desses necessita ser priorizada pelos serviços de saúde⁸.

A abordagem em situações de cuidados paliativos inclui toda a equipe interdisciplinar, além de conhecimento científico, a empatia e o respeito são fundamentais para um envolvimento

verdadeiro. O cuidado afetivo está intimamente interligado com o vínculo criado entre os profissionais, família e o doente⁹ Também exige dedicação e paciência com objetivo de tratar a criança e não a doença. A prioridade deve ser no tratamento, não só para prolongar a vida, mas para elevar ao máximo a qualidade de vida, evitando intervenções desnecessária^{9,10}.

Considerações Finais

Evidencia-se a necessidade de uma política referente a cuidados paliativos, abrangendo toda a equipe interdisciplinar e em especial os profissionais que atuam diretamente no cuidado, com o objetivo de uma maior conscientização do que é cuidar paliativo e de como prestar uma assistência integral e humanizada.

Destaca-se que medidas de conforto e dignidade são prioridades não só da criança, mas também de seus familiares, contudo, o momento de assunção da implementação dessa filosofia na prática clínica ainda é um dilema para os profissionais.

O contexto do cuidado paliativo na oncologia pediátrica configura-se um desafio para os pesquisadores e para a equipe multiprofissional, evidenciando que essas ações representam lacunas na produção científica brasileira.

Referências

- 1- Ministério da Saúde. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>.
- 2- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Brasil **Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente**. / Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro: INCA, 2015. 114 p
- 3- World Health Organization (WHO). Cancer control: Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Geneva; WHO; 2008.
- 4- Lopes, F.G. Sobre dignidade e morte: a experiência de profissionais em cuidados paliativos na realidade de um serviço de oncologia pediátrica do Brasil. MS thesis. 2015.
- 5- Cardoso DH, Muniz RM, Schwartz E, Arrieira ICO. - Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional, **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 22(4): 1134-41. Out-Dez; 2013

- 6- Sanches MVP, Nascimento LC, Lima RAG "Crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos: experiência de familiares/Children and adolescents with cancer under palliative care: experience of family members/Niños y adolescentes con cáncer en cuidados paliativos: experiencia de familiares." *Revista Brasileira de Enfermagem* 67.1 (2014): 28.
 - 7- Oliveira AC, Silva MJP. "Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde." *Acta paulista de enfermagem* 23.2 (2010): 212-217.
 - 8- Piva JP, Garcia PCR, Lago PM. "Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria." *Rev bras ter intensiva* 23.1 (2011): 78-86.
 - 9- Ponte, KMA; Gomes, MCF, Ponte HMS, Farias MS "Cuidados de Enfermagem que Proporcionam Conforto à Criança Hospitalizada: Visão do Responsável." *Journal of Health Sciences* 17.3 (2015).
- Braga FC, Queiroz E. Cuidados paliativos: o desafio das equipes de saúde. *Psicol. USP* [online]. 2013, vol.24, n.3, pp.413-429. ISSN 0103-6564. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642013000300004>.



92. UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL POR AGRICULTORES NA EXPOSIÇÃO A AGROTÓXICOS NO CULTIVO DO TABACO

THE USE OF PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT BY FARMERS DURING PESTICIDE EXPOSURE ON TOBACCO PRODUCTION

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL USO DE PLAGUICIDAS DE EXPOSICIÓN AGRICULTORES EN EL CULTIVO DEL TABACO

PAPPEN, Morgana¹; PAPPEN, Emelin²; MÜLLER, Francieli Ester³; MOCELIN, Guilherme⁴; KRUG, Suzane Beatriz Frantz⁵.

RESUMO

A utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs) é fundamental para a prevenção de riscos à saúde no uso de agrotóxicos. Objetivou-se averiguar o conhecimento de agricultores em relação a utilização de EPIs na exposição aos agrotóxicos em um município do interior do Rio Grande do Sul, além de detectar os casos de intoxicação notificados no hospital do município. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, o qual aplicou-se um formulário, gravando as respostas dos participantes, que posteriormente foram submetidas à Análise de Conteúdo. Os resultados, conforme os critérios de inclusão, apontaram sete casos de intoxicação notificados no hospital do município pesquisado e que esses participantes pouco utilizavam os EPIs durante a exposição aos agrotóxicos, referindo seu uso como desconfortável e que possuem pouco conhecimento frente aos riscos existentes com esta prática. Conclui-se que os participantes não utilizam os EPIs, ocasionando diversas patologias relacionadas ao contato com os agrotóxicos.

Descritores: Enfermagem; Saúde do trabalhador; Equipamento de Proteção Individual.

ABSTRACT

The use of personal protective equipment (PPE) is essential for the prevention of health hazards when using pesticides. The objective of this study was to investigate the farmer's knowledge about the use of PPEs in pesticide exposure in a countryside city of the state of Rio Grande do Sul, as well as to detect cases of intoxication reported at the city hospital. In this qualitative and descriptive study, a form has been applied, interviewing and recording the participants' answers, which were later submitted to the Discourse Analysis. The results, according to the inclusion criteria, indicated seven cases of intoxication notification reported at the researched city hospital, and the little use of PPEs by the participants during the exposure to pesticides, who mentioned that its use is uncomfortable; in addition, it was found that the participants have little knowledge about the existing hazards. It is concluded that the participants do not use PPEs, causing therefore several pathologies related to the contact with pesticides.

Keywords: Nursing, Worker's health; Personal Protective Equipment.

RESUMEN

El uso de equipo de protección personal (EPP) es fundamental para la prevención de riesgos para la salud en el uso de pesticidas. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el conocimiento de los agricultores sobre el uso de PPE en la exposición a los pesticidas en una ciudad del interior de Rio Grande do Sul, además de detectar los casos de

¹ Enfermeira, especialista em Saúde Pública, mestranda do programa de Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (RS), morganapappen@gmail.com. Bolsista PROSUP Taxa.

² Farmacêutica, mestre em Promoção da Saúde, docente do ensino superior da faculdade Dom Alberto.

³ Acadêmica de Enfermagem, integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa (GEPS), Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – Santa Cruz do Sul Rio Grande do Sul. Bolsista PUIC-Voluntário.

⁴ Acadêmico de Enfermagem, integrante de Grupo de Estudos e pesquisa (GEPS), Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – Santa Cruz do Sul Rio Grande do Sul. Bolsista PUIC-Voluntário

⁵ Enfermeira, Doutora em Serviço Social, docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS)– UNISC – Santa Cruz do Sul Rio Grande do Sul.

envenenamiento reportados en el hospital del condado. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, que se aplicó un formulario, el registro de las respuestas de los participantes, que fueron presentados posteriormente a análisis de contenido. Los resultados, según los criterios de inclusión, mostró siete casos de intoxicación se informó en el hospital del condado investigado y que estos participantes poco utilizado PPE durante la exposición a los pesticidas, en referencia a su uso como incómodos y tienen poco conocimiento en comparación con los riesgos para estas la práctica. Llegamos a la conclusión de que los participantes no usan PPE, causando diversas enfermedades relacionadas al contacto con el pesticida.

Descriptor: Enfermería; Salud ocupacional; Equipo de Protección Individual .

INTRODUÇÃO

O trabalhador pode ter sua saúde comprometida perante a natureza do seu trabalho, os riscos a que está exposto, a forma de execução, organização e gestão do serviço em que trabalha. Os trabalhadores, quando executam suas atividades de trabalho, podem estar expostos a riscos ergonômicos, físicos, químicos, biológicos e psicossociais, os quais podem prejudicar sua saúde. Para o não desenvolvimento de agravos à saúde do trabalhador, deve-se prevenir seu desencadeamento por meio de programas e ações, observando e tomando iniciativas coerentes a cada caso^{1,2}.

Os trabalhadores da agricultura estão constantemente expostos a agentes causadores de agravos à sua saúde, entre eles, equipamentos agrícolas, agrotóxicos e animais peçonhentos. Por isso, é importante que o trabalhador utilize equipamentos de proteção individual (EPIs) em seu trabalho para prevenção de riscos existentes à sua saúde. Dessa forma, o EPI é caracterizado como todo produto individual utilizado pelo trabalhador para proteção de sua saúde e sua segurança. Em um estudo realizado no município de Pelotas (RS), 51% dos fumicultores pesquisados não utilizavam equipamentos de proteção individual^{3,4}.

No trabalho em agricultura, estudos indicam que a exposição aos agrotóxicos desencadeia problemas cardiovasculares, respiratórios, neurológicos, gastrointestinais, cutâneos, oculares e oncológicos, além de casos de suicídio e depressão^{5,6}. Atualmente, o Brasil é o país com maior índice de utilização mundial de agrotóxicos. O uso de agrotóxicos iniciou-se durante a Segunda Guerra Mundial, ao obter sucesso em combater pragas na agricultura, os agrotóxicos possibilitaram maior qualidade às plantações, consequentemente, aumentando sua produção. Todavia, utilizando-se inúmeros tipos de agrotóxicos, prejudiciais à saúde por serem produtos químicos tóxicos, coloca-se a saúde do trabalhador e de sua família em risco, o que ocasiona intoxicações agudas e crônicas e, frequentemente, óbitos. O Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX),

no período de 1999 a 2003, refere a ocorrência de 26.721 casos de intoxicação por agrotóxicos de uso agrícola, dos quais 747 casos evoluíram a óbito^{5,6,7}.

Com o presente estudo, pretende-se contribuir para incentivar os agricultores à prevenção de doenças ocasionadas pelo não uso ou uso incorreto de EPIs e pela exposição aos agrotóxicos. Por meio da pesquisa, os serviços relacionados à saúde do trabalhador do município pesquisado terão dados e informações que possibilitarão ações de promoção e prevenção à saúde dos trabalhadores rurais. O estudo teve como objetivo averiguar o conhecimento de agricultores sobre a utilização de EPIs na exposição aos agrotóxicos em um município do interior do Rio Grande do Sul, além de detectar os casos de intoxicação notificados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo. A pesquisa foi realizada num município localizado na microrregião centro-oriental do estado do Rio Grande do Sul (RS). Conforme dados obtidos na secretaria da agricultura do município, em 2010, a população foi estimada em torno de 7.673 habitantes (IBGE, 2010), sendo aproximadamente 5.500 residentes da zona rural e 2.173 residentes da zona urbana. A base da economia é a agricultura, sendo o principal produto o fumo, além de milho, feijão, batata e outros grãos. Há também produtores de porcos, aves e bovinos, sendo alguns para consumo próprio, e outros para corte. Além desses produtos, existem agricultores que possuem em suas propriedades abelhas, búfalos e peixes. Essa diversificação de produção é, em sua maioria, para subsistência do agricultor, e, em caso de boa produção, os produtos excedentes são vendidos na feira municipal, localizada no centro da cidade. O município possui como instituições que proporcionam assistência à saúde dos agricultores, um hospital e uma Estratégia de saúde da família (ESF). O hospital apresenta capacidade de 38 leitos, destinados a atendimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), convênios de saúde e particulares.

Os sujeitos do estudo foram fumicultores, residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul, que procuraram atendimento no hospital da cidade devido a intoxicações por agrotóxicos no mês de janeiro de 2014 e que tiveram o caso notificado como Intoxicação Exógena no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os critérios de inclusão foram ter idade entre 18 e 60 anos, residir no município estudado, ter notificação por intoxicação por agrotóxicos no mês de janeiro de 2014 no SINAN e aceitar participar voluntariamente da pesquisa. O mês de janeiro foi escolhido para aplicação devido ser o período em que a etapa do cultivo do tabaco é intensa. Diante disso, existiam 19 casos de agricultores com notificação no SINAN de intoxicação por agrotóxicos registrados no mês de janeiro de 2014⁸. Entretanto, nove casos não se

adequaram nos critérios de inclusão da pesquisa e três agricultores não foram localizados, restando sete agricultores que participaram do estudo.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um formulário composto por questões fechadas e abertas sobre o assunto abordado na pesquisa, realizando-se a gravação de cada formulário. Por meio da análise dos dados do formulário, foi realizada a transcrição, a leitura e a interpretação dos dados das questões abertas, utilizando o método de *Análise de Conteúdo*. As questões fechadas foram analisadas através de frequências absolutas e relativas. Após, foram estabelecidas relações entre estes dados.

O projeto foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) com o número do Parecer 726018. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes apresentaram diferentes idades, variando a faixa etária de 18 a 60 anos, tendo maior prevalência os adultos jovens. Os casos mais frequentes de intoxicação por agrotóxicos se deram em trabalhadores mais jovens. Por sua vez, o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), em 2011, traz, referente à região sul, o maior índice de intoxicações por agrotóxicos de uso agrícola na faixa etária de 20 a 29 anos, registrando 131 casos notificados, seguindo-se a faixa etária de 40 a 49 anos, com 119 casos, e a faixa etária de 30 a 39 anos, com 114 casos⁷.

Referente ao sexo dos participantes acometidos por intoxicações de agrotóxicos, houve casos tanto de agricultores do sexo masculino quanto feminino, destacando-se, no período da pesquisa, maior acometimento entre as mulheres. Esse aspecto mostra-se diferente se comparado aos dados do SINITOX, que, em 2011, na região sul, ao apontar 649 casos registrados de intoxicação por agrotóxicos de uso agrícola, apresentou 465 casos do sexo masculino e 184 casos do sexo feminino⁷. Quanto à escolaridade dos agricultores, os dados mostram um maior número de participantes com ensino fundamental incompleto. Existem estudos comprovando o baixo nível de escolaridade dos fumicultores, constituindo-se um dos fatores contribuintes para o aumento dos riscos de intoxicação por agrotóxicos, visto que a dificuldade de leitura interfere na interpretação das embalagens dos produtos e na conscientização dos riscos ocasionados pela exposição aos agrotóxicos^{9,10}.

Dos sete participantes da pesquisa, seis são casados e convivem com seus respectivos cônjuges e filhos, enquanto um participante relata estar separado, embora os filhos permaneçam morando junto consigo. É bastante frequente nas tarefas da agricultura o envolvimento de toda família, sendo que todos estão expostos a riscos de saúde. Diante disso, a contaminação ambiental pelos agrotóxicos pode causar riscos de intoxicação às famílias dos trabalhadores rurais. Além da contaminação ambiental, a exposição ocupacional também coloca em risco as famílias dos agricultores, assim como existe a possibilidade de toda população se intoxicar devido ao consumo de alimentos contaminados¹¹.

Quando questionados os participantes sobre o tempo de exposição aos agrotóxicos, a maioria respondeu que estava exposta a vinte ou mais anos. O tempo em que o fumicultor fica em contato aos agrotóxicos é um dado importante para indicar o período em que o organismo humano esteve exposto aos efeitos destes agrotóxicos. Considerando-se o tempo de exposição, somado à contaminação da água e do solo, presume-se que o trabalhador possivelmente desenvolverá outros problemas de saúde¹¹.

Os EPIs são utilizados pelos agricultores na exposição aos agrotóxicos, objetivando proteção, redução e controle dos possíveis riscos à saúde⁶. Diante disso, o estudo possibilitou um levantamento de frequência de uso e de quais equipamentos os agricultores utilizam na cultura do tabaco. A aplicação dos formulários revelou que a maioria dos participantes usa EPIs em algumas situações, contrapondo-se a um participante, o qual disse nunca utilizá-los. Entre os EPIs utilizados pelos participantes, os de maior frequência de uso foram luvas, botas e calça impermeável, sendo relatado, também, o uso de outros equipamentos como chapéu de palha, boné e botina.

Diante desse contexto, constatou-se que nenhum fumicultor utiliza todos os EPIs necessários em sua atividade de trabalho. Em contrapartida, há trabalhadores que utilizam os EPIs, porém de forma incompleta. Seis agricultores pesquisados responderam que utilizavam os EPIs, todavia, quando relataram citaram a utilização de apenas alguns EPIs. Os fumicultores utilizam os EPIs de forma parcial, não fazendo uso de todos os EPIs preconizados, o que torna-os suscetíveis a doenças ocasionadas pela exposição aos agrotóxicos. Diante de tal contexto, considera-se que a autoconfiança do fumicultor, observada devido à sua experiência em produzir e manusear o fumo de forma cuidadosa, restringe a utilização de EPIs⁵. Sabe-se que os EPIs são fabricados a fim de prevenir o contato do organismo com os agentes químicos externos, garantindo maior segurança. Entretanto, eles podem propiciar dificuldades operacionais, como o menor conforto térmico, o maior peso e a menor portabilidade, o que se relaciona à maior resistência ao calor e à

impermeabilidade do tecido, entre outras características essenciais aos EPIs. Há relatos de que a não adesão aos EPIs está associada às características antropométricas e, especialmente, ao estresse térmico devido à hipertermia que o EPI pode causar, entre outras causas^{12,13}.

Apesar de não ocorrer aceitação de uso por muitos trabalhadores, os EPIs são considerados uma proteção disponível. Existem relatos de que os EPIs empregados na agricultura não protegem totalmente o usuário e podem ampliar os possíveis riscos, já que se tornam fonte de contaminação. Nesse caso, os riscos se referem aos cuidados ao vestir e despir os EPIs e à conservação dos equipamentos contaminados. Muitos agricultores relatam o desconforto, especialmente térmico, como barreira para a não utilização dos EPIs. Mesmo com o aumento de orientações sobre a utilização de EPIs, o problema com o uso inadequado é frequente. Estudos relatam que a época de utilização intensiva de EPIs é sempre a mais quente, entretanto, é uma queixa dos trabalhadores tanto de regiões mais quentes quanto de regiões mais frias^{6,13,14}. Igualmente nesse estudo, apesar de considerarem a utilização de agrotóxicos perigosa à saúde, os agricultores não utilizam os EPIs de forma correta e integral. Ao considerar a exposição aos agrotóxicos como um problema de saúde pública, reitera como causas da problemática a carência de cuidado e proteção à saúde e de informações básicas sobre a utilização de agrotóxicos¹⁵.

Quando questionados se os acompanhantes nas tarefas da agricultura com utilização de agrotóxicos usavam EPIs, somente um dos participantes respondeu afirmativamente, sendo que seu cônjuge utilizava todos os EPIs necessários. Os demais participantes relataram que seus acompanhantes não usavam nenhum EPI ou o usavam parcialmente. Um autor destaca que as famílias dos fumicultores possuem sua saúde constantemente prejudicada, devido à utilização dos agrotóxicos, à exposição às plantas úmidas e à exposição às plantas durante sua secagem. Assim, os trabalhadores ficam suscetíveis às doenças ocasionadas pela exposição aos agrotóxicos, principalmente as intoxicações, já que a grande maioria não utiliza os EPIs adequados para sua proteção¹⁶. A não utilização dos EPIs durante o trabalho agrícola é relatada pelos fumicultores em virtude das altas temperaturas, entre outros motivos¹⁷.

