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

ANAIS

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

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

1.A CRONICIDADE NA INFÂNCIA: O (RE)PENSAR/ASSISTIR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 10

2.A ENFERMAGEM EM AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE DE DROGAS EM UMA INSTITUIÇÃO MILITAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA 17

3.A FORMAÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: PROPOSTA REFLEXIVA 23

4.A IMPORTÂNCIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS DOS FAMILIARES NO CONTEXTO HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA 29

5.A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 33

6.A OBSERVAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE APROXIMAÇÃO COM CATADORES DE MATERIAIS RECICLAVEIS 36

7.APRODUÇÃO CIENTIFICA RELACIONADA A ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE 39

6.ABSENTEÍSMO ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO 47

9.ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE ÀS GESTANTES COM HIV 50

10. ACESSIBILIDADE ORGANIZACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A SAÚDE COMO DETERMINANTE DA DEMANDA EM UM PRONTO SOCORRO 53

11.AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM RELAÇÃO ÀS DROGAS NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 56

12.ADESÃO E SABERES DOS ADOLESCENTES ACERCA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA 63

13.ADOLESCENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE REVISÃO 70

14.ANÁLISE DE DISCURSO FRANCESA EM ESTUDOS DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: UM RELATO 73

15.APOIO MATRICIAL ÀS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA DO RIO GRANDE DO SUL: SOLICITAÇÃO E AÇÕES DESEMPENHADAS 76

16.APRENDIZADO ORGANIZACIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE E A MELHORIA CONTÍNUA NAS UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA 79

17.AS REPERCUSSÕES DO ADOECIMENTO POR CÂNCER NA GESTAÇÃO 83

18.ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ANEMIA FALCIFORME 86

20.BRINQUEDO TERAPÊUTICO: POSSIBILIDADE PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM 104

21.BURNOUT E FORMAÇÃO ACADÊMICA: UM DESAFIO PARA OS ESTUDANTES 107

22.CAPACITAÇÕES SETORIAIS: ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM CARDIOLOGIA INTENSIVA 114

23.CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS SUBMETIDOS A PUNÇÃO VENOSA 117

24.CARACTERIZAÇÃO DAS OCORRÊNCIAS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: REVISÃO NARRATIVA 120

25.CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM: TENDÊNCIAS NAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS BRASILEIRAS 127

26.CONCEPÇÕES DE ACADÊMICOS SOBRE FERTILIZAÇÃO *IN VITRO* NA FORMAÇÃO DA ENFERMAGEM E DA SAÚDE 137

27.CONTEXTO DE TRABALHO E RISCO DE ADOECIMENTO DA ENFERMAGEM EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 145

28.CONTRIBUIÇÕES DO RESIDENTE EM ENFERMAGEM NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA 148

29.CONTROLE DE INFECÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE: VIVÊNCIAS DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM 151

30.CORTISOL SALIVAR EM POLICIAIS MILITARES E A SUA RELAÇÃO COM AS DIMENSÕES DO ESTRESSE PSICOSSOCIAL E RESILIÊNCIA 154

31.CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: TENDÊNCIAS TEMÁTICAS DAS PRODUÇÕES DE ENFERMAGEM 157

32.CRIANÇA/ADOLESCENTE COM PARALISIA CEREBRAL: COMPREENDENDO O SEU MODO DE SER NO MUNDO 161

33.CUIDADO FAMILIAL ÀS CRIANÇAS QUE VIVEM COM HIV: REVISÃO DA LITERATURA 164

34.CUIDADOR FAMILIAR CUIDANDO NO DOMICÍLIO: UMA REVISÃO NARRATIVA 167

35.UIDADOS DE ENFERMAGEM À PACIENTE COM SÍNDROME DE FOURNIER:RELATO DE EXPERIÊNCIA 170

36.CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE PÊNFIGO: RELATO DE EXPERIÊNCIA 173

37.DESAFIOS NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 176

38.DESAMARRANDO 'NÓS' IMPOSTOS PELA SOCIEDADE SOBRE A HANSENÍASE ATRAVÉS DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE 179

39.É PRECISO FALAR SOBRE HIPERTENSÃO: AÇÕES NO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE 185

40.EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA PARA CAPACITAR A ENFERMAGEM HOSPITALAR EM PROCEDIMENTOS OPERACIONAL PADRÃO 191

41.EDUCAÇÃO PERMANENTE NA CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA PARTICIPATIVA NA SAÚDE 195

43.ENFERMEIRO PERFUSIONISTA: BASES PARA ELABORAÇÃO DE CHECKLIST EM CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA 202

44.ESTÁGIO SEGURO: PROTOCOLO PARA RISCO BIOLÓGICO TRABALHADO POR DOCENTES EM PARCERIA COM SECRETARIA DE SAÚDE 210

44.ESTRESSE DE PAIS DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: NOTA PRÉVIA 214

47.ESTUDO DE *FRAMINGHAM*: DA EVOLUÇÃO HISTÓRICA AOS DESAFIOS NA SUA UTILIZAÇÃO 222

48.EXPERIÊNCIA DE PAIS ACERCA DA TERAPÊUTICA UTILIZADA PELO RECÉM-NASCIDO EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL 228

49.EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXIGENATION (ECMO): BASES PARA ELABORAÇÃO DE CHECKLIST DE SEGURANÇA DO PACIENTE 237

50.GRUPO DE APOIO SOCIAL COMO AÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM AS PESSOAS COM ESTOMIAS 255

52.GRUPO DE REFLEXÃO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DE HÁBITOS SAUDÁVEIS PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS 262

53.HIGIENE DE MÃOS: CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM ATUANTES EM HOSPITAL DE PORTE III 266

54.HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR: A IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL PARA A EQUIPE 274

55.HISTERECTOMIA E A SEXUALIDADE FEMININA: UMA REVISÃO NARRATIVA 281

56.IMPLANTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ – OPERATÓRIA, RELATO DE EXPERIÊNCIA 288

57.IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM PRONTO SOCORRO: UMA VIVÊNCIA DE ESTÁGIO EXTRACURRICULAR 296

58.IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE EM USO DE QUIMIOTERAPIA 302

59.INFRAESTRUTURA DAS UNIDADES DE TRABALHO EM UM HOSPITAL UNIVERSITARIO: VISÃO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM 306

61.INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR DPOC EM IDOSOS RESIDENTES NA 4ª CRS-RS E SEUS CUSTOS NO ÂMBITO DO SUS 321

62.MEDIDAS DE PREVENÇÃO E ORIENTAÇÕES QUANTO AO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA 324

64.MODELOS DE GESTÃO EM ENFERMAGEM NO SERVIÇO HOSPITALAR E NA ATENÇÃO BÁSICA 331

64.NARRATIVA DA EXPERIÊNCIA DA PRÁTICA DOCENTE 337

67.NOTA PRÉVIA: ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS COM RADIODERMITE 343

PREVIEW NOTICE: MULTIPROFESSIONAL ASSISTANCE FOR CANCER PATIENTS WITH RADIODERMATITIS PREESTRENO: ASISTENCIA MULTIDISCIPLINARIA PARA LOS PACIENTES DE CÁNCER CON RADIODERMITIS 343

68.O "SER ENFERMEIRO" NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTE DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 345

69.O CUIDADO AO DOENTE EM FASE FINAL DE VIDA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA 351

70.O ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA À PACIENTES EM UMA UNIDADE DE HEMODINÂMICA, RELATO DE EXPERIÊNCIA 354

71.O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO E POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA NO SUL DO BRASIL 362

72.O USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM 365

73.PERCEPÇÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE HEMATO ONCOLOGIA 368

75.PERFIL CLÍNICO DE USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA CLINICAL PROFILE OF AN EMERGENCY SERVICE USER 380

76.PERFIL DA MORTALIDADE DA POPULAÇÃO ADOLESCENTE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL 387

77.PERFIL DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SANTA MARIA/RS 390

78.PERSPECTIVAS E DESAFIOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE AOS NOVOS CENÁRIOS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE. 393

79.PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: ESTRATÉGIA DE GESTÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE OU ARTEFATO BUROCRÁTICO 397

80.PRÁTICAS ALIMENTARES PARA CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA 403

81.PRAZER E SOFRIMENTO NA PRECEPTORIA DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE[1] 411

82.PREVALÊNCIA E PERFIL DE RESISTÊNCIA DE *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* NAS MAÇANETAS DE UNIDADE DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA 418

83.PREVENÇÃO DE LESÃO NASAL CAUSADA POR PRONGAS NASAIS EM NEONATOS PRÉ-TERMOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA 426

84.PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: O QUE LEVOU AS MULHERES DE UMA DETERMINADA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE A REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAU 429

85.PREVENÇÃO PRIMÁRIA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES: USO DO ESCORE PREDITIVO DE *FRAMINGHAM* 432

86.PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DO SOFRIMENTO MORAL EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM E ÁREA DA SAÚDE 436

88.QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS: TENDÊNCIAS DAS PRODUÇÕES DE ENFERMAGEM 449

89.QUALIDADE DE VIDA NA PERSPECTIVA DE CRIANÇAS DEPENDENTES DE TECNOLOGIAS: NOTA PRÉVIA 458

90.REALIZAÇÃO DE DIMENSIONAMENTO E ESCALAS DE PESSOAL POR ENFERMEIROS 461

93.SABERES E PRÁTICAS DE ADOLESCENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE: NOTA PRÉVIA 475

94.SATISFAÇÃO PROFISSIONAL: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS ATUANTES EM TERAPIA INTENSIVA ADULTO 477