Devido às situações de intoxicações que tiveram, os participantes foram questionados sobre a utilização de EPIs na ocasião. Todos relataram que não estavam utilizando EPIs e que por isso procuraram atendimento hospitalar. Os agricultores, principalmente na cultura do tabaco, utilizam uma elevada quantidade de agrotóxicos, desde o plantio da semente até a colheita das folhas, o que, conseqüentemente, aumenta o número de intoxicações⁹. A intoxicação ocorrida pela falta de EPIs pode ocorrer durante as aplicações de agrotóxicos, quando o corpo do trabalhador não está

protegido como deveria, quando a roupa está molhada, e quando realiza pulverizações em dias de vento, absorvendo-o por inalação¹⁸.

A utilização de EPIs objetiva proteger a saúde do agricultor que faz uso de agrotóxicos, o que permeia a redução dos riscos de intoxicações em virtude da exposição a estes produtos por via inalatória, oral, dérmica e ocular. Durante a execução da plantação do fumo, há vários EPIs para os agricultores utilizarem para prevenir possíveis doenças ocasionadas pela exposição aos agrotóxicos^{1,12}. Questionou-se os participantes sobre a não utilização de EPIs na exposição aos agrotóxicos como causa de risco para a saúde e quais riscos poderiam ser. Todos os fumicultores expressaram conhecimento sobre os riscos existentes na exposição aos agrotóxicos sem a utilização de EPIs. A não utilização dos EPIs pelos trabalhadores rurais na exposição aos agrotóxicos pode propiciar o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, gastrointestinais, cutâneas, oculares, oncológicas e psiquiátricas. Essas doenças estão relacionadas à frequente exposição aos agrotóxicos a que os agricultores são submetidos devido à plantação do tabaco, o que ocasiona acúmulo de substâncias tóxicas no organismo, assim podendo desenvolver problemas de saúde^{6,9}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta pesquisa, identificaram-se limitações quanto ao conhecimento dos agricultores, sobre a utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs) na exposição aos agrotóxicos no cultivo de tabaco. Verificou-se que os participantes sabem que a não utilização dos EPIs pode causar riscos à sua saúde, entretanto, foi identificada a não utilização completa dos equipamentos pelos participantes e pela maioria dos acompanhantes nas tarefas de trabalho é motivada, sobretudo, pelo desconforto, especialmente térmico. Entretanto, alguns relataram a utilização de equipamentos, como luvas, botas e calça impermeável, os quais são mais confortáveis e de maior adesão.

Percebeu-se que a falta de orientação está aliada à baixa escolaridade dos participante desta pesquisa, ou seja, quanto maior o grau de escolaridade, melhor é o entendimento das informações. Diante desse contexto, recomenda-se a realização de ações educativas para os trabalhadores rurais com o objetivo de informar e incentivar a utilização dos EPIs adequados, prevenindo, assim, doenças ocasionadas pelos riscos existentes na exposição sofrida durante o trabalho.

EIXO TEMÁTICO: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- 1-BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica nº 5: Saúde do Trabalhador. Brasília, 2002.
- 2-FILHO, J. M. J. Considerações sobre o tema "Saúde dos Trabalhadores da Saúde" e breve apresentação. Revista Brasileira Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 33, n. 117, p. 4-5, 2008.
- 3-MARQUES, S. M. T.; SILVA, G. P. Trabalho e acidentes no meio rural do Oeste Catarinense – Santa Catarina, Brasil. Revista Brasileira Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 28, n. 107-108, p. 101-105, 2003.
- 4-ANDRADE, I. A. J. et al. A importância dos equipamentos de proteção individual (EPI) e equipamentos de proteção coletiva (EPC) para a saúde do trabalhador. Revista Eletrônica de Enfermagem e Nutrição, Goiânia, v. 2, n. 2, p. 1-15, set. 2011.
- 5-SILVA, J. B. et al. Fumicultores da zona rural de Pelotas (RS), no Brasil: exposição ocupacional e a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI). Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 347-353, abr./jun. 2013.
- 6-PORTO, M. F.; SOARES, W. L. Modelo de desenvolvimento, agrotóxicos e saúde: um panorama da realidade agrícola brasileira e propostas para uma agenda de pesquisa inovadora. Revista Brasileira Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 37, n. 125, p. 17-50, 2012.
- 7-SINITOX. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. Banco de dados agregados do SINITOX. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/sinitox/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=392>>. Acesso em: 31 out. 2014.
- 8-IBGE. SINAM: Banco de dados agregados do IBGE. Disponível em: <<http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-agrivos-de-notificacao-sinan>>. Acesso em: 5 jun. 2014.
- 9-ALMEIDA, E. A. et al. Agrotóxicos e o risco à saúde entre fumicultores. Publ. UEPG Biol. Saúde, Ponta Grossa, v. 17, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2011.
- 10-RECENA, M. C. P; CALDAS, E. D. Percepção de risco, atitudes e práticas no uso de agrotóxicos entre agricultores de Culturama, MS. Revista de Saúde Pública, São Paulo v. 42, n. 2, p. 294-301, 2008.
- 11-OLIVEIRA, C. S. Vigilância das intoxicações por agrotóxicos no estado do Mato Grosso do Sul: uma proposta de relacionamento entre banco de dados. 2010. 103 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.
- 12-GOETHEL, G. et al. Avaliação de parâmetros bioquímicos e toxicológicos de fumicultores do município de Venâncio Aires/RS. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, Vitória, v. 15, n. 1, p. 105-112, jan./mar. 2013.
- 13-VEIGA, M. M. et al. A contaminação por agrotóxicos e os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 32, n. 116, p. 57-68, 2007.
- 14-FARIA, N. M. X. Modelo de desenvolvimento, agrotóxicos e saúde: prioridades para uma agenda de pesquisa e ação. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 37, n. 125, p. 17-50, 2012.
- 15-PREZA, D. L. C.; AUGUSTO, L. G. S. Vulnerabilidade de trabalhadores rurais frente ao uso de agrotóxicos na produção de hortaliças em região do nordeste do Brasil. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 37, n. 125, p. 89-98, 2012.
- 16-BOEIRA, S.; GUIVANT, J. S. Indústria de tabaco, tabagismo e meio ambiente: as redes ante os riscos. Cadernos de Ciência e Tecnologia, Brasília, v. 20, n. 1, p. 45-78, jan./abr. 2003.
- 17-NUNES, G. C. Uso do EPI – Equipamentos de Proteção Individual nas pequenas propriedades rurais produtoras de fumo no município de Jacinto Machado – SC. Criciúma: Editora da Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2010.

18-ALBUQUERQUE, C. Método soma-capacitação de agricultores, educação sanitária e ambiental. Goiânia: Editora Bandeirante, 2000.



93. UTILIZAÇÃO DO INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

USE OF THE INVENTORY OF DEPRESSION IN UNIVERSITY STUDENTS: ANALYSIS OF SCIENTIFIC PRODUCTION

MEDIANTE EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

BRESOLIN, Julia Zancan¹; DALMOLIN, Grazielle Lima²

Resumo

Introdução: Para avaliar a depressão em pesquisas quantitativas, um dos questionários utilizados em diversos países é o Inventário de Depressão de Beck. **Objetivo:** Analisar as tendências da produção científica brasileira com teses e dissertações sobre depressão relacionado ao uso do Inventário de Depressão de Beck em estudantes universitários.

Metodologia: Estudo de revisão bibliográfica retrospectiva, com abordagem descritiva. A busca ocorreu em maio e setembro de 2016 nos catálogos de dissertações e teses do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem e no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Resultados:** O corpus da pesquisa foi composto por 5 dissertações, defendidas no período de 2012 a 2015. Os sujeitos investigados foram estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia.

Considerações Finais: A tendência dos estudos quantitativos que avaliam depressão se concentra em avaliar apenas um curso de graduação.

Descritores: Depressão; Estudantes; Universidades.

Abstract

Introduction: To evaluate depression in quantitative research, one of the questionnaires used in several countries is the Beck Depression Inventory. **Objective:** To analyze trends in Brazilian scientific production with theses and dissertations about depression related to the use of the Beck Depression Inventory in university students. **Methodology:** Retrospective bibliographic review study, with a descriptive approach. The search occurred in May and September, 2016 in the catalogs of dissertations and theses of the Center for Studies and Research in Nursing of the Brazilian Nursing Association and in the Bank of Thesis and Dissertations of the Coordination of Improvement of Higher Education Personnel. **Results:** The corpus of the research was composed of 5 dissertations, defended in the period from 2012 to 2015. The subjects investigated were students of the Nursing, Medicine and Dentistry courses. **Final Considerations:** The trend of quantitative studies that assess depression focuses on assessing only one undergraduate course.

Resumen

Introducción: Para evaluar la depresión en la investigación cuantitativa, uno de los cuestionarios utilizados en varios países es el Inventario de Depresión de Beck. **Objetivo:** Analizar las tendencias de la producción científica en tesis y disertaciones sobre la depresión relacionados con el uso del Inventario de Depresión de Beck en los estudiantes universitarios. **Metodología:** Estudio retrospectivo con enfoque descriptivo. La búsqueda se realizó en mayo y septiembre de 2016 en los catálogos de las disertaciones y tesis del Centro de Estudios e Investigación en Enfermería de la Asociación Brasileña de Enfermería y el Banco de Tesis y Disertaciones de Coordinación de Mejora Personal de Nivel Superior. **Resultados:** El corpus de la investigación se compone de cinco tesis, defendida en el período de 2012 a 2015. Los sujetos del estudio fueron estudiantes de Enfermería, Medicina y Odontología. **Consideraciones finales:** La tendencia de los estudios cuantitativos que evalúan la depresión se centra en evaluar solamente un título de grado.

¹ Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Email: julia-bresolin@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor adjunto do departamento de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria

Introdução

Muitos estudantes universitários desenvolvem transtornos psiquiátricos durante a graduação. Fatores presentes na vida acadêmica, como intensa carga horária de estudo exigida e a forte cobrança dos professores podem contribuir para o aparecimento de transtornos. Dentre esses transtornos destaca-se a depressão⁽¹⁾. A depressão é a doença psiquiátrica mais comum existente. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), no período entre 2020 e 2030, a depressão será a doença mais comum do mundo⁽²⁾.

Para avaliar a intensidade de depressão, em pesquisas quantitativas, o questionário mais amplamente reconhecido e utilizado em diversos países do mundo é o Inventário de Depressão de Beck (BDI), desenvolvido por Beck (1961). O qual pode ser aplicado em pacientes psiquiátricos ou na população não-clínica⁽³⁾.

O BDI é um conjunto de 21 grupos de afirmativas sobre sintomas comuns de depressão, em que o participante identifica o quanto tem sido incomodado por determinados sintomas durante a última semana, incluindo o dia da aplicação. Os sintomas variam numa intensidade de 0 a 3. Os itens que compõe a escala são: humor, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sentimentos de culpa, punição, descontentamento pessoal, autoacusação, tendências suicidas, choro, irritabilidade, afastamento social, indecisão, distúrbios do sono, cansaço, perda do apetite, perda de peso, preocupações somáticas e perda da libido⁽¹⁾.

Este estudo foi desenvolvido com teses e dissertações publicadas no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e nos catálogos de dissertações e teses do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEen) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) com o intuito de averiguar a tendência das produções brasileiras sobre depressão que utilizaram o Inventário de depressão de Beck em estudantes de graduação. Este estudo foi desenvolvido com teses e dissertação para conhecer o que vem sendo pesquisado sobre a temática, considerando que os artigos relacionados a essas pesquisas podem levar um considerável tempo até serem publicados. O objetivo foi analisar as tendências da produção científica brasileira com teses e dissertações sobre depressão relacionado ao uso do Inventário de Depressão de Beck em estudantes de graduação.

Metodologia

Estudo de revisão bibliográfica retrospectiva no âmbito nacional, com abordagem descritiva. A busca ocorreu em maio e setembro de 2016 nos catálogos de dissertações e teses do CEPEn da ABEn e no Banco de Teses e Dissertações da CAPES. Para a coleta de dados buscaram-se os resumos de teses de doutorado e dissertações de mestrado sobre a temática. A estratégia de busca foi pelo termo “Inventário de Depressão de Beck” nos títulos e resumos. Não foi delimitado recorte temporal, para que fossem incluídas um maior número de produções sobre a temática.

Optou-se em buscar produções nos catálogos da ABEN por constatar que os estudos encontrados no Banco de Teses e Dissertações da CAPES foram desenvolvidos entre os anos de 2013 e 2016. Nos catálogos da ABEN, estão presentes estudos desde 2001 até o ano de 2014.

Foram incluídos todos estudos que apresentassem o uso do BDI, com resumos disponíveis na íntegra. Desta busca, obtiveram-se 429 publicações, cujos títulos e resumos foram lidos integralmente. A partir disso, foram excluídos os estudos que não apresentaram a temática depressão como um dos objetivos e os que não apresentavam estudantes universitários como sujeitos de pesquisa. Os estudos de 2016 foram excluídos devido ao fato do ano não ter finalizado no momento da coleta dos dados. Assim, o presente estudo analisou 5 publicações.

Posteriormente, construiu-se um quadro sinóptico, em que foram apreciados os seguintes aspectos: Autor, título, ano, instituição, nível acadêmico, objetivos, metodologia, instrumentos e resultados.

Resultados e discussão

O corpus desta pesquisa foi composto por 5 estudos defendidos no período de 2012 a 2015⁽⁴⁻⁸⁾. Sendo que em 2012 e 2014 foram encontrados 2^(5,7) e em 2015, 3^(4,6,8). Quanto à abordagem metodológica, todos os estudos utilizaram o método quantitativo.

Os sujeitos investigados foram estudantes dos cursos de Enfermagem⁽⁵⁾, Medicina^(7,8) e Odontologia^(4,6). A análise da distribuição de autores conforme o Estado de procedência, destacou São Paulo como a mais frequente, com 3 estudos^(6,7,8). Mato Grosso⁽⁴⁾ e Rio Grande do Sul⁽⁵⁾ com dois estudos.

Quanto à titulação dos autores, foram encontrados apenas dissertações de mestrado. Em relação à área de conhecimento, 2 correspondem à área de psicologia^(6,8) e psiquiatria⁽⁸⁾. As demais englobaram ciências odontológicas⁽⁴⁾, enfermagem⁽⁵⁾ e ciências da saúde⁽⁷⁾.

Em relação aos objetivos dos estudos, os mesmos são apresentados na tabela a seguir:

Tabela 1: Objetivos de pesquisa identificados nos estudos avaliados em revisão bibliográfica. Santa Maria, RS, 2016.

Autor	Objetivo
Coelho RM ⁽⁴⁾	Verificar, através do Inventário de Depressão de Beck (BDI – Beck Depression Inventory), os níveis de depressão encontrados em alunos do curso de Odontologia da Universidade de Cuiabá.
Freitas EO ⁽⁵⁾	Analisar estresse, coping, burnout, sintomas depressivos e hardiness entre discentes de enfermagem.
Miyazaki VRF ⁽⁶⁾	Identificar presença de desordem temporomandibular e avaliar qualidade de vida, sintomas de estresse, de depressão e prática de atividade física em uma amostra de estudantes universitários.
Paula JA ⁽⁷⁾	Analisar a prevalência de sintomas depressivos de estudantes de medicina de uma região do Sertão Nordestino, Brasil.
Silva NR ⁽⁸⁾	Avaliar as características gerais e de sintomas depressivos em estudantes de medicina atendidos no serviço de orientação psicológica da faculdade de medicina ABC.

Quanto aos principais resultados dos estudos, a depressão mostrou-se presente para a população investigada. Os níveis de depressão apresentados mostram que 22,8% (n=512) dos estudantes de Odontologia da Universidade de Cuiabá tem depressão de leve a moderada, 6,8% de moderada a severa e 1,8% tem depressão severa. Foi constatado que as variáveis de risco são a quantidade de filhos e a origem da renda⁽⁴⁾. No centro universitário do Norte Paulista, foi pesquisada a correlação entre estresse, depressão e desordem temporomandibular (DTM) entre estudantes de odontologia (n=100). Os estudantes com DTM apresentaram mais sintomas de estresse e depressão, porém não houve correlação entre essas variáveis⁽⁶⁾.

No curso de enfermagem de uma universidade pública do interior do Rio Grande do Sul, 6,15% (n=130) dos estudantes tem quadro sugestivo de depressão. Nesse estudo, houve correlação positiva entre estresse, coping, burnout, sintomas depressivos e hardiness⁽⁵⁾.

Em estudantes de medicina, os estudos demonstraram uma prevalência para o diagnóstico de depressão de 28,8% (n=1024) em uma região do sertão nordestino. As variáveis sexo feminino, saúde física razoável, incerteza quanto ao futuro profissional, desejo de mudar de curso, não participação de atividades sociais e/ou dificuldades de relacionamentos, esporádica ou rara atividade de lazer estiveram associadas a maior chance de desenvolver sintomas depressivos⁽⁷⁾. Já em análise de prontuários de estudantes atendidos no serviço de orientação psicológica da faculdade de medicina do ABC (n=76), a depressão apresentou-se em nível leve em 26,3%,

moderada em 44,7% e grave em 10,5% dos estudantes. Dentre os prontuários analisados, 61,8% eram do sexo feminino⁽⁸⁾.

Em estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia, os escores mais elevados de sintomas depressivos foram no sexo feminino. Nesse estudo, foi constatado que quando os estudantes estão em tratamento psicológico e psiquiátricos, os escores apresentam-se menores. Com isso, demonstra-se a importância e necessidade de apoio institucional e ampliação de programas⁽⁹⁾.

Em relação a desordem DTM, na Universidade Federal da Paraíba, os cursos de Odontologia, Medicina, Farmácia, Fisioterapia e enfermagem também foram avaliados. Concluiu-se que a maior parte dos indivíduos apresentaram DTM leve. A necessidade de tratamento esteve associada ao sexo, curso, momento do curso, presença de hábitos e presença de tensão emocional⁽¹⁰⁾.