95.SEGURANÇA DO PACIENTE: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA 486

96. SESSÃO EDUCATIVA GRUPAL PARA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR 489

97. SÍNDROME DE BURNOUT NA ENFERMAGEM: UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA 492

98.SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO E DIABÉTICO: AMPLIANDO ACESSO E CONSTRUINDO VÍNCULO 495

99. SUPERLOTAÇÃO EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: DESAFIOS PARA A GESTÃO EM ENFERMAGEM 498

101.TELESSAÚDE NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO INSTITUCIONALIZADO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 503

104.TRABALHADORES DE ENFERMAGEM, TURNOS DE TRABALHO E A SEGURANÇA DO PACIENTE: PROPOSTA DE INVESTIGAÇÃO 512

105.TRABALHO, PRAZER E SOFRIMENTO DE PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PORTO ALEGRE 520

106.TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV E SÍFILIS: INDICADORES DE SAÚDE E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO 523

107.TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: TENDÊNCIA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA ENFERMAGEM 532

108.UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: EXPERIÊNCIA OPORTUNIZADA PELA BOLSA ASSISTENCIAL[1] 535

109. USO DE CHUPETAS E MAMADEIRAS E SUA RELAÇÃO COM O DESMAME PRECOCE 541

110.USO DE TABACO DURANTE A GESTAÇÃO: REVISÃO DE LITERATURA 546

111.UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE RISCO DE *FRAMINGHAM* COMO PREVENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO BIBLIOMÉTRICO 554

112.VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO RS-BRASIL: CENÁRIOS E PERSPECTIVAS NA ÓTICA DA SAÚDE 565

113.VIVÊNCIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....568

114.VIVÊNCIA PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM: DA INSEGURANÇA A COMPETÊNCIA DO RECÉM-GRADUADO 571

115.VIVÊNCIAS DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA 574

117.VIVÊNCIAS PRÁTICAS EM UMA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA ADULTA.....583

1.A CRONICIDADE NA INFÂNCIA: O (RE)PENSAR/ASSISTIR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CHRONICLE IN CHILDHOOD: THE (RE) THINK / WATCH IN PRIMARY HEALTH CARE

LA CRONICIDAD INFANTIL: LO (RE) PENSAR ASSISTIR EM LA ATENCIÓN PRIMÁRIA

SOUZA, Raíra Lopes Amaral[1]; MUTTI, Cintia Flores; NEVES, Eliane Tatsch

Resumo

Objetivo: Promover espaços críticos-reflexivos sobre práticas de profissionais da atenção primária em saúde que prestam cuidado às crianças com doenças crônicas. **Metodologia**: Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. O presente estudo utiliza uma abordagem qualitativa que adota a pesquisa-ação como forma de compreender e intervir na realidade estudada. **Resultados esperados**: espera-se a partir deste estudo, propiciar aos profissionais de saúde que prestam cuidados às crianças com doenças crônicas na Atenção Primária, oportunidades para que possam repensar suas práticas e, partir disso modificá-las. Espera-se também, impulsionar a realização de novas pesquisas sobre a temática, visto a incipiência do assunto. Além de contribuir para a evolução do conhecimento de enfermagem na atenção à saúde da criança com doença crônica na atenção primária à saúde.

DESCRITORES: Doença crônica; Saúde da criança; Atenção primária à saúde.

Abstract

Objective: To promote critical-reflexive spaces about practices of primary health care professionals who provide care for children with chronic diseases. **Methodology**: This is a master's thesis project presented to the Graduate Program in Nursing of the Federal University of Santa Maria. The present study uses a qualitative approach that adopts action research as a way of understanding and intervening in the studied reality. **Expected results**: it is expected from this study to provide health professionals who provide care for children with chronic diseases in Primary Care, opportunities for them to rethink their practices and, from there, to modify them. It is hoped also, to impel the realization of new researches on the subject, since the incipience of the subject. In addition to contributing to the evolution of nursing knowledge in the health care of children with chronic disease in primary health care.

DESCRIPTORS: Chronic disease; Child health; Primary health care.

Resumen

Objetivo: Promover espacios crítico-reflexivo sobre las prácticas de los profesionales de atención

[1]Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-UFSM.Email:raira.lopes@yahoo.com.br.
2Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSM.
3.Professora na Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem-UFSM.

primaria de salud que atienden a los niños con enfermedades crónicas. **Metodología**: Este proyecto es una tesis de maestría presentada al Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa María. Este estudio utiliza un enfoque cualitativo que adopta la investigación-acción como una forma de entender e intervenir en la realidad estudiada. **Resultados esperados:** se espera de este estudio proporcionan los profesionales sanitarios que atienden a los niños con enfermedades crónicas en atención primaria, oportunidades para que puedan modificar sus sistemas y, a partir de que las modifican. También se espera, impulsando la realización de más investigaciones sobre el tema, ya que el carácter incipiente del sujeto. Además de contribuir a la evolución de los conocimientos de enfermería en el cuidado de la salud de los niños con enfermedad crónica en la atención primaria de salud.

Introdução

A evolução histórica da participação da criança na sociedade apresentou avanços, assim como os cuidados dispensados a esta população. Em 1984, foi implantado no Brasil, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC). Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, das Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, foram fatores que contribuíram para mudanças na saúde da população em geral e, da criança. A partir daí podem-se citar outras políticas implantadas no âmbito da saúde da criança, tais como Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – o Método Canguru, Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Com a implantação dessas políticas públicas que visavam ações e medidas para organizar, qualificar e priorizar os serviços de saúde na atenção à criança, associado ainda, aos avanços tecnológicos em saúde, refletiram na redução na mortalidade infantil e em uma mudança no perfil epidemiológico desta população. Como reflexo dessa mudança, atualmente, existe o aumento das doenças crônicas e declínio das agudas na população pediátrica[1].

Sabe-se que as doenças crônicas causam inúmeras implicações na vida do indivíduo, dentre estas pode se citar: as dependências medicamentosas, tecnológicas e dos serviços, esta última muito em decorrência dos processos de hospitalização que a doença crônica requer. Dentro da dependência dos serviços, revela-se a intensa demanda hospitalar, principalmente na área pediátrica, visto ainda a incipiência da Atenção Primária à Saúde (APS), no que tange às demandas da cronicidade infantil.

Para Starfield[5], a atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as

condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Faz-se necessário reconhecer que as crianças com doenças crônicas apresentam demandas de cuidado diferentes das outras.

Contrariando os ideais da APS, estudo com familiares de crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES), dentre as quais, grande maioria possui diagnóstico de doença crônica, destaca que a rede social dessas famílias se mostra ampla, porém de forma fragilizada e desarticulada, com vínculos diversos com serviços de saúde (primário, secundário e terciário), no entanto, sem integração entre eles, levando à descontinuidade no cuidado[4].

Além do mais, pesquisas mostram que os profissionais de saúde percebem não possuir o conhecimento adequado para o manejo de crianças com doenças crônicas. Em estudo realizado para avaliar o conhecimento de profissionais da saúde sobre a Terapia Renal Substitutiva[7], mostrou que os mesmos apresentam déficit de conhecimento sobre a temática, demonstrando interesse desta forma, para a realização de treinamentos/capacitações.

Além disso, estudo mostra[6], o importante papel que a enfermeira exerce, fornecendo informações e auxílio na instrumentalização da família para o exercício do seu papel de cuidadora da criança, tornando-se fonte efetiva de apoio e suporte àquela. Necessitando, desta forma, estar embasada em conhecimentos que lhe permitam prestar uma melhor assistência às crianças com doença crônica e, às famílias das mesmas.

Com o intuito de justificativa teórica, realizou-se busca na literatura científica, através da base de dados LILACS e a Biblioteca Virtual SCIELO. Pode-se perceber incipiência da temática nas produções científicas, o que instiga investigar sobre a temática.

Diante da problemática descrita, tem-se como problema de pesquisa, a incipiência da temática e de práticas de saúde dos profissionais da Atenção Primária em Saúde sobre o manejo de doenças crônicas na infância.

Objetivo

Promover espaços críticos-reflexivos sobre práticas de profissionais da atenção primária em saúde que prestam cuidado às crianças com doenças crônicas.

Metodologia

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado apresentado para o Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

Tipo de Estudo

Trata-se de uma abordagem qualitativa que adota a pesquisa-ação como forma de compreender e intervir na realidade estudada[8]

Cenário do Estudo

O cenário do estudo serão os serviços de Atenção Primária à Saúde de um município da região central do estado do Rio Grande do Sul. A população deste estudo será composta por profissionais de diferentes categorias (Enfermeiros, médicos, cirurgiões dentistas, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde) da Atenção Primária à Saúde.