Considerações Finais

Ao analisar a produção científica da Enfermagem sobre depressão associado ao uso do BDI percebeu-se que há muitos aspectos importantes que foram pouco abordados nos estudos.

A tendência dos estudos quantitativos que avaliam depressão se concentra em avaliar apenas um curso. Não foi encontrado nenhum estudo que compreendesse todos os estudantes universitários da área da saúde.

Nesse sentido, considera-se que há lacunas na produção de estudos que investiguem depressão em estudantes universitários na área da saúde, em todas as regiões do país. É necessária produção de conhecimento para dispor de alternativas que sirvam de apoio aos estudantes que convivem com a depressão, já que esta condição pode influenciar negativamente no processo de aprendizagem durante a graduação.

É importante considerar que o número reduzido de estudos deve-se ao fato do portal da CAPES ter seus estudos disponíveis, com resumo, apenas nos últimos três anos.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Da Victoria MS, Bravo A, Felix AK, Neves BG, Rodrigues CB, Ribeiro CCP, et al. Níveis de ansiedade e depressão em graduandos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Encon.: R. Psicol. 2013;16(25):163-175.

2. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). OMS: depressão será a doença mais comum do mundo em 2030. Teresina: 2014. Disponível em: <http://abp.org.br/2011/medicos/clippingsis/exibClipping/?clipping=18917>
3. Gorenstein C, Andrade L. Validation of Portuguese version of Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz. J. Med. Biol. Res.* 1996;29:453-457.
4. Coelho RM. Níveis de depressão em alunos de odontologia da Universidade de Cuiabá. Cuiabá. Dissertação [Mestrado Profissional em Ciências Odontológicas Integradas] – Universidade de Cuiabá; 2015.
5. Freitas EO. Estresse, coping, burnout, sintomas depressivos e hardiness entre discentes de enfermagem. Santa Maria. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal de Santa Maria; 2012.
6. Miyazaki VRF. Desordem temporomandibular (DTM): qualidade de vida, estresse e depressão. São José do Rio Preto. Dissertação [Mestrado em Psicologia e Saúde] – Faculdade Medicina de São José do Rio Preto; 2015.
7. Paula JA. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em estudantes de medicina do sertão nordestino. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde] – Faculdade de Medicina do ABC; 2014.
8. Silva NR. Características dos sintomas depressivos em estudantes de medicina atendidos em serviço de orientação de uma faculdade de medicina. Dissertação [Mestrado em Psiquiatria e Psicologia Médica] – Universidade Federal de São Paulo; 2015.
9. Rezende CHA, Abrão CB, Coelho EP, Passos LBS. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev. bras. educ. med.* 2008;32(3):315:323.
10. Medeiros SP, Batista AUD, Forte FD. Prevalência de sintomas de disfunção temporomandibular e hábitos parafuncionais em estudantes universitários. *RGO, Rev. gaúch. odontol.* 2011;59(2):201-208.

94. VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE SENSIBILIDADE MORAL COM ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA

VALIDATION OF THE QUESTIONNAIRE OF MORAL SENSITIVITY WITH NURSES OF PRIMARY HEALTH CARE

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SENSIBILIDAD MORAL CON LAS ENFERMERAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

DALLA NORA, Carlise Rigon¹

Introdução: Esse trabalho versa sobre a sensibilidade moral a qual é necessária para os enfermeiros reconhecerem os problemas éticos vivenciados na atenção básica, esta sensibilidade permite tomar uma decisões éticas de forma prudente e responsável. A sensibilidade moral é a capacidade que permite reconhecer, interpretar e responder de forma apropriada os problemas éticos¹. Os problemas éticos no âmbito da atenção básica são de alta frequência e baixa intensidade, caracterizando-se por uma sutileza e pela naturalização da violência nas relações interpessoais que dificultam sua percepção pelos profissionais². Esse estudo possui uma perspectiva Luso-Brasileira na medida em que se insere no acordo de dupla titulação realizado entre a Universidade Católica Portuguesa e a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. **Objetivo:** Esse estudo tem como objetivo avaliar a sensibilidade moral dos enfermeiros da atenção básica face aos problemas éticos. **Método:** Para tanto, foi traduzido e adaptado o questionário de sensibilidade moral para os enfermeiros e realizado a validação do questionário de sensibilidade moral com os enfermeiros. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e observacional. Foi realizado um estudo por meio de um questionário enviado aos enfermeiros do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, durante os meses de março e julho de 2016, de forma *online*. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob nº 1.180.518. Este estudo observou todos os preceitos éticos e legais das pesquisas envolvendo seres humanos e garante uma participação livre e voluntária. A pesquisa é desenvolvida sob a modalidade Bolsa de Doutorado Pleno no Exterior, concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. **Resultados:** O questionário de sensibilidade moral do Brasil (MSQ-B) permaneceu com 27 itens, distribuídos em quatro dimensões: orientação interpessoal, conhecimento do profissional, conflito moral e significado moral³. Dos 100 enfermeiros que participaram do estudo, 91% eram do gênero feminino, com média de idade de 36,6 anos DP(9,5). A maioria dos enfermeiros (86,9%) em Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde, Posto de Saúde, Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF)/ Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Quanto ao tempo de atuação como enfermeiro a média foi de 10,6 anos (DP:8,8), sendo o tempo médio de atuação na atenção básica de 7,3 anos (DP: 6,5). O Questionário de Sensibilidade Moral nesse estudo apresentou um Alfa de Cronbach total de 0,847. A média de sensibilidade moral dos enfermeiros foi de 4,5 de 7. Os itens de maior média, ou seja, que demonstram maior sensibilidade moral no questionário foram: item 1 - (É minha responsabilidade como enfermeiro conhecer o paciente na sua

¹Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa (UCP). Investigadora no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS); Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva, Especialista em Saúde da Família. Porto, Portugal. E-mail: carliserdn@gmail.com

globalidade); item 6 - (Quando eu tenho que tomar decisões difíceis para o paciente, é importante sempre ser honesto com ele (a)); item 7 - (Acredito que a boa assistência de enfermagem inclui o respeito pela decisão do paciente) e o item 27 - (Como um enfermeiro, devo sempre saber como cada um dos meus pacientes deve ser respeitosamente abordado). Pode-se dizer que os enfermeiros do Rio Grande do Sul referem maior sensibilidade moral na dimensão orientação interpessoal, que tem o foco na construção de uma relação de confiança com o paciente e encontrar formas de responder as suas necessidades individuais. **Conclusões:** Os resultados desse estudo geram contribuições para os enfermeiros, na medida que estes necessitam avaliar e potencializar sua sensibilidade moral; para a gestão dos serviços de atenção básica que precisam incentivar a criação de espaços de discussão e atenção aos problemas éticos; para as instituições formadoras que necessitam fornecer estratégias educativas coerentes, capazes de estimular o desenvolvimento moral dos alunos de enfermagem e implicações para os pacientes, pois ao serem atendidos por enfermeiros com uma sensibilidade moral diminuída é possível que tenham um atendimento de menor qualidade. Recomenda-se que os enfermeiros promovam sua sensibilidade moral através programas educacionais, que enfatizem como lidar com problemas éticos na atenção básica, os quais podem resultar em sofrimento moral. As atividades educacionais são uma forma de cultivar o desenvolvimento da sensibilidade moral. O questionário de sensibilidade moral é um instrumento válido e apropriado para avaliar a sensibilidade moral dos enfermeiros no Rio Grande do Sul, Brasil.

Eixo temático: Processo de Trabalho e Gestão em Saúde e Enfermagem.

Descritores: Desenvolvimento Moral; Ética de Enfermagem; Moral; Ética; Enfermagem.

Key words: Moral development; Nursing Ethics; Moral; Ethics; Nursing.

Palabras clave: Desarrollo moral; Ética de enfermería; Moral; Ética; Enfermería.

Referências:

1. Lützén K, Evertzon M, Nordin C. Moral sensitivity in psychiatric practice. *Nursing Ethics*, 1997; 4(6): 472-482.
2. Dalla Nora CR, Zoboli ELCP, Vieira M. Problemas éticos vivenciados por enfermeiros na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2015; 36(1):112-121.
3. Dalla Nora CR, Zoboli ELCP, Vieira MM. Sensibilidade moral de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(2):1-9.

95. VER-SUS: UMA EXPERIÊNCIA EXCEPCIONAL PARA FORMAÇÃO ACADÊMICA NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

VER-SUS: AN EXCEPTIONAL EXPERIENCE FOR ACADEMIC TRAINING IN THE REALITY OF THE SINGLE HEALTH SYSTEM

VER-SUS: UNA EXPERIENCIA EXCEPCIONAL DE LAS FORMACIONES PROFESIONALES EN LA REALIDAD SISTEMA ÚNICO DE SALUD

MENEGAT, Berthiéli Aparecida¹; SCHERER, Carlice Maria².

Promulgado por meio da Constituição Federal de 1988 entre seus artigos 196 e 200, o Sistema Único de Saúde (SUS), tornou o acesso à saúde direito de todo cidadão.¹ O mesmo, através da descentralização, busca envolver todas as esferas do governo para que, juntas, funcionem no sentido de promover melhorias na situação de vida e de saúde da população.² Um dos maiores questionamentos e preocupações dos estudantes da área da saúde é a sensação de despreparo e de insegurança para atuarem nos serviços de saúde brasileiros. Inúmeros são os acadêmicos que se queixam de não saber o real funcionamento do SUS.³ Desta forma, destaca-se o projeto de extensão Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde como uma estratégia de educação permanente em saúde, para assim preencher esta lacuna e tentar solucionar este problema.⁴ O programa VER-SUS surgiu no ano de 2002, inicialmente na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul como proposta do Ministério da Saúde para fornecer vivências aos estudantes da área da saúde fora do período letivo. A este projeto vincula-se, em particular, outra atividade de extensão, o Coletivo AMASUS, que tem seu desenvolvimento na cidade de Ijuí (RS), objetivando aproximar estudantes que tenham em comum, o desejo de conhecer e protagonizar o SUS, e que desenvolve atividades voluntárias sem fins lucrativos. Logo, este relato de experiência tem como finalidade relatar e discutir a experiência de uma estudante universitária no campo da saúde propiciada pelo VER-SUS, de forma a esclarecer sua relevância como objetivo de pesquisa, como educação permanente e como formação de sujeito ético-profissional no Sistema Único de Saúde. Este relato de experiência, com abordagem qualitativa, baseia-se nas atividades de extensão realizadas através do programa VER-SUS e o Coletivo AMASUS na cidade de Ijuí, Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, que ocorreu durante 10 dias do mês de janeiro de 2016 (16/01/2016 a 25/01/2016). O estágio contou com a participação de 23 acadêmicos de diversas instituições de ensino público e privado de diferentes localidades e cursos da área da saúde. A seleção dos estudantes para participação do evento ocorreu através do site do VER-SUS conveniado com o Ministério da Saúde. O presente artigo utiliza-se da narrativa como forma de apresentação das experiências vividas pela universitária na atuação do estágio no campo da saúde. Durante todos os dias de experiências promovidas pelo VER-SUS, os acadêmicos se depararam com diversos cenários e realidades da saúde local brasileira, perpassando desde a atenção primária à secundária, refletindo e discutindo assuntos da atualidade relacionados à saúde, buscando viabilizar soluções. Totalizaram-se cerca de dez dias de estágio na cidade de Ijuí (RS) e seus arredores, onde foi possível conhecer pessoas de diferentes raças e culturas, entendendo assim o SUS dentro de grupos isolados e de forma geral. Na atenção primária foram realizadas visitas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESFs) da cidade, onde constatou-se, em algumas destas, dificuldades de gestão no sistema como um todo, através de relatos dos profissionais que afirmavam possuir uma comunicação insatisfatória no quesito referência e contra-referência, o que

¹ Acadêmica de Bacharelado em Enfermagem do 9º semestre, Sociedade Educacional Três de Maio (SETREM) – RS. bmenegat@hotmail.com.

² Enfermeira, Mestre em Educação nas Ciências-Enfermagem, Docente na Faculdade de Enfermagem da Sociedade Educacional de Três de Maio (SETREM) – RS.

envolve também instituições privadas de saúde. Os profissionais relataram ainda a grande demanda de clientela, o que condiz com a lotação do serviço de saúde. Estas, para garantir a integralidade e atuar na perspectiva da promoção da saúde, necessitam manter uma relação constante com as instituições de outros setores, fazendo com que a gestão seja de fato o que possibilite superar esses problemas. Além disso, foi possível verificar essa prestação de serviços em locais diferentes e mais isolados, como o Assentamento Rondinha do município de Jóia (RS) e na comunidade indígena do município de São Valério do Sul (RS), que mesmo sendo afastados da zona urbana, possuem uma ESF própria e atendimento individualizado, diferente da realidade de superlotação mencionada anteriormente. Observou-se que a cultura diferenciada do povo indígena, por exemplo, é vista com bons olhos pela equipe de saúde local, que visa enquadrar-se, mesmo que de modo lento, ao âmbito do povo que ali reside, respeitando ao máximo seus costumes. Tanto na comunidade indígena, quanto no assentamento pode-se notar o forte hábito de cura através de plantas medicinais entre os povos, que possuem um conhecimento grandioso em relação a eficácia medicamentosa das plantas e suas ações ao organismo humano. Na atenção secundária de saúde destacaram-se às visitas ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – CAPSad (álcool e drogas) e CAPS infantil - de Ijuí (RS). Com um olhar voltado à saúde mental da população, notou-se que o mesmo consegue dar suporte à rede básica de saúde de forma complementar, prestar atendimento clínico diário e ainda lançar estratégias de reinserção social aos pacientes, atingindo seu objetivo principal. Percebeu-se que a equipe consegue trabalhar com a ideia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto de cada paciente na unidade e fora do âmbito dela, desenvolvendo atividades conforme a singularidade de cada paciente. Entretanto, ainda há alguns problemas, como a alta demanda de pacientes no local e a demora para que os mesmos saiam e se reinsiram na sociedade, criando uma certa dependência ao CAPS. Foram ainda realizadas visitas à penitenciária modulada de Ijuí (RS), onde foi possível conhecer um sistema totalmente diferente, mas que prioriza a saúde da população carcerária de forma interdisciplinar. A população carcerária no Brasil tem direito aos serviços do Sistema Único de Saúde e como observado esse atendimento é ambulatorial, hospitalar e odontológico. Os presos são vacinados conforme esquema próprio, recebem tratamento dentário e são orientados sobre prevenção de doenças causadas pelo confinamento, como a tuberculose, por exemplo, doença de importante número de diagnósticos na penitenciária local. De forma geral, durante as visitas às organizações hospitalares vigentes do município, encontraram-se problemas como limitações de insumos, a falta de conhecimento de protocolos, o atendimento de modo burocrático e novamente, assim como na saúde primária, a falta de discussões para uma reorganização na melhoria das condições de trabalho e na melhoria do atendimento aos pacientes, já que não há de fato um trabalho interdisciplinar, e sim, uma equipe multiprofissional que atua de forma isolada, demonstrando assim problemas no quesito trabalho em equipe. Além disso, todas as noites de vivência eram preenchidas por discussão de conteúdos de assuntos variados e atualizados, realizados por professores da área da saúde, ex-estagiários e gestores, destacando-se as práticas integrativas e complementares do SUS, como o *reike* e a meditação, feminismo e questões de gênero, violência como questão de saúde pública, impactos para a saúde e o uso de agrotóxicos, a questão de direitos humanos e o parto humanizado. Analisando o sistema encontrado durante o estágio, torna-se visível a necessidade dos usuários conhecer seus direitos e deveres dentro do Sistema Único de Saúde, para que assim, ele não seja tratado de forma generalizada e possa ser eficaz. Destaca-se em especial a gestão em saúde também generalizada que acaba por levar um aumento na demanda em algumas referências e a falta de trabalho interdisciplinar em alguns setores que causam problemas na referência e contra-referência em saúde, afetando os pacientes e até mesmo a própria equipe. Em relação à educação em saúde, destaca-se a reflexão de que os acadêmicos da área da saúde, de forma geral, não são formados para entender o SUS ao qual irão atuar, são formados para compreender sua história, seus sistemas de gestão, mas não de forma a refletir um melhor atendimento ou uma integração social e multiprofissional, por exemplo. Dá-se aí a importância do VER-SUS como um estágio de vivência única para estes estudantes poderem compreender o SUS como um todo, contribuindo para a formação de um profissional diferenciado e

mais preparado para o trabalho em equipe, imprescindível para que o SUS seja mais resolutivo. O VER-SUS dá ênfase às redes de atenção em saúde, possibilitando a compreensão da lógica do funcionamento do SUS, seus princípios e diretrizes e a saúde como direito social, além de provocar no acadêmico o compromisso ético-político contribuindo para a formação como sujeito crítico nos processos de transformação do setor saúde de modo a empoderar a educação permanente em tal setor. Deste modo, esta extensão universitária potencializa transformações na sociedade, na formação em saúde, no SUS e nas pessoas que desfrutam desta oportunidade, que faz refletir acerca de seu papel enquanto agente construtor e modificador das práticas sociais, sendo viável considerar o VER-SUS como uma proposta de mudança curricular fundamental para a formação dos cursos da área da saúde.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Experiência; Profissional.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências

- 1 BRASIL. Presidência da República. Constituição Federal Art. 196 a 200. Brasília, 1988.
2. SOUZA, GCA.; COSTA, ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. 2010. Saúde Soc. São Paulo, V. 19, N 3, pp. 209-517.
3. NETO, JCG.; FREITAS, RWJ.; BRITO, EC.; SANTOS, LR.; ALVES, LE.; ALVES, LR. VER-SUS: Um relato de experiência sobre uma vivência-estágio na realidade do Sistema Único de Saúde. Rev. Enferm. UFPE, N. 7, pp. 1042-1046.
4. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série Pactos pela Saúde. 2009. V. 9. ISBN 978-85-334-1490-7.



96. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES RURAIS: CONCEPÇÕES DE HOMENS E MULHERES

DOMESTIC VIOLENCE AGAINST RURAL WOMEN: THE CONCEPTIONS OF MEN AND WOMEN

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER RURAL: CONCEPTOS DE HOMBRES Y MUJER

HONNEF, Fernanda¹; ARBOIT, Jaqueline²; SILVA, Ethel Bastos da³; HEISLER, Eliana Daniela⁴; LIMA, Caroline de⁵; SILVA, Daniela de Mattos da⁶; MARQUES, Karoline Ardenghi⁷.