Procedimentos para a coleta de dados

A pesquisa-ação[8] é composta por várias fases, que são descritas a seguir:

a) Fase exploratória: que consiste em descobrir o campo de pesquisa, os interessados e suas expectativas e estabelecer um primeiro levantamento (ou "diagnóstico") da situação, dos problemas prioritários e de eventuais ações. Será realizado um primeiro encontro com os participantes da pesquisa (profissionais da APS) para que os mesmos possam sugerir os conteúdos a serem abordados de acordo com suas necessidades. Será realizado um grupo e, o instrumento de coleta utilizado será um diário de campo para registro dos dados Além do auxílio de um gravador para melhor registro dos dados. . Neste primeiro encontro, será decidido junto aos profissionais de que forma pretendem abordar as demandas levantadas, se em forma de seminário ou de grupos de estudos. Além disso, os mesmos decidirão quantos encontros se farão necessários. Será proposta aos profissionais uma reflexão sobre suas práticas de cuidado às crianças com doenças crônicas na APS.

b) O tema da pesquisa: O tema da pesquisa é a designação do problema prático e da área de conhecimento a serem abordados.

c) A colocação dos problemas: trata-se de definir uma problemática na qual o tema escolhido adquira sentido.

d) O lugar da teoria: papel da teoria consiste em gerar ideias, hipóteses ou diretrizes para orientar a pesquisa e as interpretações.

e) Hipóteses: Trata-se de hipóteses sobre o modo de alcançar determinados objetivos, sobre os meios de tomar a ação mais eficiente e sobre a avaliação dos possíveis efeitos, desejados ou não.

f) Seminário: A partir do momento em que os pesquisadores e os interessados na pesquisa estão de acordo sobre os objetivos e os problemas a serem examinados, começa a constituição dos grupos que irão conduzir a investigação e o conjunto do processo. A técnica principal, ao redor da qual as outras gravitam, é a do "seminário". Nesta etapa, serão realizadas discussões acerca das demandas realizadas pelos próprios participantes. Poderão ser realizadas capacitações sobre temas relacionados ao cuidado de crianças com doença crônica na APS. Além disso, ao final de cada seminário, deverão ser estabelecidas ações que visem à melhoria do atendimento, sempre

finalizando com a construção de atas de reuniões.

g) Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa: Uma pesquisa-ação pode abranger uma comunidade geograficamente concentrada ou espalhada. Quando o tamanho do campo delimitado é muito grande, coloca-se a questão da amostragem e da representatividade. O campo de observação deste estudo serão os locais de atuação dos profissionais da APS, ou seja, Unidades Básicas de Saúde e, Estratégias de Saúde da Família.

A definição da amostragem deste estudo será definida pelo critério de saturação teórica. Segundo (FONTANELLA et al, 2011), a saturação teórica é usada para estabelecer o tamanho final de uma amostra, interrompendo a captação de novos dados.

h) Coleta de dados: A coleta de dados é efetuada por grupos de observação e pesquisadores sob controle do seminário central. Nesta pesquisa, será utilizado um diário de campo para registro dos dados produzidos durante os encontros com os profissionais de saúde. Neste diário de campo, serão registrados as descrições dos sujeitos, fala dos sujeitos (diálogos, palavras, gestos) e, ainda a descrição do espaço físico. Utilizar-se-á um gravador para auxiliar a coleta e registro dos dados produzidos.

i) Aprendizagem: Na pesquisa-acão uma capacidade de aprendizagem é associada o processo de investigação.

j) Saber formal/ saber informal: Dentro da concepção da pesquisa-ação, o estudo da relação entre saber formal e saber informal visa estabelecer (ou melhorar) a estrutura de comunicação entre os dois universos culturais: o dos especialistas e o dos interessados.

l) Plano de ação: Para corresponder ao conjunto dos seus objetivos, a pesquisa-ação deve concretizar de alguma forma planejada, de ação planejada, objeto de análise, deliberação e avaliação. Para contemplar o objetivo proposto neste estudo, serão realizadas atividades de capacitação com os profissionais da APS, a partir dos conteúdos previamente definidos pelos mesmos.

m) Divulgação externa: Trata-se de fazer conhecer os resultados de uma pesquisa· que, por sua vez, poderá gerar reações e contribuir para a dinâmica da tomada de consciência e eventualmente, sugerir mais um ciclo de ação e de investigação.

Análise dos dados

O corpus da análise será constituído por todo o material registrado no diário de campo, assim como, das atas de reuniões confeccionadas ao final de cada encontro com os participantes do

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

estudo. Será utilizada a análise temática de Bardin[2] para análise dos dados produzidos durante o estudo. As fases da análise de conteúdo são: pré-análise, exploração do material e, tratamento dos resultados: inferência e interpretação.

Considerações Éticas

Serão observadas as normativas da Resolução no 466 de 12 de dezembro de 2012, no que tange as pesquisas com seres humanos. Haverá apreciação do projeto, aprovação institucional, por meio de autorização de Secretaria Municipal da Saúde e posterior a pesquisa será submetida a apreciação do comitê de ética em pesquisa-CEP. A participação consentida e voluntária, formalizada pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os pesquisadores assumem a responsabilidade de confidencialidade dos dados, por meio da assinatura do termo de Confidencialidade.

Resultados esperados

Espera-se a partir deste estudo, propiciar aos profissionais de saúde que prestam cuidados às crianças com doenças crônicas na Atenção Primária, oportunidades para que possam repensar suas práticas e, partir disso modificá-las. Pois, se faz necessário fortalecer as ações de cuidado dos profissionais da APS, visto ser esta a porta de entrada do sistema de saúde, atendendo o que lhe cabe e, fazendo os devidos encaminhamentos quando necessário. Espera-se também, impulsionar a realização de novas pesquisas sobre a temática, visto a incipiência do assunto. Além de contribuir para a evolução do conhecimento de enfermagem na atenção à saúde da criança com doença crônica na atenção primária à saúde.

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1.ARAUJO, Juliane Pagliari et al . História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 67,n. 6,p. 1000-1007, Dec. 2014.Disponívelem:<http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S00347167201400060 1000&lng =en&nrm =iso>. Acesso em 28 Abril de 2016.

2. BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.

3. FONTANELLA et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(2):389-394, fev, 2011. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n2/20.pdf. Acesso em 13 de abril de 2017.

4. NEVES, E.T; CABRAL, I.E; SILVEIRA, A. Rede familial de crianças com necessidades especiais: implicações para a enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. mar-abr. 2013; 21(2).Disponível em : < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0562.pdf>.

Acesso em 13 de abril de 2017.

5. STARFIELD, B Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002 .

6. SALVADOR, Marli dos Santos et al . Strategies of Families in the care if children with crronic diseases.Texto contexto - enferm., Florianópolis,v. 24,n. 3,p. 662-669,Sept.2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072015000300662&lng=en&nrm=iso>.Acesso em 29 de setembro de 2016.

7. SCHREIDER, Alyne; FERNANDES, Natália Maria da Silva. Assessment of knowledge on renal replacement therapy in health care workers of the regions: Juiz de Fora, São João Nepomuceno e Santos Dumont.J. Bras. Nefrol. São Paulo,v. 37,n. 3,p. 382-384,Sept.2015. Disponível em:<ttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002015000300382&lng=en&nrm=hiso>.Acesso em 26 de outubro de 2016.

8. THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 14a ed. São Paulo-SP: Cortez, 2005

2.A ENFERMAGEM EM AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE DE DROGAS EM UMA INSTITUIÇÃO MILITAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

NURSING IN EDUCATIONAL ACTIONS ON DRUGS IN A MILITARY INSTITUTION: EXPERIENCE REPORT

EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA EN ACCIONES DE FÁRMACO SOBRE UNA INSTITUCIÓN MILITAR: RELATO DE EXPERIENCIA

TUCHTENHAGEN, Patrícia[1]; DULLIUS, Angela Isabel dos Santos[2]; ANSUJ, Angela Pellegrin[3] TUCHTENHAGEN, Pétrin Hoppe[4]; SANTOS, Danusa Passini[5], GONÇALVES, Naiane Glaciele da Costa[6], ASSUMPÇÃO, Priscila Kurz[7]

Resumo

Introdução: Os enfermeiros realizam ações educativas em diversos ambientes e para diversos públicos. As ações educativas realizadas por profissionais de saúde dentro de organizações militares faz parte da rotina da caserna. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma ação de promoção e prevenção ao uso do álcool e outras drogas em uma instituição militar. **Metodologia:** Foi realizado um encontro com três momentos e participaram da ação aproximadamente 164 militares do efetivo variável incorporados no ano de 2016. **Resultados e discussão:** Os resultados obtidos nesta ação nos fazem acreditar que a parceria entre organizações militares e profissionais de saúde pode repercutir na saúde dos indivíduos, minimizando os riscos oriundos do uso de álcool e drogas ao realizar atividades educativas. **Considerações finais:** A atividade educativa sobre o uso do álcool e outras drogas em um ambiente militar nos mostra que há uma variedade de ambientes propícios para promoção a saúde.