Introdução: Dentre as diversas tipologias concretas de violência contra as mulheres, este estudo direciona-se à violência doméstica, a qual se trata de um problema universal por seu impacto nas áreas da saúde, economia e educação.¹ De acordo com a Lei Maria da Penha a violência doméstica contra a mulher pode ser psicológica, sexual, física, moral e patrimonial, ocorrendo no espaço doméstico, familiar, ou a partir de qualquer relação íntima de afeto, podendo o agressor conviver ou ter convivido com a mulher, independentemente de coabitação.² A violência doméstica contra as mulheres está presente tanto em áreas rurais quanto em áreas urbanas em suas diferentes formas, constituindo um meio de violação dos direitos humanos destas mulheres.³ Em áreas rurais esta violência agrava-se, devido às distâncias geográficas das áreas urbanas, locais em que se situam as redes de atenção à violência o que contribui, dentre outros aspectos, para a invisibilidade desta problemática e ainda torna os ambientes rurais mais vulneráveis à violência doméstica contra as mulheres.⁴ Considerando a realidade exposta, tem-se como questão norteadora deste estudo: Quais as concepções da violência doméstica contra mulheres rurais, para homens e mulheres residentes em áreas rurais de dois municípios da região noroeste do Rio Grande do Sul? **Objetivos:** Conhecer as concepções da violência doméstica contra mulheres rurais, para homens e mulheres residentes em áreas rurais de dois municípios da região noroeste do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Esta abordagem se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, crenças, percepções e opiniões, resultantes da visão e opinião que os humanos têm de si mesmos, de suas formas de viver e de construir seus artefatos, além de seus sentimentos e pensamentos.⁵ O cenário do estudo foi composto por dois municípios da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, escolhidos por possuírem pequeno porte e populações maiores na área rural do que na urbana. Os participantes da pesquisa foram 13 mulheres e três homens residentes em áreas rurais dos municípios acima citados. Utilizou-se como critério de inclusão estar residindo há mais de cinco anos em área rural e participar dos grupos de saúde no meio rural. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, agendadas previamente com os participantes e gravadas (áudio). O pesquisador responsável participou de um dos encontros do grupo de saúde, no qual apresentou a pesquisa e seus objetivos, convidando-os a participar da mesma.

1. Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. E-mail: fernandah.honnef@gmail.com

2. Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM.

3. Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, campus Palmeira das Missões.

4. Enfermeira, Especializanda em Atenção ao paciente crítico: urgência, emergência e UTI do Centro Universitário Internacional/UNINTER.

5. Graduanda em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, campus Palmeira das Missões.

6. Graduanda em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, campus Palmeira das Missões.

7. Graduanda em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, campus Palmeira das Missões

Após, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo lido e assinado por aqueles que concordaram em participar, ficando uma via com o pesquisador e outra com o participante. Na sequência, foram agendadas as entrevistas com os participantes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para serem realizadas no domicílio destes. Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo do tipo temática,⁵ a qual se divide em três etapas: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.⁵ Primeiramente na pré-análise organizou-se o material coletado, por meio da transcrição, produzindo o corpus do estudo. Após foi realizada a escuta das gravações e leitura flutuante do material. Posteriormente, efetuaram-se leituras detalhadas através das quais foram destacados os trechos em que as falas dos participantes se assemelhavam. Na fase de exploração do material foram segmentados trechos contidos neste, constituindo-se os temas, e a partir destes as unidades de registro e as categorias. Este estudo foi realizado de forma a respeitar as normas da Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul parecer número 514.865. **Resultados:** Da análise dos dados emergiram duas categorias temáticas, quais sejam: Violência doméstica contra mulheres rurais: divisão desigual do trabalho e Violência doméstica contra mulheres rurais: formas visíveis e invisíveis. Na primeira categoria, os participantes apontaram que a violência doméstica contra as mulheres rurais é resultante da divisão desigual do trabalho, representada pela sobrecarga vivenciada pelas mulheres, as quais possuem uma tripla jornada de trabalho. Esta inclui o cuidado com os filhos e marido, com a casa e as atividades típicas da propriedade rural. Na direção deste achado, estudo reforça as assimetrias na divisão do trabalho em áreas rurais entre homens e mulheres. Enquanto as atividades da propriedade que exigem maior força física e geram renda constituem o domínio simbólico e real masculino, as atividades do espaço doméstico, que necessitam menor força física, são desempenhadas pela mulher e são consideradas reprodutivas e improdutivas do ponto de vista financeiro, representando o domínio feminino.⁴ Deste modo, o trabalho feminino acaba sendo discriminado e desvalorizado,³ embora as mulheres assumam múltiplos papéis em cenários rurais. Na segunda categoria, os participantes citam a violência doméstica contra as mulheres rurais em suas formas visíveis e invisíveis. No que se refere às formas visíveis, mencionam a violência física e a violência sexual, as quais geram marcas concretas/visíveis. Dados de um estudo internacional realizado pela Organização Mundial da Saúde apontam que as violências física e/ou sexual foram predominantes, atingindo 30% das mulheres no mundo.¹ Apesar de não serem as únicas formas de violência existentes, estas podem ser identificadas sem o relato das mulheres, apenas mediante a observação, tendo, portanto maior visibilidade em pesquisas e no cotidiano em comparação com as demais formas de violência. Quanto às formas invisíveis de violência doméstica contra as mulheres rurais, os participantes citam as violências psicológica e moral, manifestadas por meio de agressões verbais, desrespeito e superioridade do homem em relação à mulher. Embora essas formas de violência sejam consideradas invisíveis por não possuírem marcas, estão presentes no cotidiano das mulheres rurais, ocorrendo diariamente; porém, ao não serem reconhecidas como violência, passam a ser naturalizadas como parte das relações, como modo de manutenção do domínio masculino sobre a mulher. Neste sentido, mostra-se fundamental a desnaturalização das situações de violência contra as mulheres rurais, visando ao rompimento destas,⁴ e consequentemente, a melhoria da qualidade de vida e saúde destas mulheres. **Conclusões:** Esta pesquisa proporcionou conhecer as diferentes concepções da violência doméstica contra mulheres rurais para homens e mulheres residentes nestes contextos. De acordo com estas concepções, as mulheres rurais vivenciam cotidianamente situações de violência doméstica manifestadas pela divisão desigual do trabalho, agressões físicas, sexuais, psicológicas e morais. Diante desta realidade, faz-se necessário o fortalecimento de políticas públicas direcionadas a violência contra as mulheres que vivem em áreas rurais.

Descritores: Violência contra a Mulher; Violência Doméstica; Saúde da População Rural.

Descriptors: Violence Against Women; Domestic Violence; Rural Health.

Descritores: Violencia contra la Mujer; Violencia Doméstica; Salud Rural.

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. World Health Organization (WHO). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Clinical and Policy Guideline. Geneva; 2013.
2. Brasil. Lei n. 11.340 de 07 de agosto de 2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. 2006.
3. Jacques PB, Olinda QB. Um olhar da saúde sobre a violência. Rev Bras Promoç Saúde. 2012;25(2):127-8.
4. Costa MC, Lopes MJM. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(5):1088-95.
5. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo; 2014.



97. VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA AS MULHERES: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA, 1994-2015

SEXUAL VIOLENCE AGAINST WOMEN: NARRATIVE LITERATURE REVIEW, 1994-2015

VIOLENCIA SEXUAL CONTRA MUJERES: NARRATIVA REVISIÓN DE LA LITERATURA, 1994-2015

ARBOIT, Jaqueline¹; PADOIN, Stela Maris de Mello²; HONNEF, Fernanda³; ZANON, Bruna Pase⁴.

Resumo

A violência sexual se trata de um grave problema de saúde pública e agravado à saúde das mulheres que a vivenciam. **Objetivo:** Conhecer a produção científica na temática da violência sexual contra as mulheres. **Metodologia:** Revisão narrativa da literatura desenvolvida na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde no mês de junho de 2016. **Resultados e Discussão:** Da análise de conteúdo, emergiram duas categorias temáticas: atenção às mulheres vítimas de violência sexual por profissionais de saúde, e perfil das mulheres atendidas e o contexto da ocorrência da violência sexual. **Considerações Finais:** Este estudo proporcionou identificar uma lacuna no conhecimento produzido no que diz respeito ao desenvolvimento de estudos qualitativos. Assim sugere-se a ampliação do estudo, contemplando outras bases de dados nacionais e internacionais.

Descritores: Saúde da Mulher; Violência Contra a Mulher; Violência Sexual.

Abstract

Sexual violence is a serious public health problem and aggravates the health of women who experience it. **Objective:** To know the scientific production on the subject of sexual violence against women. **Methodology:** Narrative review of the literature developed in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences database in June 2016. **Results and Discussion:** From the content analysis, two thematic categories emerged: attention to women victims of sexual violence by health professionals, and the profile of women attended and the context of the occurrence of sexual violence. **Final Considerations:** This study has identified a gap in the knowledge produced with respect to the development of qualitative studies. Thus, it is suggested to expand the study, including other national and international databases.

Descriptors: Women's Health; Violence Against Women; Sexual Violence.

Resumen

La violencia sexual es un problema de salud pública grave y el daño a la salud de las mujeres que lo experimentan. **Objetivo:** Conocer los estudios científicos sobre la violencia sexual contra las mujeres. **Metodología:** Revisión narrativa de la literatura desarrollada en la base de datos de América Latina y el Caribe en Ciencias de la Salud de junio de 2016. **Resultados Y Discusión:** El análisis de contenido emergieron dos categorías temáticas: la atención a mujeres víctimas de violencia sexual por parte de profesionales de la salud, y el perfil de las mujeres se reunieron y el contexto de la aparición de la violencia sexual. **Consideraciones Finales:** En este estudio se identifican siempre una brecha en el conocimiento que se produce en relación con el desarrollo de los estudios cualitativos. Por lo tanto, sugiere la expansión del estudio, contemplando otras bases de datos nacionales e internacionales.

Descriptores: Salud de la Mujer; Violencia contra a Mulher; Violencia Sexual.

Introdução

¹Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. E-mail: jaqueline.arboit@hotmail.com

²Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM.

³Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM.

⁴Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM.

Dentre as formas de violência praticada contra as mulheres, destaca-se a violência sexual, por constituir-se como um problema de saúde pública e um importante agravamento à saúde das mulheres que a vivenciam. Estudo da Organização Mundial da Saúde indicou que as violências física e/ou sexual foram predominantes, atingindo 30% das mulheres no mundo.¹

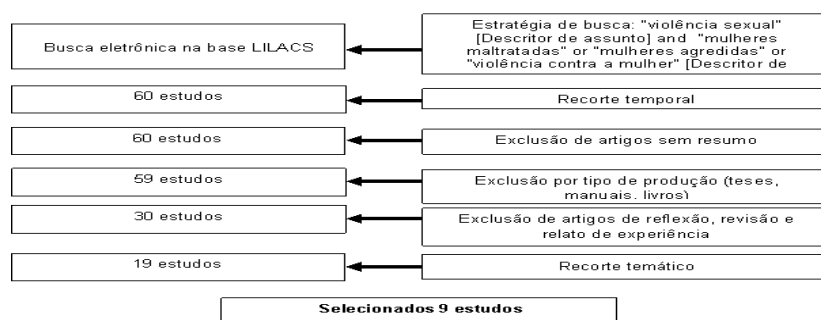
A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres conceitua a violência sexual como o ato de obrigar um indivíduo a manter contato sexual, físico ou verbal, ou participar de outras relações sexuais, mediante o emprego da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro recurso que nulifique o limite da vontade pessoal.² Diante do exposto, busca-se com este estudo responder a seguinte questão norteadora: “Qual a produção científica na temática da violência sexual contra as mulheres?”. Para responder a essa questão, este estudo objetivou conhecer a produção científica na temática da violência sexual contra as mulheres.

Metodologia

Para o alcance do objetivo deste estudo optou-se pelo desenvolvimento de uma revisão narrativa da literatura. As revisões narrativas são desenvolvidas com o intuito de possibilitar um panorama geral dos temas contemplados por publicações impressas ou eletrônicas, diante da compreensão e análise crítica dos autores.³

Para a operacionalização desta revisão foi definido o tema: violência sexual contra as mulheres; e a questão norteadora: O que tem sido produzido na literatura acerca da violência sexual contra as mulheres? Após, foram estabelecidos os critérios de inclusão: ser artigo original na temática, disponível online, na íntegra, em inglês, português ou espanhol; e no recorte temporal de 1994 a 2015, com base na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; e exclusão: artigos sem resumo na base de dados. O levantamento bibliográfico foi realizado no mês de junho de 2016 na base eletrônica de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os descritores controlados extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), “violência sexual” and “mulheres maltratadas” or “mulheres agredidas” or “violência contra a mulher”. Para o acesso ao texto completo, foi empregado o link disponível diretamente na base de dados LILACS. De acordo com a Figura 1, foram encontrados inicialmente 60 estudos, dos quais 9 atenderam aos critérios de inclusão.

Figura 1 – Diagrama de seleção das publicações. LILACS, 2016.



Fonte: Elaborado pela autora

Para o mapeamento dos artigos selecionados, utilizou-se uma ficha documental constituída das variáveis: ano de publicação; periódico, país de procedência da produção, abordagem metodológica, participantes do estudo e cenário. Tais informações foram analisadas por meio da

	Objetivo	Delineamento (T – Tipo de estudo, P – População e C – Cenário)	Principais resultados
A1 ⁵	Investigar a prática dos enfermeiros acerca da violência sexual contra mulheres.	T: Estudo quantitativo, descritivo, transversal. P: 27 enfermeiros C: 6 Unidades Básicas de Saúde de Campina Grande, PB, Brasil	Dentre os respondedores, 96,3% reconheceram que é sua atribuição investigar a violência sexual contra as mulheres; 22,2% dos enfermeiros questionaram suas pacientes sobre a violência; 85,1% fizeram atendimento de casos suspeitos e/ou confirmados, 15,8% utilizaram algum protocolo durante o atendimento e 62,9% fez algum encaminhamento das mulheres. Quando questionados sobre capacitações/treinamentos nos últimos seis meses sobre violência sexual contra a mulher, 100% dos enfermeiros afirmaram não ter recebido. Sobre o acesso à norma técnica: “prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, apenas 8 responderam ter acesso a ela. Referem como principais dificuldades diante dos casos de violência sexual os aspectos éticos e legais e a abordagem às vítimas. Apenas 18,5% sentiram-se capacitados para atender os casos de violência sexual.
A2 ⁶	Analisa como se constrói a verdade do estupro para que a mulher que se apresenta como vítima tenha acesso ao aborto legal no Brasil.	T: Estudo qualitativo. P: 82 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, assistentes sociais e psicólogos). C: Serviços de aborto previsto em lei em cinco capitais do Brasil, um em cada região.	As entrevistas identificaram procedimentos e práticas a que a mulher é submetida para ter acesso ao aborto legal. As entrevistas, mostraram que não basta o relato da mulher; a verdade do estupro é construída no encontro entre os testes de verdade sobre o acontecimento da violência e a leitura sobre a subjetividade da vítima. O nexos causal garante que a gestação foi resultado do estupro – mas esse é apenas o primeiro teste de verdade, aquele em que a tecnologia médica atua como prova pericial. O ultrassom e o exame de sangue são registros periciais dos resultados da aprovação da mulher nos testes do nexos causal. Mas é preciso ainda que a mulher se comporte como vítima. A palavra da mulher, nesse sentido, é colocada sob suspeita e não é suficiente para o acesso ao serviço de aborto.

estatística descritiva simples (frequências absolutas e relativas).

Para a análise dos artigos na íntegra, utilizou-se um quadro de extração de dados (Quadro 1) composto das variáveis: referência, objetivos; delineamento (tipo de estudo, participantes e cenário), e principais resultados.

Foi desenvolvida a análise de conteúdo temática proposta por Minayo, que conta com três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados.⁴

A3'	Avaliar a situação do atendimento nos serviços públicos de saúde às mulheres vítimas de violência sexual no Brasil, de acordo com a norma técnica do Ministério da Saúde de 1998.	T: Estudo descritivo, de corte transversal, com representatividade nacional. P: Gestores municipais de saúde e responsáveis pelo atendimento às mulheres que sofrem violência sexual. C: 1.395 estabelecimentos de saúde.	Dos 1395 estabelecimentos de saúde 85,9% declararam que possuíam serviços públicos que atendem a mulheres que sofrem violência sexual. Apenas um terço dos serviços disse realizar o atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual utilizando um protocolo. Essa porcentagem sobe a 36% nos hospitais indicados pelo Ministério da Saúde. Mais frequentemente era utilizado protocolo da própria Secretaria Municipal de Saúde, o que acontecia em 30% das unidades. Protocolos elaborados pelo próprio serviço de saúde ou pela Secretaria Estadual de Saúde foram citados por mais de 10% das instituições, respectivamente. Quanto aos serviços oferecidos às mulheres o mais frequentemente oferecido foi a administração de antibióticos. Anticoncepção de emergência era oferecida por pouco mais de 50% dos hospitais indicados pelo Ministério da Saúde e quase 60% dos não indicados. Quase a metade dos hospitais indicados oferecia imunoprofilaxias contra Hepatite B comparado com quase 70% dos hospitais não indicados.



III Seminário Internacional
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

A4 ⁸	Caracterizar o perfil da vítima e do agressor da violência sexual a portadoras de necessidades especiais.	T: Estudo quantitativo, transversal e descritivo. P: 1.101 laudos médicos e respectivos Boletins de Ocorrência de exames de conjunção carnal registrados no período de 2004 a 2009, totalizando 2.202 documentos analisados. C: Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) de Campina Grande, Paraíba.	Verificou-se que 4,8% dos casos registrados envolveram mulheres portadoras de necessidades especiais. As vítimas, na maioria com deficiência intelectual, eram solteiras, com idade entre 12 e 19 anos e baixa escolaridade. O agressor era em sua maioria único e conhecido da vítima; constatou-se o emprego de constrangimento (força física e grave ameaça) em 21,1% dos casos, sendo a força física e a grave ameaça as mais frequentes. Em relação ao tempo de ocorrência da violência, 63,2% tinham ocorrido há mais de 20 dias e a maioria das vítimas eram virgens antes da agressão (52,6%).
A5 ⁹	Analisar os casos de violência sexual, acolhidos no PRAVIVIS/Hospital Geral de Caxias do Sul.	T: Estudo quantitativo, transversal e consecutivo. P: Instrumento de coleta de dados aplicado no hospital, por ocasião do primeiro contato com a vítima de violência sexual. C: Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PRAVIVIS) do Hospital Geral da Fundação Universidade de Caxias do Sul (HG/FUCS).	A análise do perfil epidemiológico demonstrou que a média das idades foi de 19 anos, sendo a maioria das pacientes caucasianas e com escolaridade relacionada ao 1o grau. No que se refere às variáveis relacionadas com a VS propriamente dita, observou-se que o estupro ocorreu em 44,4% (n=108) dos casos, tornando-se o tipo de VS mais prevalente. Para praticar a VS, o agressor utilizou, em 31,3% (n=76) dos casos, uma associação de formas de constrangimento, enquanto que a grave ameaça e a violência presumida, ambas isoladas, corresponderam a 23,5% e 23%, respectivamente. A VS foi praticada em 86,8% dos casos (n=211) por um único agressor, sendo que 57,2% das vítimas referiram conhecê-lo (n=139), apesar de 71,6% delas (n=174) negarem qualquer envolvimento emocional com o agressor. Observou-se, também, que a delegacia de polícia foi a principal responsável pelos encaminhamentos dos casos ao PRAVIVIS (n=128; 52,7%) e que 63,8% dos pacientes (n=155) chegaram ao serviço em no máximo 72h após o ocorrido.
A6 ¹⁰	Descrever as características sócio-demográficas e clínicas de vítimas de violência sexual e sua associação com o tempo decorrido entre a agressão sexual e a chegada ao serviço de saúde.	T: Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo. P: 439 mulheres. C: Programa de Atenção à Violência e Abuso Sexual de São Bernardo do Campo (PAVAS-SBC), estado de São Paulo (SP).	De 439 pacientes incluídas, 374 chegaram antes de 72 horas ao hospital. A média de idade foi de 24,5 anos; 45,1% cursava ou havia concluído o segundo grau. A penetração vaginal foi a ocorrência mais comum, sendo exclusiva em 43,9% dos casos, enquanto que a associação desta com penetração anal ou oral ocorreu em 31,4% dos casos. Foram estatisticamente significantes para a chegada após 72 horas da agressão: a ausência de trauma não, a não realização de denúncia policial, e o agressor conhecido.
A7 ¹¹	Avaliar a evolução da adesão de mulheres vítimas de violência sexual ao seguimento ambulatorial, as quais foram atendidas no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas, entre janeiro de 2000 a dezembro de 2006.	T: Estudo quantitativo, longitudinal. P: 642 mulheres que sofreram violência sexual C: Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).	Observou-se que houve aumento na adesão do seguimento ambulatorial de seis meses, com a taxa de abandono diminuindo de 59% para 31%, particularmente após o primeiro atendimento, quando diminuiu de 31% para 10%. Igualmente, observou-se um aumento de 13% para quase 70% no acompanhamento psicológico. Com relação à cor das mulheres atendidas, manteve-se o predomínio da cor branca, notando-se aumento na sua incidência a partir de 2002. O uso de drogas ilícitas por parte das mulheres também aumentou neste período, assim como o de agressores conhecidos, que passou de 13% para 35%. Quanto à hora da agressão, verificou-se tendência de aumento do número de ocorrências no período compreendido entre 6h e 18h, chegando a mais de 40% no ano de 2006. O tempo entre a violência e a procura por atendimento médico modificou durante o período. Detectou-se aumento no número de mulheres que procuraram o CAISM com mais de 24 horas após a violência. As mulheres procuraram o hospital cada vez menos por conta própria. Notou-se tendência de aumento do uso da força física e diminuição do emprego de arma de fogo como forma de intimidação. Quanto ao tipo de agressão sexual perpetrada, observou-se diminuição do número de relações sexuais orais, mantendo-se o predomínio da relação vaginal em aproximadamente 90% dos casos.

A8 ¹²	Traçar o perfil sócio demográfico das mulheres vítimas de violência sexual atendidas em um serviço de referência no município de Santo André; analisar o atendimento prestado à luz dos procedimentos indicados pela norma técnica do Ministério da Saúde; além de identificar as características da ocorrência da violência sexual e do período de tempo transcorrido entre a agressão e o atendimento hospitalar e/ou ambulatorial.	T: Pesquisa de campo retrospectiva, descritiva e exploratória com abordagem quantitativa. P: Prontuários das mulheres C: Serviço de saúde pública do município de Santo André.	Dentre as 59 mulheres atendidas entre 2005 e 2006, 27,1% eram adolescentes, 47,5% eram brancas, 81,3% foram vítimas de agressores únicos e desconhecidos em 67,8% dos casos. Metade das ocorrências se deu em via pública, durante a noite ou madrugada, sendo que 64% das vítimas procuraram atendimento antes de completar 24 horas da agressão. Destas, 81% receberam contracepção de emergência e para 91,5% delas foi feita a profilaxia de DST's. Destaca-se que 90% das mulheres iniciaram profilaxia para HIV, mas apenas 40,7% completaram tratamento. Quase 80% dos casos não concluíram o controle sorológico e acompanhamento ambulatorial.
A9 ¹³	Elaborar o perfil das mulheres atendida no Programa Municipal de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual —Rosa Viva— do município de Londrina-PR, e as circunstâncias da violência sexual sofrida a partir das informações contidas nos prontuários de atendimento.	T: Estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo. P: Prontuários utilizados em todos os atendimentos prestados às mulheres vítimas de violência sexual, na Maternidade Municipal Lucilla Balallai. C: Programa Municipal de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra a Mulher e Adolescente, denominado Programa “Rosa Viva”, da Maternidade Municipal Lucilla Balallai.	A caracterização aponta: 59,9% na faixa etária de 10 a 19 anos; 52,8% procuraram o serviço nas primeiras 24 horas depois da agressão, e foi necessário administrar contracepção de emergência em 54,7% das mulheres. O estupro isolado aconteceu em 50,2% dos casos. Das 39 ocorrências em que houve mais de um tipo de agressão, 15,1% das mulheres haviam sofrido o estupro, o coito anal e oral. De modo geral, 58,5% dos agressores eram desconhecidos das vítimas, porém na faixa etária dos 10 aos 14 anos, a vítima seria capaz de identificar o agressor.

Fonte: Elaborado pela autora

Resultados e Discussão

Quanto à caracterização dos artigos analisados, verificou-se que todos os estudos foram desenvolvidos no Brasil 100% (n=9). A distribuição temporal da produção científica foi agrupada de modo trienal e o período de 2010-2012 apresentou o maior índice de produção com 44,4% (n=4), seguido do triênio 2013-2015 com 3 (33,3) e do triênio 2006-2009 com 2 (22,2%). Na abordagem metodológica predominaram estudos quantitativos com 88,9% (n=8), seguidos de estudos qualitativos com 1 (11,1%).

Quanto ao cenário de desenvolvimento dos estudos, predominaram os estabelecimentos de saúde com 55,6% (n=5), seguido de serviços de referência em atendimento à violência sexual contra as mulheres com 3 (33,3) e de serviços de aborto previsto em lei com 1 (11,1%) produção. No que se refere aos participantes do estudo, predominaram documentos (prontuários, laudos

médicos e boletins de ocorrência, instrumento de coleta de dados) com 4 produções (44,4%), seguido de profissionais de saúde e mulheres com 2 (22,2%) produções cada, e gestores municipais e responsáveis por serviços de atendimento com 1 (11,1%) produção.

Quanto ao periódico da publicação, cada uma das produções (n=9) foi publicada em periódicos diferentes, os quais estão listados a seguir: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Revista Bioética, Revista Femina, Revista Cogitare Enfermagem, Revista AMRIGS (Associação Médica do Rio Grande do Sul), Journal of Human Growth and Development, Cadernos de Saúde Pública, Revista do Instituto de Ciências da Saúde e Revista Semina: Ciências Biológicas e da Saúde.

Da análise de conteúdo, emergiram duas categorias temáticas: atenção às mulheres vítimas de violência sexual por profissionais de saúde, e perfil das mulheres atendidas e o contexto da ocorrência da violência sexual.

Atenção às mulheres vítimas de violência sexual por profissionais de saúde

Dentre as ações direcionadas as mulheres encontram-se a administração de antibióticos,^{7,9} anticoncepção de emergência,^{7,9,11-13} imunoprofilaxias contra Hepatite B,⁷ profilaxia contra HIV,^{7,9,12} coleta de material para identificação do agressor,⁷ sorologia para sífilis, HIV, Hepatite B e C,⁷ hemograma,⁷ exame de transaminase,⁷ coleta de conteúdo vaginal e/ou anal,^{7,9} aborto legal.⁶⁻⁷

Os estudos mostram que os profissionais utilizam protocolos para atendimento de mulheres vítimas de violência sexual.^{5,7} Quanto aos encaminhamentos observou-se que esteve presente,^{5,9} sendo a delegacia de polícia a principal responsável pelos encaminhamentos dos casos.⁹

Dentre as dificuldades para atenção a essa população, os profissionais referem os aspectos éticos e legais e a abordagem às vítimas, para as quais se faz necessário especialmente o treinamento em serviço.⁵

Perfil das mulheres atendidas e o contexto da ocorrência da violência sexual

Quanto ao perfil das mulheres que vivenciaram a violência sexual a maioria eram solteiras⁸; com baixa escolaridade;⁸⁻¹⁰ com idade entre 12 e 19 anos⁸⁻⁹ e brancas.^{9-10,12} Um dos estudos caracterizou a violência sexual contra mulheres portadoras de necessidades especiais.⁸

Quanto ao perfil do agressor, este era em sua maioria único;^{8-9,12} conhecido da vítima ou desconhecido.⁸⁻⁹ Em relação ao tempo entre a ocorrência e a procura pelo atendimento este variou: mais de 20 dias⁸ e no máximo 72h após o ocorrido.⁹⁻¹³

Para a violência sexual, constatou-se emprego de força física^{8-9,11} e ameaça grave.⁸⁻⁹ Quanto às lesões físicas estas estiveram presentes na região genital,⁹⁻¹² regiões extragenitais⁹⁻¹⁰ e região genital e extragenital.^{9,12}

Ao avaliar os locais em que as vítimas se encontravam no momento em que foram abordadas pelo agressor, observou-se que na maior parte se encontravam em espaços privados, como a sua residência ou a do próprio agressor,⁹ em atividade social ou via pública.^{9,12} Nos casos em que ocorreu a denúncia ao agressor, esta se deu por meio do Boletim de Ocorrência Policial.⁹

Considerações Finais

Esta revisão possibilitou conhecer a produção científica na temática da violência sexual contra as mulheres. Constatou-se que todos os estudos foram desenvolvidos no Brasil. A maioria dos estudos foram publicados no período de 2010 a 2012. Quanto à abordagem metodológica predominaram estudos quantitativos. Quanto ao cenário de desenvolvimento dos estudos, predominaram os estabelecimentos de saúde e no que se refere aos participantes do estudo, predominaram documentos (prontuários, laudos médicos e boletins de ocorrência, instrumento de coleta de dados).

Os estudos em sua maioria buscaram caracterizar a violência sexual contra as mulheres sob os aspectos do perfil sociodemográfico destas mulheres, agressor e circunstâncias de ocorrência da situação de violência sexual, bem descrever aspectos relacionados a atenção prestada pelos profissionais de saúde a estas mulheres.

O estudo proporcionou identificar uma lacuna no conhecimento produzido no que diz respeito ao desenvolvimento de estudos qualitativos, os quais versem acerca dos sentimentos das mulheres que vivenciaram situações de violência sexual. Assim sugere-se a ampliação deste, contemplando outras bases de dados nacionais e internacionais de modo a contribuir com o campo de ação e produção do conhecimento da temática da violência sexual contra as mulheres.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence. Suíça; 2013.
2. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília; 2011.

3. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(2):1-2.
4. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 14. ed. São Paulo; 2014.
5. Baptista RS, Chaves OBBM, França ISX, Souza FS, Oliveira MG, Leite CCS. Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros. *Rev Rene.* 2015;16(2):210-7.
6. Diniz D, Dios VC, Mastrella M, Madeiro AP. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Rev. Bioét.* 2014;22(2):291-8.
7. Neto JÁ, Faúndes A, Osis MJD, Pádua KS. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. *Femina.* 2012;40(6):301-6.
8. Souto RQ, Leite CCS, França ISX, Cavalcanti AL. Violência sexual contra mulheres portadoras de necessidades especiais: perfil da vítima e do agressor. *Cogitare Enferm.* 2012;17(1):72-7.
9. Madi SRC, Knob LF, Lorencetti J, Marcon NO, Madi JM. Violência sexual. Experiência do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual PRAVIVIS, do Hospital Geral de Caxias do Sul, RS, Brasil. *Revista da AMRIGS.* 2010;54(1):13-18.
10. Vertamatti MAF, Abreu LC, Drezett J, Valenti VE, Barbosa CP. Tempo decorrido entre agressão sexual e a chegada aos serviços de saúde no Brasil. *Journal of Human Growth and Development.* 2013;23(1):46-51.
11. Oshikata CT, Bedone AJ, Papa MSF, Santos GB, Pinheiro CD, Kalies AH. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2011;27(4):701-13.
12. Ramos CRA, Medicci VPG, Puccia, MIR. Mulheres vitimadas sexualmente – perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2009;27(1):22-7.
13. Oliveira PM, Carvalho MLO. Perfil das mulheres atendidas no Programa Municipal de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual em Londrina-PR e as circunstâncias da violência sexual sofrida: período de outubro de 2001 a agosto de 2004. *Semina: Ciências Biológicas e Saúde.* 2006;27(1):03-11.

98. VIVÊNCIA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇO DE PRONTO SOCORRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ACADEMIC EXPERIENCE OF NURSING IN EMERGENCY SERVICE: EXPERIENCE REPORT

EXPERIENCIA ACADÉMICA EM SERVÍCIO DE PRIMEROS AUXILIOS: INFORMES DE EXPERIENCIA

RODRIGUES, Isis de Lima¹; CAMPONOGARA, Silviamar²; DIAS, Gisele Loise³; BONFADA, Strapazzon, Mônica⁴; TASCHETTO, Carlie da Fontoura⁵; PETRY, Karen Emanuely⁶; PAZ, Carmem Lúcia Bortolozo⁷

INTRODUÇÃO: No século XX, o adoecimento da população brasileira cresceu de forma exponencial, evidenciando a desproporcionalidade entre a necessidade da população e a oferta de serviços com cobertura assistencial pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esta realidade é uma constante no século atual, o que ocasiona o aumento da demanda por atendimento nas unidades de urgência e emergência. A morbimortalidade relativa aos diferentes quadros de urgências, principalmente os relacionados ao trauma e a violência, juntamente com o aumento da complexidade dos atendimentos, transformam as unidades de urgência e emergência em serviços de relevância para a sociedade¹. O atuar neste cenário é dinâmico e requer que a equipe multiprofissional execute o seu trabalho com responsabilidade, ética, agilidade e eficiência. Assim, as equipes de saúde envolvidas no processo de cuidar dentro dos serviços de urgência e emergência desempenham seus papéis assistenciais e, ainda, convivem diariamente com situações de imprevisibilidade². Além disto, muitas vezes, este serviço é reconhecido pelos usuários como a “porta de entrada” do sistema de saúde, recebendo para o atendimento de saúde pacientes que apresentam quadros clínicos de urgências propriamente dita, pacientes desviados da atenção primária e ainda, pacientes com outras demandas, as consideradas urgências sociais^{1,3}. Dentre os diversos profissionais que atuam nestes serviços de atenção à saúde, está o profissional enfermeiro. Tais profissionais possuem diversas atribuições, as quais podem ser destacadas: dinamismo, capacidade de resposta, competência e habilidade técnica para organizar, planejar e coordenar a organização do trabalho da equipe de enfermagem. Além disto, o enfermeiro é considerado um elo entre a equipe assistencial que presta os cuidados e a família dos pacientes, principalmente por tratar-se de um profissional que permanece durante período integral nestes serviços. Também compete a este profissional, a busca organizacional por meios que garantam tanto a disponibilidade, como a qualidade dos recursos materiais, possibilitando o cuidado integral ao paciente frente às situações de urgência⁴. Neste contexto, o enfermeiro, é visto como referência da equipe de enfermagem, no momento que este assume a liderança na assistência de enfermagem frente ao cuidado ao paciente. O posicionamento de liderança é reconhecido como fundamental no trabalho em serviço de urgência e emergência. Ao exercer o papel de líder da equipe de enfermagem, o

¹ Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Email: isislrodrigues@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente do curso de enfermagem e PPGENF/UFSM.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em enfermagem pelo PPGENF/UFSM.

⁴ Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Mestranda em Enfermagem pelo PPGENF/UFSM.

⁵ Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Emergência.

⁶ Acadêmica de Enfermagem. Bolsista Pibic/Cnpq. Universidade Federal de Santa Maria.

⁷ Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria.

enfermeiro organiza o cuidado, além de promover um ambiente propício para desenvolvimento do trabalho em equipe, buscando sempre a excelência nos atendimentos prestados aos pacientes².