DESCRITORES: Enfermagem; Educação e Saúde; Organização Militar; Drogas

Abstract

The nurses carry out educational actions in different environments and for different publics. The educational actions carried out by health professionals within military organizations are part of the routine of the barracks. Brazilian military organizations conduct orientation and instruction activities on various topics, including prevention of alcohol and other drug use. The present article aims to present an action of promotion and prevention to the use of alcohol and other drugs in a military institution. The results obtained in this action makes us believe that the partnership between military organizations and health professionals willing to speak on the subject has constituted a

[1]Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: patytuchtuch@yahoo.com.br.
[2] Cirurgiã-Dentista, Prof. Associada Depto. Estatística-UFSM, Doutora em Odontologia, com ênfase em epidemiologia, professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
[3] Professora Titular Depto. Estatística –UFSM, Doutora em Engenharia de Produção, Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
[4] Técnica em Enfermagem, Graduanda do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria.
[5] Enfermeira, Especialista em Docência na Ensino Superior
[6] Enfermeira, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (bolsista CAPES).
[7] Enfermeira, Mestra pelo Programa de Pós-Graduação da PUC RS

possible resource so that this environment can be increasingly of dialogue and discussion on various subjects with focus on actions Not only on drugs but also on several important health issues.

Descriptors: Nursing; Education and Health; Military Organization; Drugs.

Resumen

Las enfermeras llevan a cabo actividades educativas en diferentes ambientes y para diferentes audiencias. Las actividades educativas llevadas a cabo por profesionales de la salud dentro de las organizaciones militares es parte de la rutina de los cuarteles. Organizaciones brasileñas militares, realizar actividades de orientación e instrucciones sobre diversos temas, entre ellos en la prevención del uso de alcohol y otras drogas. Este artículo tiene como objetivo presentar una acción para promover y prevenir el uso de alcohol y otras drogas en una institución militar. Los resultados de esta acción nos hace creer que la asociación entre las organizaciones profesionales militares y de salud dispuestos a hablar sobre el tema constituye un posible recurso para este ambiente puede ser más y más diálogo y la discusión sobre diversos temas con acciones de enfoque promoción, no sólo contra las drogas, sino también varias cuestiones importantes en el cuidado de la salud.

DESCRIPTORES: Enfermería; La educación y la salud; Organización militar; Drogas

Introdução

O uso abusivo de drogas é um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo. Em torno de 185 milhões de pessoas acima de quinze anos já consumiram drogas ilícitas, ou seja, 4,75% da população mundial, inclusive no Brasil. Estima-se que 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo consomem pesadamente substâncias psicoativas, independente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Considerando que múltiplas dimensões da vida do indivíduo são afetadas em função do uso e do abuso de álcool e outras, e a abrangência do tipo de drogas que pode ser utilizada e seus efeitos adversos, as demandas por serviços de saúde pública são também diversificadas e abrangentes [1].

A ação educativa é uma das atribuições mais importantes da Enfermagem, pois com ela se incentiva a prevenção de doenças e promoção da saúde da população. O enfermeiro não deverá realizá-la de forma vertical e impositiva, deverá compartilhar o seu conhecimento com o público alvo, levando-os a desenvolver uma consciência crítica, refletir e exercitar a sua autonomia. Da interação do conhecimento da comunidade com o profissional da área da saúde, nascerá uma terceira forma de saber eficiente e eficaz, que resulta da reflexão e das experiências individuais e coletivas. A assistência prestada a uma população pelo enfermeiro e demais profissionais de saúde sustenta-se na valorização da educação em saúde, como uma estratégia de se trabalhar com a população, e não para a população. Quando o enfermeiro leva os indivíduos à reflexão e ao despertar da sua consciência sobre as condições fundamentais para promover a sua saúde[2].

Os enfermeiros realizam ações educativas em diversos ambientes e para diversos públicos. Neste sentido, ações educativas realizadas por profissionais de saúde dentro de organizações militares fazem parte da rotina da caserna. As organizações militares brasileiras realizam atividades

de orientação e instruções sobre diversos temas, inclusive sobre prevenção ao uso de álcool e outras drogas.

Além disso, o álcool e as drogas são assuntos que diretamente ou indiretamente, dizem respeito a todos nós. O consumo excessivo e cada vez mais precoce de álcool e drogas é um fato que preocupa não só o Brasil, mas também diversos países do mundo. A busca de estratégias para o enfrentamento dessa questão está presente inclusive dentro de organizações militares, com o objetivo de enfatizar a importância da temática, a fim de que seus resultados sejam efetivos. Assim, o presente trabalho tem por Relatar a experiência de uma ação de promoção e prevenção ao uso do álcool e outras drogas em uma instituição militar.

Metodologia

Santa Maria é um município localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul e conta com um grande número de organizações militares. As ações educativas ou as instruções sobre álcool e drogas acontecem sempre no início do ano de instrução em cada organização militar. Foi realizado um encontro com três tempos de instrução, divididos em três momentos. No primeiro momento aconteceu a sensibilização sobre a questão das drogas em sua vida, na sua casa e no quartel. No segundo momento foram apresentadas os diversos tipos de drogas, com enfoque sobre os mitos e preconceitos em relação às mesmas, foi realizada uma sensibilização dos participantes a fim de prevenir o uso de drogas. No terceiro momento ocorreu o que chama-se no quartel de "avaliação da instrução", a apropriação do termo se deu porque já é um termo de conhecimento do soldado. A avaliação aconteceu sob a forma de perguntas aleatórias aos soldados sobre os temas discutidos e serviu como um *feedback* da atividade de educação em saúde desenvolvida.