OBJETIVO: Relatar experiências e percepções vivenciadas durante atividades complementares de graduação em enfermagem na unidade de Pronto Socorro Adulto de um hospital público localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência das atividades complementares que foram realizadas no período de dezembro de 2015 a janeiro de 2016, com carga horária total de 120 horas pela acadêmica do 5º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. O local de atuação foi o Pronto Socorro Adulto de um hospital universitário, de nível terciário, que presta assistência exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), localizado no interior do RS, onde é referência para o atendimento de 32 municípios da região central do Rio Grande do Sul. Os pacientes que chegam para atendimento neste serviço geralmente são encaminhados pelos seguintes serviços: Unidade Básica de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento, Pronto Atendimento Municipal ou pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Ainda existem os casos em que os pacientes vão por conta própria procurar atendimento neste serviço. A área física deste setor hospitalar é constituída por sala de emergência, salão com 23 leitos, sendo destes, 03 leitos de isolamento, com capacidade para 15 macas. Ainda, possui duas salas destinadas para o preparo de medicações, uma sala de procedimento, sala de lanche para os funcionários, o almoxarifado, expurgo, banheiros, sala dos materiais, consultórios médicos, recepção e sala de registro de enfermagem. A equipe de enfermagem é composta por quatro enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem a cada turno (manhã, tarde e noite). **RESULTADOS:** Durante a vivência realizada no Pronto Socorro Adulto, foram realizados 30 plantões diurnos, realizados durante a semana e também aos finais de semana, totalizando 120 horas. Ao início de cada turno, realizavam-se a passagem de plantão, e também a escala do turno seguinte, para definir o local que o enfermeiro estaria prestando a assistência (sala de emergência, salão ou macas). Os cuidados realizados eram as atividades que o enfermeiro também realizava no setor e, na maioria das vezes, a administração de medicação ficava sob responsabilidade dos técnicos de enfermagem. Dentre as atividades realizadas estava o gerenciamento do cuidado ao paciente (troca de roupas de cama após banhos, aspirações de tubo orotraqueal e traqueostomias, troca de cadarço dos tubos, retiradas de ponto, curativos, sondagens vesicais e nasoenterais, aprazamento das prescrições médicas, conferência das medicações do carro de emergência, acesso venoso periférico, coleta de exames de urina e escarro, encaminhar os pacientes para exames, retirada de cateter central, instalação de dieta enteral, realização da escala de Braden, troca da bolsa de colostomia, verificação dos sinais vitais, uso do computador para internação do paciente no setor, e para fazer o registro dos cuidados). Percebeu-se um grande fluxo de pacientes que chegavam ao pronto socorro por acidentes, quedas, fraturas, traumatismos, câncer, doenças crônicas, Acidente Vascular Encefálico, pé diabético, sepse, dores agudas, problemas respiratórios, cardíacos, infecciosos, intoxicações e queimaduras. Diante a realização das atividades diárias, tornou-se fundamental em cada turno, a organização do cuidado do enfermeiro frente a atuação assistencial e gerencial, favorecendo assim, a atuação em equipe no intuito de promover a segurança e o cuidado integral ao paciente. **CONCLUSÕES:** Com a realização desta vivência acadêmica foi possível perceber a complexidade de atuação na unidade de pronto atendimento, devido ao alto fluxo de pacientes, e aprimorar os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos na academia. Além disto, ressalta-se que foi percebido a importância da habilidade de comunicação e liderança do enfermeiro, principalmente nas situações em que envolviam a organização dos processos de cuidado dos pacientes, as informações transmitidas para as equipes de saúde, aos pacientes e seus acompanhantes. Neste ambiente, reconhece-se a importância do trabalho do enfermeiro na gerência e liderança frente as atividades da equipe de

enfermagem, onde, este profissional desenvolve atividades de assistência, juntamente com a gerência da unidade, apresentando-se como referência da sua equipe para que o trabalho seja desenvolvido com qualidade e segurança.

DESCRITORES: Cuidados de Enfermagem; Enfermagem; Enfermagem em Emergência

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências:

1. Silva LA da, Jenal S, Robazzi ML do CC, Marziale MHP, Rocha FLR, Mendes AM de . Atendimentos aos trabalhadores da saúde em unidade de pronto atendimento hospitalar. Cienc Cuid Saúde [Internet]. 2014 Abr/Jun [citado em 2017 Fev 20];13(2):286-293. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21419/pdf_188.
2. Silva DS, Bernardes A, Gabriel CS, Rocha FLR, Caldana G. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. Rev. Eletr. Enf.[Internet]. 2014 Jan/mar; [citado em 2017 Fev 20];16(1):211-9. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a24.pdf.
3. Rosseti AC, Gaidzinski RR, Fugulin FMT. Carga de trabalho de enfermagem em pronto-socorro geral: proposta metodológica. Rev. Latino-Am. Enfermagem.[Internet]; 2013 21(Spec):jan.-fev. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_28.pdf.
4. Santos, JLG, Lima, MADS. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. Rev. Gaucha Enferm. [Internet]; 2011. Dez[citado em 2017 Fev 20]; 32(4): 695-702. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400009.



99. VIVÊNCIA DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

LIVING OF ACADEMICS OF NURSING IN A CENTER OF PSYCHOSOCIAL ATTENTION ALCOHOL AND DRUGS

EXPERIENCIA DE ACADÉMICOS DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL ALCOHOL Y MEDICAMENTOS

GRIGOLETO, Ana Paula¹; FERREIRA, Clarissa Nicoli² TISOTT, Zaira Letícia³; SIQUEIRA, Daiana Foggato de⁴; MELLO, Amanda de Lemos⁵; TERRA, Marlene Gomes⁶.

Resumo Com o advento da Reforma Psiquiátrica, o modelo de assistência é redirecionado, dando início a uma nova prática de atenção a saúde mental. O Centro de Atenção Psicossocial álcool drogas (CAPSad) é uma rede estratégica extra-hospitalar, sob o conceito de clínica ampliada. O objetivo desse estudo é relatar a experiência de acadêmicas do quinto semestre do Curso de Enfermagem durante as aulas práticas em um CAPSad, junto à disciplina de "Enfermagem no Cuidado ao Adulto em Situações Críticas de Vida", no tema Saúde Mental. Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria em um CAPSad. A vivência ocorreu nos meses de maio e junho do ano de 2016, totalizando três aulas com 4 horas/dia com a supervisão da professora responsável pela disciplina e apoio da equipe multiprofissional do serviço. Percebe-se, por meio do grupo de familiares, a importância da participação da família no cuidado junto aos usuários de álcool e outras drogas, bem como do papel do enfermeiro no cuidado a esses usuários e a relevância das atividades de oficinas terapêuticas realizadas nesses espaços. Conclui-se que esse estudo permitiu a construção do conhecimento das acadêmicas de enfermagem perante a temática e a necessidade de formar profissionais cada vez mais críticos e reflexivos ao atuar diante das necessidades e demandas dos usuários do CAPSad e sua família.

Descritores: Saúde mental; Serviços de Saúde Mental; Desinstitucionalização; Enfermagem.

Abstract

With the advent of the Psychiatric Reform, the assistance model is redirected, initiating a new practice of mental health care. The Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPSad) is a strategic extra-hospital network, under the concept of extended clinic. The objective of this study is to report the experience of the fifth semester of the Nursing Course during the practical classes in a CAPSad, next to the discipline of "Nursing in Adult Care in Critical Situations of Life", in the subject of Mental Health. This is an experience report of nursing students of the Federal University of Santa Maria in a CAPSad. The experience occurred in May and June of the year 2016, totaling three classes with 4 hours / day with the supervision of the teacher responsible for the discipline. It is understood that several activities are part of the CAPSad's competences, and the experience allowed for more contact and discussions about the family group, nursing consultations and therapeutic workshops. We conclude that studies such as this allow us to train professionals who are increasingly critical and reflexive when acting in the face of the needs and demands of CAPSad users and their families, contributing significantly to the qualification of the academics.

Descriptors: Mental Health; Mental Health Services; Deinstitutionalization; Nursing.

Resumen

Con el advenimiento de la Reforma Psiquiátrica, el modelo de atención se redirige, iniciando una nueva práctica de la atención de salud mental. El Centro de Atención Psicossocial de alcohol y drogas (CAPSad) es una red estratégica extra-hospitalario, bajo el concepto de clínica ampliada. El objetivo de este estudio es dar a conocer la experiencia académica del quinto semestre de la carrera de Enfermería, durante las clases prácticas en un CAPSad, por la disciplina "Cuidado

¹ Acadêmica, Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Email: anapaulagrigoletto@yahoo.com.br.

² Acadêmica, Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

³ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGenf/UFSM).

⁴ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do PPGenf/UFSM.

⁵ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do PPGenf/UFSM.

⁶ Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

de enfermería en las críticas situaciones de la vida adulta", el tema de la salud mental. Este es un relato de la experiencia académica de Enfermería de la Universidad Federal de Santa María en un CAPSad. La experiencia se llevó a cabo en mayo y junio de 2016, por un total de tres clases con 4 horas / día bajo la supervisión del profesor responsable de la disciplina. Se dio cuenta de que parte de las habilidades CAPSad diversas actividades, y aumentó la experiencia de contacto y las discusiones sobre el grupo de miembros de la familia, la consulta de enfermería y talleres terapéuticos. Se concluye que este tipo de estudios permiten a los profesionales de formación cada vez más críticos y reflexivos para actuar sobre las necesidades y demandas de los usuarios CAPSad y su familia, lo que contribuye significativamente a la calificación de la académica.

Descriptor: Salud Mental; Servicios de Salud Mental; Desinstitucionalización; Enfermería.

Introdução

A Reforma Psiquiátrica no Brasil tem início nos anos 60, sendo um movimento de oposição à política da medicalização e hospitalização. Esse movimento envolve propostas alternativas de cuidados, incluindo uma postura interdisciplinar, diminuição nos leitos de internação psiquiátrica, bem como a construção de uma rede de serviços psiquiátricos, com foco na integralidade do indivíduo. Baseado nessa nova prática de atenção a saúde mental, o cuidado do indivíduo envolve desospitalização e iniciativas de reinserção social e familiar. É essa proximidade com a realidade do paciente que permite compreender o processo saúde-doença, tendo em vista a ampliação do foco biológico para as dimensões emocionais, familiares e sociais do indivíduo ⁽¹⁾.

O processo de oposição ao modelo asilar de cuidado em saúde mental se redireciona a partir da aprovação da Lei Federal Nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Essa Lei redireciona a assistência em saúde mental e traz os direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001). E, a Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), tendo a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de álcool e outras drogas ⁽²⁾.

Por meio da Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 são criados os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) que possui como um de seus objetivos a integralização de usuários de álcool e outras drogas em um ambiente social e cultural, além de trabalhar no conceito de clínica ampliada. São serviços substitutivos de atenção diária voltados ao atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas ⁽³⁾.

É de competência do CAPSad, o atendimento individual, ou seja, medicamentoso, psicoterápico e de orientação; o atendimento em grupos, por meio da psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social; oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias objetivando a inserção social e familiar; atividade e orientação ao familiar, e atendimentos de desintoxicação, e, além disso, a construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) ⁽³⁾. O PTS é uma estratégia de cuidado, levando em consideração as necessidades, expectativas, crenças e o contexto

social em que o indivíduo está inserido. A construção do PTS articula ações, discussões e construção por toda a equipe multidisciplinar e usuário ⁽⁴⁾.

Nesse sentido, o usuário necessita ser assistido por profissionais fundamentados em ações terapêuticas, preventivas e educativas, incluindo a família nesse processo. Tais ações necessitam ser realizadas por intermédio da reinserção social, bem como na liberdade de escolha do usuário por meio da Redução de Danos (RD). A RD é uma estratégia de direitos humanos que tem como objetivo, reduzir danos à saúde, as quais podem estar associados ao uso de álcool e outras drogas. As ações de RD levam em consideração as vulnerabilidades em que as pessoas estão expostas e está embasada na autonomia, a qual propicia ao usuário a decisão sobre a melhor forma de construir seu tratamento ⁽⁵⁾.

Perante o exposto, objetiva-se relatar a experiência de acadêmicas do quinto semestre do Curso de Enfermagem durante as aulas práticas em um CAPSad, junto à disciplina de “Enfermagem no Cuidado ao Adulto em Situações Críticas de Vida”, no tema Saúde Mental.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas do quinto semestre do Curso Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), junto à disciplina de “Enfermagem no Cuidado ao Adulto em Situações Críticas de Vida”, no tema Saúde Mental. A vivência ocorreu durante as aulas práticas em um CAPS ad II, nos meses de maio e junho do ano de 2016, totalizando três aulas com 4 horas/dia com a supervisão da professora responsável pela disciplina.

Esses encontros ocorreram por meio de rodas de conversa com a professora responsável, equipe multiprofissional do serviço, residentes e com os usuários, com a finalidade de troca de experiências, bem como formação de vínculo. Assim, possibilitou a participação nos grupos de familiares (GF), artesanato, consulta de enfermagem, e também em oficina terapêutica de mosaico e confecção de chapéus.

O CAPSad, no qual ocorreu a vivência, está localizado em um município do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil e faz parte da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Os usuários chegam ao serviço encaminhado por meio de uma rede de serviço ou por livre demanda.

Além disso, conta com uma equipe composta por: uma médica clínica geral, uma médica psiquiatra, dois psicólogos, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, dois técnicos em saúde mental, uma fisioterapeuta, um auxiliar em assistência administrativa, um assistente administrativo, um assistente social, um agente redutor de danos, um profissional de serviços gerais. Além de profissionais de saúde da Residência Multiprofissionais e Acadêmicos de Enfermagem, Psicologia e

Serviço Social da UFSM. O horário de atendimento é das 08horas às 18horas, de segunda à sexta-feira.

Em relação à estrutura do serviço, o CAPSad possui um amplo jardim com um gramado, decorado com flores e plantas ornamentais. Na entrada do serviço, segue um pequeno corredor, com cartazes informativos nas paredes. A primeira porta direciona para a recepção, com cadeiras e espaço para atendimento, um espaço do salão é reservado para a exposição de artesanatos feitos pelos usuários, e venda de roupas por valores acessíveis. A seguir, há uma sala para os profissionais trabalharem, e ao lado uma cozinha. Do corredor inicial, tem-se acesso a uma sala para grupos e reuniões, a sala de enfermagem, que possui um leito para observação. Ainda, uma sala para consulta com o profissional psiquiatra e outra para a clínica geral. Uma escada, no final do corredor, direciona para outros espaços, entre eles, um ambiente para refeição dos usuários, um grande salão para atividades em grupo, uma dispensa, uma sala equipada com materiais e produtos de beleza (para as oficinas de beleza), e uma sala para as oficinas de artesanato, incluindo um depósito de materiais. No espaço externo do serviço, há uma pequena quadra de esportes, uma horta comunitária e churrasqueira.

Resultados e discussão

O Grupo de Familiares é uma atividade semanal que acontece no final do dia no CAPS para que os familiares que trabalham no turno inverso possam comparecer. No dia que a vivência ocorreu, a atividade foi coordenada pelo assistente social do serviço. Nota-se, a importância da participação da família no tratamento junto ao usuário de Álcool e outras drogas, o qual necessita ser baseado no diálogo e nos vínculos de confiança.

A família, embora, às vezes, cansada e desmotivada, continua apoiando seu familiar usuário, na expectativa que ele consiga fazer o tratamento. E, acreditam que o apoio, direto ou indireto, que oferecem ao usuário podem contribuir com sua reinserção na sociedade. Assim, é importante que ela busque constantemente estratégias para ajudá-lo, oferecendo-lhe suporte emocional, carinho, apoio, além de conselhos que podem ser adquiridos e/ou reforçado por meio da participação do grupo de familiares ⁽⁶⁾.

As atividades grupais colaboram com o amparo desses familiares, ajudando-os a compreender o significado real da dependência química e como ajudar o familiar dependente. E para fazer isso, o profissional precisa entender o cotidiano, percepções e potencialidades de quem cuida de um usuário de drogas ⁽⁷⁾.

No grupo de familiares há a possibilidade de trocas de experiências com famílias que vivem situações semelhantes, e de esclarecimentos de dúvidas, além de minimizar o isolamento social. A partir de sua participação no grupo, as famílias são estimuladas a incentivar o usuário a manter o tratamento, tendo em vista que podem ocorrer tentativas de recaídas e abandono ao tratamento ⁽⁸⁾.

Em dado momento, oportunizou-se a observação e participação de uma acadêmica em uma consulta de enfermagem. Por meio dela, o usuário recebeu orientações acerca do uso e efeito colaterais de medicações de uso diário. Para que não houvesse confusões a enfermeira explicou oralmente, escreveu e, ainda, desenhou em forma de símbolos para facilitar e esclarecer da melhor maneira possível todas as informações que ele deveria atentar-se. Foi realizada uma escuta e construído junto ao usuário estratégias de autocuidado, relações familiares e com o uso de drogas.

Com a nova assistência prevista pela Reforma Psiquiátrica, a prática de enfermagem também repercute em alterações. O foco anterior consistia em um modelo hospitalocêntrico, e a transformação da assistência necessita ter um foco no usuário e sua família, conferindo orientações, escuta ativa e estimulação de ressocialização, garantindo seus direitos como cidadãos, participativos em sua condição social. A prática de enfermagem no CAPSad vai além dos chamados “recursos tradicionais”, seu papel carece de atividades a um grupo ampliado, como oferta de oficinas terapêuticas, reuniões de equipe multidisciplinar, atendimento ao familiar, administração, acolhimento e visitas domiciliares. Além de necessitar conhecimentos de farmacologia e saber realizar educação em saúde ⁽⁸⁾.

Pode-se acompanhar os usuários na realização de tarefas que envolviam a oficina terapêutica de mosaico. Nessa oficina, auxiliados pelo coordenador da atividade, os usuários faziam quadros de mosaico, utilizando materiais recicláveis como: madeiras, pedaços de vidro e espelho, cola, tinta, papel, entre outros. Houve também, a oportunidade de colaborar com a equipe na confecção de chapéus, para a marcha que iria se realizar referente à Luta Antimanicomial. Esta se consolida como um movimento social marcado pela luta entre profissionais, usuários, familiares e demais atores da sociedade, pelo reconhecimento dos direitos das pessoas com transtorno mental e na busca por novas práticas de tratamento em defesa de uma reforma sanitária democrática e popular ⁽⁹⁾. Assim, instalou-se o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, tornando o dia 18 de maio o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

A proposta do uso de chapéus durante a marcha está baseada na literatura, onde o personagem Chapeleiro Maluco, do livro Alice No País Das Maravilhas, do autor Lewis Carroll, simboliza a loucura. O uso do chapéu durante a marcha pelo profissional de saúde, familiar, usuário e simpatizante, é um manifesto pela inclusão e pela superação do estigma do louco.

Para a realização das oficinas terapêuticas é fundamental que esta venha aliada a uma demanda dos usuários, o planejamento realizado pelos profissionais ocorre a partir de suas necessidades, assim torna a atividade mais significativa e prazerosa para eles. No caso do mosaico, onde ocorrem pinturas, desenhos e colagem, ela é classificada como a expressão plástica realizada pelo usuário. Essa oficina possui finalidades terapêuticas como: a importância de tarefas com objetivos a serem atingidos, a presença nas consultas estabelecidas, autonomia e evolução clínica. Isso resulta na reinserção, a convivência dos clientes, a fortificação de vínculo com os profissionais além da livre expressão. Durante as atividades é necessário, também, que o profissional que acompanha a oficina observe a conduta e a fala dos participantes para posteriormente poder fazer os registros nos prontuários, isso é importante para a troca de informações entre os profissionais, bem como a discussões de casos clínicos ⁽¹⁰⁾.

Os resultados observados nesta atividade foram: a criatividade, a inserção social, o desenvolvimento de habilidades, a troca de experiências, a ajuda mútua, bem como o relato de suas histórias de vida. É importante ressaltar que este tipo de atividade contribui para uma melhoria na qualidade de vida dos usuários, pois o trabalho em grupo fortalece a atenção psicossocial desses usuários.

Considerações finais

Relatou-se a experiência de acadêmicas do quinto semestre do Curso de Enfermagem durante as aulas práticas em um CAPSad, junto à disciplina de “Enfermagem no Cuidado ao Adulto em Situações Críticas de Vida”, no tema Saúde Mental. Desse modo, os resultados observados pelas acadêmicas sinalizam para a importância do grupo de familiares, o papel da enfermagem e as oficinas terapêuticas no auxílio do tratamento dos usuários que frequentam esse serviço. Nesse sentido, é importante ressaltar as competências do CAPSad, como o grupo de familiares, que possibilita a troca de experiências com famílias que vivem situações semelhantes, e de esclarecimentos de dúvidas, além de minimizar o isolamento social.

Além disso, as consultas de enfermagem, que vão além das demandas tradicionais, visto que o enfermeiro realizará atividades a um grupo ampliado, como oferta de oficinas terapêuticas, reuniões de equipe multidisciplinar, atendimento ao familiar, administração, acolhimento e visitas domiciliares. Como meio de contribuir na reinserção social, convivência dos usuários e fortificação de vínculo, são oferecido oficinas terapêuticas, que por meio da arte consegue fazer o usuário perceber a importância de tarefas com objetivos a serem atingidos e a autonomia.

A partir da realização deste estudo foi possível perceber a importância do cuidado de enfermagem aos usuários do CAPSad durante seu tratamento e sua reabilitação, uma vez que auxilia os futuros profissionais de saúde mental na tomada de decisões e estabelecimento de alternativas diante do cuidado. Oferecer um ambiente aconchegante e acolhedor e promover vínculo constituem-se de cuidados essenciais do enfermeiro. Este relato contribui significativamente para a qualificação das acadêmicas, uma vez que possibilitou uma maior compreensão sobre a temática. Da mesma forma, estudos como esse permitem formar profissionais cada vez mais críticos e reflexivos ao atuar diante das necessidades e demandas dos usuários do CAPSad e sua família ao ser atendida neste ambiente extra hospitalar.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Antunes SMMO, Queiroz MS. **A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007, 23(1):207-215.
2. Brasil. Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ago 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: ago de 2016.
- 3 _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
Brasília – DF, 2002.
4. _____. Lei Nº 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2006. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 15 fev. 2017.
5. _____. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Jun 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html. Acesso em: jun 2016.
6. Siqueira DF de, Backes DS, Moreschi C, Terra MG, Soccol KLS, Souto VT. Reinserção social do indivíduo dependente de crack: ações desenvolvidas pela família. **Texto contexto - enferm.** [Internet]. 2015 June [cited 2017 Apr 05] ; 24(2): 548-553.

7. Alvarez SQ, Gomes GC, Oliveira AMN, Xavier DM. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):102-108.
8. Soares RD, Villela JC, Borba LO, Brusamarello T, Maftum MA. O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. **Esc Anna Nery** (impr.)2011 jan-mar; 15 (1):110-115.
9. Gradelha J, O. **Políticas públicas em saúde mental, familiares e usuários como atores principais.** Disponível em: . Acesso: 5 fev 2012.
10. Nunes VS, Torres MA, Zanotti SV. O psicólogo no caps: um estudo sobre oficinas terapêuticas. **Revista ECOS**, Rio de Janeiro, 2015, v. 5, n. 2.



**100. VIVÊNCIA NO PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO:
CONTRIBUIÇÃO NA FORMAÇÃO ACADÊMICA**

**LIVING IN THE EMERGENCY ROOM OF A UNIVERSITY HOSPITAL:
CONTRIBUTION TO ACADEMIC TRAINING**

**EXPERIENCIA EN SOCORRO LISTO DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO:
CONTRIBUCIÓN A LA FORMACIÓN ACADÉMICA**

BEVILAQUA, Tais Foletto¹

COGO, Silvana Bastos²

NIETSCHE, Elisabeta Albertina³

CASSENTE, Liege Gonçalves⁴

BÖCK, Andressa⁴

MALHEIROS, Luiza Carolina Santos⁵

Introdução: As aulas teórico-práticas compõem a grade curricular do Curso de Enfermagem, e mostram-se como recurso indispensável para a formação dos futuros enfermeiros, visto que fortalecendo o planejamento da assistência, melhoram a qualidade dos cuidados diretos ao paciente. Este processo mostra-se complexo, em virtude de buscar ir além da formação de um profissional técnico e competente, e assim, visiona agregar-se ao contexto ético-político e principalmente sensibilizar ao desenvolvimento de um olhar humanizado na atenção ao paciente¹. Os estudantes de enfermagem desenvolvem muitos sentimentos no decorrer das aulas práticas, dentre eles, crescimento, desenvolvimento, frustração e angústia². Consequentemente, isso gera mudanças no rendimento acadêmico, as quais podem ser positivas ou negativas. Mediante esta realidade, elucidase a importância do apoio, por parte dos professores, colegas e trabalhadores da saúde, para a formação deste profissional, compartilhando saberes, a fim de propiciar o desenvolvimento de competências e habilidades técnicas, teóricas e humanas. Assim, considera-se que conhecer as vivências de acadêmicos de enfermagem no cenário prático, compreendendo seus sentimentos perante a operacionalização deste processo, pode suscitar reflexões e discussões à dinâmica do ensino e aprendizagem e do cuidar. **Objetivo:** relatar a vivência de uma acadêmica de enfermagem, em um pronto socorro de um Hospital Universitário, dando ênfase aos sentimentos frente a sua atuação neste cenário. **Metodologia:** trata-se do relato de vivência das aulas teórico-práticas da disciplina de Saúde do Adulto, a qual compõe a grade curricular do quinto semestre do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). O campo teórico-prático foi o pronto socorro, de um Hospital Universitário que tem capacidade para atender aproximadamente 43 pacientes, entre leitos e macas. A atividade prática ocorreu em quatro turnos semanais, durante os meses de novembro a dezembro do ano de 2016, totalizando uma carga horária de 60 horas, com um grupo de seis alunos, sob a supervisão de uma professora e uma técnica administrativa em educação, com graduação de Enfermagem, em atividades assistenciais de

¹ Relatora. Acadêmica do 6º semestre da Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (GEPES). E-mail: tais.bevilaqua@ufsm.br.

² Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do GEPES.

³ Coorientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do GEPES.

⁴ Coautora. Enfermeira. Mestranda do PPGENF da UFSM. Membro do GEPES.

⁵ Coautora. Acadêmica do 2º semestre da Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do GEPES.

cuidado direto ao paciente. **Resultados:** a vivência no pronto socorro possibilitou aprender a execução de técnicas e procedimentos, bem como, compreender a atuação do enfermeiro frente a assistência ao paciente e o gerenciamento dos cuidados. A solicitação pela realização dos procedimentos chegava aos acadêmicos por livre demanda, e variavam de verificação de sinais vitais, higiene corporal, curativos, passagem de sondas, punção venosa periférica, entre outros. A enfermagem sendo uma profissão que preocupa-se com o cuidar biopsicossocial dos indivíduos, não há como desprender-se da parte emocional, visto que, o enfermeiro auxilia no bem-estar de seu paciente e interfere diretamente na sua recuperação. Neste contexto, enquanto acadêmica de enfermagem, buscava-se acolher de modo integral as demandas que se apresentavam, entretanto, o pronto socorro encontrava-se sempre com pacientes acima da sua capacidade de atendimento, o que restringia a qualidade dos cuidados prestados. Frente a este cenário, permeava sentimentos de incapacidade e frustrações, devido a não conseguir viabilizar as variadas solicitações que tangenciavam o processo de cuidar. A rotina de funcionamento desta unidade faz com que os profissionais que atuam nesse espaço, generalizem o atendimento, não conseguindo atender as subjetividades dos pacientes, em virtude da sobrecarga de trabalho. Observou-se que essa dinâmica gera uma dicotomia de sentimentos, de um lado, a necessidade de que os procedimentos sejam realizados para dar conta da demanda e de outro, a frustração de não conseguir ofertar um cuidado integral ao paciente e seu acompanhante. No decorrer das aulas teórico-práticas, o fato de que muitos pacientes recebiam os cuidados em macas nos corredores, com seus familiares alojados em cadeiras, gerava um sentimento de impotência, ao observar que este fato prejudicava ou retardava seu processo de recuperação, tendo em vista, que por vezes, estes pacientes permaneciam alocados durante todo o seu processo de internação. Percebeu-se que o fato de os acadêmicos de enfermagem encontrarem-se em processo de formação, com supervisão de seus professores, que primam pelo atendimento humanizado, e também por não estarem inseridos na rotina de trabalho da equipe, sem a pressão de uma produção quantitativa do serviço, conseguiam assistir os pacientes de modo mais integral, atendendo a singularidade de cada um, gerando sentimento de satisfação por parte dos acadêmicos e proporcionando momentos agradáveis entre quem assiste e quem é assistido. Do mesmo modo, que foi relevante poder visualizar que os procedimentos realizados por profissionais que priorizam um atendimento de modo integral, podem proporcionar satisfação a seus pacientes, refletindo na recuperação dos mesmos. A humanização do atendimento é essencial para o processo de recuperação, em que a qualidade do atendimento não depende unicamente de equipamentos e materiais de última geração, mas sim, da forma integral que este paciente é tratado pelos profissionais que o assistem³. Nessas circunstâncias, sabendo a necessidade de atender um emaranhado de situações que os pacientes de urgência e emergência trazem, as ambiguidades de emoções tornam-se evidentes: satisfação por desenvolver técnicas com maior habilidade e destreza, e inaptidão por não ser capaz de prover um ambiente adequado para o paciente e seu acompanhante, para assim acelerar o processo de recuperação. **Conclusão:** de acordo com o exposto, o relato demonstra a problemática emocional que uma acadêmica de enfermagem vivencia em suas aulas teórico-práticas da graduação. O ambiente, com lotação acima da sua capacidade, desencadeou sentimentos de impotência frente às demandas trazidas pelos pacientes, que precisavam de cuidados integrais. A partir da visão holística do enfermeiro que está em formação, o tempo que deveria ser proposto a cada um de seus pacientes é plausivelmente menor que o tempo que os profissionais conseguem dispor a eles. Isso se dá devido ao contingente de procedimentos técnicos que devem ser realizados pela equipe de enfermagem do pronto socorro em determinado período. Em contrapartida, a vivência demonstrou o aperfeiçoamento das habilidades técnicas da acadêmica de enfermagem, possível pela diversidade de pacientes, com as variadas demandas que necessitavam de atendimento. Também foi notório o quanto as relações interpessoais, sejam de colegas, professores ou equipe de saúde são importantes para estimular o processo de aprendizado, influenciando a formação deste profissional que enfrenta uma oposição de sentimentos e que por vezes sente-se instigado a repensar sua postura frente a determinadas situações.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Descritores: Enfermagem; Pronto-socorro; Educação.

Descriptors: Nursing; Emergency Medical Services; Education.

Descriptores: Enfermería; Servicios Médicos de Urgencia; Educación.

REFERÊNCIAS

9. Backes DS, Grando MK, Gracioli MSA, Pereira AD, Colomé JS, Gehlen MH. Vivência teórico-prática inovadora no ensino de enfermagem. Esc. Anna Nery [Internet]. 2012 Set [citado 2017 Mar 28] ; 16(3): 597-602. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300024&lng=en.
10. Monteiro CFS, Freitas JFM, Ribeiro AAP. Estresse no cotidiano acadêmico: o olhar dos alunos de enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Esc Anna Nery [Internet]. 2007 Mar [citado 2017 Mar 26];11(1):66-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a09.pdf> Portuguese.
11. Pelazza BB, Alfonso Júnior G, Silva LA, Christóforo BEB, Trincaus MR, Martins MA, et al. Humanização em unidades de terapia intensiva: uma visão do ponto de vista do profissional de enfermagem. Itinerarius Reflectionis [Internet]. 2015 [citado 2017 Mar 27];11(1):1-14. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/rir/article/view/33008>.



101. VIVÊNCIAS SOBRE SÍFILIS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

EXPERIENCES ON SÍFILIS IN A FAMILY HEALTH STRATEGY: EXPERIENCE

EXPERIENCIAS SOBRE LA SÍFILIS EM UMA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR: HISTORIA DE EXPERIENCIA.

BANDEIRA Laura Renner¹, SCHMIDT Catiele Raquel², TRINDADE Letícia Flores³, PASQUETTI Pâmela Naíse⁴, LORO Marli Maria⁵

Introdução

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, considerada uma das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) ainda recorrentes e é doença de notificação compulsória, conforme portaria 2.472/2010 do Ministério da Saúde (MS). Ela é causada pelo *Treponema pallidum*, a contaminação se dá por meio de contato sexual, sanguíneo e transmissão vertical.^{1,2} A doença não tratada, progride e alterna períodos com características sintomáticas distintas (sífilis primária, secundária e terciária) e períodos de latência, que podem durar de um ano ou mais.¹

A fase primária da doença é caracterizada pelo aparecimento de uma pápula avermelhada, que evolui para uma lesão ulcerada (cancro duro), indolor, de fundo liso e brilhante e bordas bem delimitadas, permanecendo cerca de 3 a 8 semanas¹. Nas mulheres, a realização do diagnóstico na fase primária não é frequente, uma vez que a lesão se encontra localizada no cérvix, períneo ou na parede vagina.¹

Ainda, a sífilis secundária ocorre cerca de 6 a 8 semanas após o aparecimento do cancro duro e a sintomatologia está relacionada à disseminação do treponema pelo organismo, como pápulas palmo-plantares, placas mucosas, poliadenopatia generalizada, alopecia em clareira, madarose e condilomas planos.¹ Em ambas as fases descritas, os sintomas tendem a regredir espontaneamente, contudo, isso não relaciona-se à cura.¹

Quando há evolução da doença para fase terciária, manifestações neurológicas, cardiovasculares, ósseas e articulares tornam-se presentes¹. A progressão da doença para a última fase sugere fragilidades nas demandas de cuidados dispensadas aos indivíduos, ou ainda baixa procura do serviço de saúde pelos usuários. Este fato pode estar relacionado a fatores socioeconômicos e de escolaridade, que influenciam diretamente no entendimento sobre a doença e contribuem assim, para a evolução da mesma.

Na contemporaneidade, a sífilis é vista como um problema de saúde pública, uma vez que, no decorrer do ano de 2015, cerca de 66 mil casos novos de sífilis adquirida foram notificados no Brasil, sendo que 25,9% (17.042) destes, ocorreram na região Sul do país.² Este aumento significativo, pode refletir lacunas em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Isso está a indicar que medidas pouco eficazes estão sendo aplicadas até o momento, pois os altos índices de infecção demonstram desconhecimento sobre a doença por parte da população o que prejudica a prevenção, adesão ao tratamento e dificulta o processo de cura.³

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do usuário na busca pelo atendimento. Sendo assim, cabe APS papel importante, frente ao aumento dos casos novos de sífilis, uma vez que deve prestar atenção integral ao usuário, por meio de ações que visem a promoção e manutenção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e redução de danos⁴.

Para tanto, o estudo objetiva relatar experiências de acadêmicos de Enfermagem frente a incidência de sífilis em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) situado no noroeste do estado do Rio Grande do Sul.

Metodologia

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciado por acadêmicos do curso de Enfermagem, durante atividades práticas curriculares, em saúde coletiva, desenvolvidas em uma ESF do interior do estado do Rio Grande do Sul.

Discussão e resultados

A implantação da Portaria nº 2.472/10 do MS, permitiu registrar o crescente aumento dos casos de sífilis, o que contribuiu para aprimoração de ações de vigilância epidemiológica, a partir dos registros sobre a incidência desta doença.²

Uma das ações de maior relevância para a prevenção de sífilis é a informação e conscientização dos indivíduos sobre o uso de preservativo, na medida em que é um método resolutivo, de baixo custo e disponibilizado em toda rede de Atenção Primária. Contudo, a adesão da população ainda é baixa, o que pode estar relacionado ao desconhecimento e, mesmo banalização da sua importância, o que resulta em um número crescente de casos da infecção. Frente a isso, estudos³ sugerem que o enfermeiro é um profissional de saúde apto a fornecer as orientações, exercendo papel importante como educador em saúde. Ademais ao transmitir conhecimentos, bem como prestar assistência adequada estabelece-se, também relação de vínculo com os usuários.

Diante disso, após diagnosticado a doença, o tratamento basear-se-á no uso da Penicilina Benzatina por meio de esquemas terapêuticos de acordo com o estadiamento da doença.¹ *Esse antibiótico é disponibilizado pela Rede Básica de Saúde, com vistas a quebra imediata da cadeia de transmissão. Contudo, no caso da sífilis, por vezes, é necessário tempo e empenho dos indivíduos acometidos, uma vez que o tratamento, geralmente é doloroso e, dependendo dos casos, prolongado, o que motiva a desistência ou impasses para continuidade do mesmo.*³ *Importante ainda salientar que quando do diagnóstico positivo é necessário que o parceiro sexual também seja tratado, na perspectiva de quebra da cadeia epidemiológica.*

Nesse contexto, durante a realização de atividades práticas na ESF, observou-se que os usuários atendidos, e que tiveram o diagnóstico da doença caracterizaram-se como uma população vulnerável à doença, visto que verbalizaram insipiência sobre seu modo de transmissão, tratamento e características da mesma. Assim, a medida que existe falta ou fragilidade de conhecimento por parte da população, consequentemente há uma maior prevalência de sífilis, prejudicando as ações voltadas para Educação em Saúde.

Neste sentido, frente a situações de conhecimento ineficaz dos usuários, é fundamental que a organização dos serviços de saúde promovam um acesso adequado àqueles que buscam o serviço. Ainda, que os profissionais incorporem em sua rotina a preocupação em identificar pacientes em situação de maior vulnerabilidade, garantindo-lhes atendimento humanizado e resolutivo. Importante também, além desenvolver ações na comunidade que promovam o aumento da percepção de risco para esse agravo e estimularem a adoção de práticas seguras para a saúde⁵. Tais ações visam à educação em saúde e atuam como meio facilitador sobre o entendimento da doença e a importância da adesão terapêutica do usuário e parceiros sexuais.

Conclusão

A sífilis é uma doença prevenível e tratável, porém o aumento no número de registros denota desconhecimento e banalização sobre a mesma, bem como de seus agravos por parte da população, este fato pode estar relacionado a baixa resolutividade das ações voltadas para a educação em saúde.

O conhecimento sobre a doença é essencial para a prevenção e adesão ao tratamento. Frente a esta situação deve-se implementar métodos resolutivos, que sensibilizem usuários e reforcem a importância das

ações preventivas e de tratamento, tanto do usuário como de seus parceiros na perspectiva de quebra da cadeia epidemiológica.

Descritores: Atenção Primária a Saúde; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Enfermagem.

Descriptors: Primary Health Care; Sexually Transmitted Diseases; Nursing.

Descriptores: Atención Primaria de Salud; Enfermedades de Transmisión Sexual; Enfermería.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>
2. Brasil, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Número 35. Brasília. 2016; 47 (35): 1-28. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/dst_aids_boletim_de_sifil_1_pdf_32008.pdf
3. Cavalcante AES, Silva MAM, Rodrigues ARM, Netto JJM, Moreira ACA, Goyanna NF. Diagnóstico e Tratamento da Sífilis: Uma investigação com mulheres assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2013; 25 (1): 7-13. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista25-1-3013/JBDST-2013-25-1.pdf>
4. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
5. Brasil, Ministério da Saúde. HIV/Aids, hepatites e outras DST - Cadernos de Atenção Básica. Brasília. 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad18.pdf

101. VOZ DA CRIANÇA: ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE ÉTICA DA INFÂNCIA

VOICE: VIEWS ON INTERDISCIPLINARY CHILDHOOD ETHICS

VOICE: PUNTOS DE VISTA SOBRE UNA ÉTICA INTERDISCIPLINAR DE LA INFANCIA

SANTOS, Raissa Passos dos¹; CARNEVALE, Franco²; MACDONALD, Mary Ellen³

Introdução. Apesar dos avanços da bioética e bioética pediátrica, diversos desafios éticos permanecem na área da pediatria. Avanços nessa área incluem o estabelecimento da utilização do padrão dos *melhores interesses da criança*. Esta abordagem indica que as decisões envolvendo crianças devem ser feitas levando em consideração os benefícios e os potenciais danos da ação tomada. Dessa forma, as decisões devem incluir opções em que os benefícios sejam maiores do que os danos. Nos anos recentes, as crianças vem sendo reconhecidas como capazes de participar das decisões que envolvem suas vidas, tais como diferentes tratamentos de saúde. Contudo, os contextos sociais em que as crianças estão inseridas, suas diferentes idades e desenvolvimentos, diferentes opções de tratamento e legislações do país em questão, são importantes considerações a serem estudadas a fim de aprimorar a utilização do conceito dos melhores interesses, bem como promover a agência moral na infância e melhorar a qualidade do cuidado prestado por serviços e profissionais de saúde a crianças e adolescentes.^{1,2} **Objetivos.** O objetivo desse trabalho é relatar a experiência de um grupo de pesquisa interdisciplinar que busca avançar a pesquisa sobre os aspectos éticos da infância. O grupo pertence a universidade McGill no Canadá e possui diversas afiliações e parcerias internacionais. **Metodologia.** O grupo VOICE (*Views On Interdisciplinary Childhood Ethics*) é um grupo de pesquisadores comprometidos com analisar e sintetizar o conhecimento referente à saúde das crianças relacionado aos dilemas éticos presentes nas diversas situações de suas vidas sociais. Os pesquisadores deste time estão engajados com o desenvolvimento da pesquisa na área, bem como com ações que promovam um cuidado ético na infância. Projetos desenvolvidos pelo grupo incluem pesquisas empíricas sobre as experiências vividas das crianças, sínteses de pesquisa existente a fim de destacar o conhecimento existente e identificar prioridades para novas pesquisas, análises jurídicas, bem como projetos de tradução do conhecimento em vários cenários. Desta forma, este grupo formado por pesquisadores multidisciplinares trabalha com uma extensa rede de colaboração em diversos países, como Canadá, Brasil, França, Itália, Geórgia, Tanzânia e Índia, a fim de identificar, investigar e desenvolver estratégias para esclarecer e enfrentar problemas éticos com crianças e adolescentes. O grupo conta com professores universitários de diversas universidades internacionais, colaboradores de redes hospitalares e centros de atendimento a crianças e adolescentes, pesquisadores internacionais, assistentes de pesquisa, estudantes de graduação, mestrado, doutorado e pós doutorado, entre outros. Ainda, grupos de crianças e adolescentes indígenas e crianças com deficiência integram o grupo. Dentre as diversas especialidades e áreas de conhecimento, este grupo inclui enfermeiros, assistentes sociais, educadores, médicos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, advogados, antropólogos, psicólogos, entre outros.³ **Resultados.** Dentre as diversas iniciativas do grupo

¹Enfermeira. Mestre em enfermagem. Doutoranda na Ingram School of Nursing, McGill University, Montreal, Quebec, CA. E-mail: raissa.santos@mail.mcgill.ca

²Enfermeiro. Doutor em enfermagem. Professor na Ingram School of Nursing, McGill University, Montreal, Quebec, CA.

³Antropóloga. Doutora em Antropologia. Professora na Faculty of Dentistry, McGill University, Montreal, Quebec, CA.

VOICE, salienta-se o desenvolvimento de um novo campo de pesquisa para articular as preocupações éticas em relação ao cuidado de crianças e adolescentes. Após ampla revisão de literatura, os pesquisadores encontraram diversas lacunas no conhecimento relacionado a área, tais como, legislação, psicologia, medicina, educação, bem-estar social e estudos sociais. A partir disso, destaca-se uma proposição de mudança no paradigma para a realização de estudos envolvendo crianças e adolescentes. Assim, sugere-se que os estudos possam mover-se de uma área focada em pediatria, para uma área focada na *ética da infância*. Esta proposição está centrada no foco dos estudos desenvolvidos pelo grupo, os quais encontram-se incorporados nas bases sócio-filosóficas da recente *sociologia da infância*. Este foco contesta a dominação dos estudos em pediatria voltados para as questões do desenvolvimento biológico e psicológico da criança, favorecendo assim um olhar social para a compreensão da infância. Desta forma, a infância torna-se um aspecto social que necessariamente salienta a importância de se considerar as relações sociais das crianças enquanto agentes, ou seja, indivíduos capazes de articular e interpretar suas experiências vividas e deliberar sobre suas escolhas. Ainda, os contextos sócio-políticos, econômicos e estruturais passam a fazer parte da base da compreensão sobre como entendemos os aspectos éticos da infância. Nessa mudança de paradigma, as crianças deixam de ser meros objetos de pesquisa, as quais são estudadas a partir do uso de referenciais baseados nos interesses dos adultos. Nos estudos sociais sobre ética da infância, crianças e adolescentes devem fazer parte do processo de pesquisa, sendo considerados como importantes atores que possuem desejos, vontades, capacidade de determinar sobre as ações que dizem respeito a sua saúde, bem como participar em processos de decisão sobre tratamentos. Contudo, diante dessas considerações, questões sobre o estabelecimento dos padrões dos melhores interesses, sobre como são feitas as decisões envolvendo crianças, e de quem é a responsabilidade pela decisão sobre tratamentos, podem surgir. Destaca-se que, embora haja reconhecimento sobre a necessidade de *ouvir a voz da criança*, resguarda-se aos responsáveis pela criança e ao estado o dever de proteger a vida e a saúde da criança e do adolescente. Assim, estudos desenvolvidos pelo grupo VOICE advogam que o conceito de *assentimento* seja melhor compreendido e utilizado por pesquisadores e profissionais de saúde. A utilização deste conceito propõe que, ainda que o consentimento da família seja legalmente suficiente para a realização de tratamentos de saúde e pesquisa em diversos países, o assentimento das crianças e adolescentes deva ser obtido o máximo possível. Ou seja, todas as decisões envolvendo crianças e adolescentes devem ser realizadas após o esclarecimento sobre o que será realizado, implicando em uma otimização da compreensão da criança e do adolescente sobre sua condição de saúde, bem como sua colaboração de forma voluntária para os procedimentos e tratamentos realizados. Destaca-se que, dentre os diversos focos de pesquisa do grupo VOICE, encontram-se as crianças com deficiências, com complexidade médica, crianças indígenas, crianças vivendo em situação de pobreza, vulnerabilidade e violência, crianças de famílias migrantes e populações LGBT.^{2,3}

Conclusões. Desta forma, destaca-se que, seja no Canadá ou internacionalmente, o grupo de pesquisa VOICE está comprometido com a ampla divulgação do conhecimento sobre as questões éticas da infância, bem como com ações que promovam um cuidado que contemple não apenas as questões biológicas e comportamentais da infância, mas também o reconhecimento das crianças como indivíduos sociais, com redes complexas de relacionamento e capacidade de deliberar sobre ações que irão produzir resultados em sua saúde. Propõe-se que mais estudos a nível internacional estejam comprometidos com o desenvolvimento de estudos que gerem dados empíricos sobre as questões sociais suas implicações éticas para a infância, a fim de contribuir para o avanço dos padrões éticos na infância e para a qualidade do cuidado prestado às crianças e aos adolescentes em todo o mundo.

DESCRITORES: Saúde da Criança; Ética; Pesquisa Interdisciplinar

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Carnevale, F.A. Listening authentically to youthful voices: A conception of the moral agency of children. In: J.L. Storch, P. Rodney, & R. Starzomski (eds), *Toward a moral horizon: Nursing ethics for leadership and practice* (2nd ed). Canada: Pearson Education, (2012) p. 315-332.
2. Carnevale, F.A, Campbell, A, Collin-Vezina D, et al. Interdisciplinary studies of childhood ethics: Developing a new field of inquiry. *Children & Society* (2015) 29: 511–523.
3. Carnevale, F., Recognizing the voice of the child: developing a new paradigm for childhood ethics. *Bioética Complutense* 26 (2016) p.20-25.



102. . VULNERABILIDADES DA CRIANÇA E ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÔNICA: CUIDADO EM REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

VULNERABILITIES OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CHRONIC DISEASE: CARE IN A HEALTH CARE NETWORK

VULNERABILIDAD DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS: EL CUIDADO EN RED DE ATENCIÓN DE LA SALUD

SILVA, Clarissa Bohrer¹; MOTTA, Maria da Graça Corso²; RIBEIRO, Aline Cammarano³; SOUZA, Neila Santini de⁴; MILBRATH, Viviane Marten⁵; FREITAG, Vera Lucia⁶ ISSI, Helena Becker⁷

INTRODUÇÃO: A criança e o adolescente que vivenciam uma doença crônica apresentam mudanças significativas no seu cotidiano¹, como um cuidado contínuo em uma rede de serviços e o uso de tecnologia medicamentosa para a manutenção de sua saúde.² Estas mudanças podem desencadear situações de vulnerabilidade à criança e ao adolescente e, conseqüentemente à sua família, refletindo nos espaços sociais em que transitam como escola, atenção básica e hospital. Cada serviço de saúde pode ser um componente fundamental da integralidade do cuidado à criança e ao adolescente, articulando-se de modo a contemplar as necessidades do usuário e família como uma estação no circuito que cada pessoa percorre para obter a integralidade em saúde de que necessita.² No que se refere às doenças crônicas, as situações de vulnerabilidade as quais estão expostas a criança ou o adolescente e sua família dependem das dificuldades frente aos cuidados contínuos de saúde, do contexto social em que estão inseridos e da existência de uma estrutura de apoio às suas demandas de cuidado. Diante do enfrentamento das adversidades e das mudanças existenciais à que este grupo está submetido, a compreensão do referencial de vulnerabilidade em saúde que opera na conformação de seus planos individual, social e programático pode auxiliar a equipe de saúde na construção de referenciais de cuidado pautados na interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Estes devem incorporar a pessoa como participante na construção de seu projeto terapêutico singular.³ **OBJETIVO:** compreender as situações de vulnerabilidade vividas pelas crianças e pelos adolescentes com doença crônica e suas famílias, nas dimensões individual, social e programática, pós-hospitalização sob a perspectiva do cuidado e educação em saúde, nos contextos da escola e da atenção básica nos municípios de Porto Alegre, Pelotas e Palmeira das

¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEnf/UFRGS). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: clabohrer@gmail.com

² Enfermeira. Doutora. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEnf/UFRGS). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁶ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEnf/UFRGS). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁷ Enfermeira. Doutora. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Missões, no estado do Rio Grande do Sul, e Chapecó, no estado de Santa Catarina. **MÉTODO:** Trata-se de um projeto multicêntrico envolvendo pesquisadores das seguintes instituições gaúchas: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFSCPA), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Universidade Federal de Pelotas (UFPel); e uma instituição do estado de Santa Catarina: Universidade do Estado de Santa Catarina do Centro Educacional do Oeste (UDESC) no município de Chapecó/Santa Catarina. Todos os pesquisadores atuantes neste projeto são vinculados ao Grupo de Estudos no Cuidado à Saúde nas Etapas da Vida (CEVIDA) da UFRGS. A pesquisa será desenvolvida em duas etapas, uma quantitativa e outra qualitativa. A etapa quantitativa, utiliza-se de um questionário com perguntas sobre dados sociodemográficos e informações clínicas, tratamento, dados de internações da criança/adolescente, e será realizada nos hospitais públicos selecionados dos municípios supracitados, a partir de consulta aos prontuários e entrevista estruturada com familiares/cuidadores de crianças e/ou adolescentes com doença crônica. Como critérios de inclusão: familiares de crianças e/ou adolescentes com idade entre 06 anos e 18 anos, que estiverem internadas, durante o período da coleta de dados, em unidade de internação pediátrica dos hospitais dos referidos municípios, com diagnóstico de doença crônica (HIV, câncer, doenças respiratórias, mucoviscidose); ser proveniente do município de Porto Alegre, Palmeira das Missões, Pelotas e Chapecó. Os familiares serão acessados durante a internação e a entrevista será realizada em local que respeite a privacidade do participante. A duração das entrevistas poderá variar de 30 a 45 minutos. Os dados coletados serão digitados no programa Epi Info versão 7.0 e a análise será realizada no SPSS Statistics versão 21.0. A etapa qualitativa, busca explorar as facilidades e dificuldades no cuidado da criança/adolescente com doença crônica e serviços de saúde utilizados. Será realizada mediante entrevistas semiestruturadas individuais, com os familiares/cuidadores, profissionais da atenção básica e da educação. Com as crianças e adolescentes com doenças crônicas será desenvolvida a dinâmica de criatividade e sensibilidade. Será realizado um sorteio com os que participaram da primeira etapa para compor os que integrarão a etapa qualitativa. Critérios de inclusão para a segunda etapa: ser familiar/cuidador de criança e/ou adolescente com doença crônica identificado na primeira etapa do estudo; ser profissional do serviço de atenção básica à saúde que faz acompanhamento de saúde à criança/adolescente participante na primeira etapa do estudo; ser educador da escola e que tem/teve contato com a criança/adolescente participante na primeira etapa do estudo. Critérios de exclusão: familiares/cuidadores de criança e/ou adolescente que permaneça hospitalizada ou em cuidados paliativos no domicílio; aqueles profissionais que estiverem em período de férias, atestado de saúde ou afastamento do trabalho no período de coleta de informações. O cenário das entrevistas dos familiares/cuidadores será definido de acordo com a indicação do participante. Quanto aos profissionais da atenção básica e os educadores, pretende-se que seja disponibilizado um local privativo no seu ambiente de trabalho para o desenvolvimento das entrevistas. A duração das entrevistas poderá variar de 30 a 60 minutos. As dinâmicas com as crianças/adolescentes serão realizadas na escola ou no serviço de atenção básica da área adstrita da(o) participante, a serem combinados, posteriormente, a data e o local, a fim de garantir a privacidade adequada. Estima-se a realização de três oficinas, com a participação de 5 a 8 crianças/adolescentes. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas. Para a análise das informações qualitativas, será utilizada a análise temática de conteúdo.⁴ Os familiares/cuidadores e os profissionais de saúde e de educação convidados a prestar as informações assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as crianças e os adolescentes assinarão o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. O estudo possui aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CAAE 54517016.6.1001.5327), e de cada uma das Universidades participantes. **RESULTADOS ESPERADOS:** Espera-se com esta pesquisa conhecer o panorama das crianças e adolescentes com doenças crônicas que foram atendidas nas instituições (hospitalar, atenção básica e escola), enfocando suas características socioeconômicas e clínicas, o itinerário de cuidado e as situações de exposição à vulnerabilidade individual, social e programática vivenciadas por elas e suas famílias.

De posse destas informações, serão propostas estratégias de cuidado e educação em saúde para atenção à criança e adolescente com doença crônica e sua família. Além disso, propor Programas de Educação Permanente para os profissionais de saúde e educadores.

Descritores: Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Doença crônica; Assistência à saúde; Enfermagem.

Descriptors: *Child health; Adolescent Health; Chronic disease; Delivery of health care; Nursing.*

Descriptores: *Salud del niño; Salud del adolescente; Enfermedad crónica; Prestación de Atención de Salud; Enfermería.*

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências:

1. Vieira MA, Lima RAG. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Rev Latino-Americana Enferm*, 2002 julho-agosto; 10(4):552-60.
2. Malta DC, Merhy EE. The path of the line of care from the perspective of non transmissible chronic diseases. *Interface Comunic Saúde Educ.*, 2010 jul./set.;14(34):593-605.
3. Ayres JR, Paiva V, Buchalla CM. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM (Orgs.), *Coletânea: Vulnerabilidade e Direitos Humanos. Prevenção e promoção da saúde: V. 1. Da doença à cidadania* (pp. 9-22). Curitiba, PR: Juruá. 2012.
4. Minayo CSM. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2012.





III Seminário Internacional

Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde

X Semana de Enfermagem

Universidade Federal de Santa Maria