Participaram da ação aproximadamente 164 militares do efetivo variável incorporados no ano de 2016, aconteceu em abril de 2016 e teve duração de 06 horas.

Resultados e discussão

Compõe o efetivo variável os soldado recém incorporados nas fileiras do Exército, que irá cumprir um ano de serviço militar obrigatório, eles têm de 18 a 19 anos de idade. Neste contexto, incorporam soldados voluntários e não voluntários a prestar o serviço militar. A grande maioria deles são naturais de municípios pequenos, com distância de até 250 km do município de Santa Maria. Em alguns casos, o soldado não voluntário, não se mostra receptivo a qualquer tipo de informação, em outros, o próprio soldado relata seu histórico de drogadição. Cabe destacar, que o Código Penal Militar, no Art. 290 diz que "receber, preparar, produzir, vender, fornecer, ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, ainda que para uso próprio, guardar, ministrar ou entregar de qualquer forma a consumo substância entorpecente, ou que determine

dependência física ou psíquica, em lugar sujeito à administração militar, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar poderá ser indiciado e deverá cumprir pena de reclusão por até cinco anos"[3]. O problema com as drogas sempre foi uma preocupação constante dentro do ambiente militar. Além de cumprir pena de reclusão, ao final do cumprimento da pena, o militar é expulso da força. Ainda, ao fazer as atividades de promoção e prevenção com estes militares leva-se em conta dois aspectos, o legal e o ético.

As dinâmica das instruções, cursos ou capacitações dentro das instituições militares são orientadas para que sejam realizadas de maneira mais prática possível, de fácil entendimento e com mínimo de aula expositiva. Mesmo assim, para a introdução do assunto foi realizado no primeiro momento uma aula expositiva dialogada, nesta perspectiva, neste método se utiliza o diálogo para estabelecer uma relação de intercâmbio de conhecimentos e experiências[4] aconteceu a sensibilização sobre a questão das drogas em sua vida, na sua casa e no quartel, além de ajudar os soldados a repensarem sua atitude diante da questão do uso do álcool e drogas. Neste contexto, segue-se as orientação do autor[5] onde objetiva-se, motivar os soldados de maneira a despertar o interesse pelo tema e também estabelecer um relacionamento de camaradagem e só assim é possível motivar o soldado para o aprendizado.

No segundo momento foram apresentadas os diversos tipos de drogas, com enfoque sobre os mitos e preconceitos em relação às mesmas, foi realizada uma sensibilização dos participantes a fim de prevenir o uso de drogas. Neste momento foi realizada a "oficia do conhecimento", onde todos os soldados se colocavam em um círculo e após identificar entre as várias imagens previamente selecionadas qual lhe chamava atenção. As imagens foram colocadas no chão, eram recortes de revistas com imagens sobre uso de drogas, algumas com os tipos de drogas e outras as imagens eram alegres e sobre qualidade de vida. O soldado deveria fazer um breve relato sobre a imagem escolhida. Nesta atividade é fundamental o método de elaboração conjunta, pois todos os membros devem interagir entre si, colocando na prática os conhecimentos, saberes e habilidades que começou a ser construído no início da atividade[6].

No terceiro momento ocorreu o que chama-se no quartel de "avaliação da instrução", a apropriação do termo se deu porque já é um termo de conhecimento do soldado. A avaliação ocorre para percebemos qual momento da ação deverá ser retomado, para tanto não houve nenhum tipo de constrangimento se o soldado não soubesse as respostas. A avaliação consiste em perguntar aos soldados sobre o tema abordado. Para esta avaliação utilizamos o conceito de avaliação diagnóstica, que é composta por uma sondagem, projeção e retrospecção da conjuntura de desenvolvimento do soldado, dando-lhe elementos para verificar o que aprendeu e como aprendeu[7].

Os resultados obtidos foram além de respostas pontuais, alguns dos soldados relataram histórias relativas ao uso de álcool e drogas com os seus familiares ou amigos, demostrando assim a preocupação e o engajamento com o tema. Cabe destacar, que pelos relatos, tanto o álcool quanto o tabaco são as substâncias que fazem parte do cotidiano de alguns militares. A maioria dos soldados referem que fazem uso do álcool para diversão na "balada" e para criar coragem para "chegar" nas "gurias". Outro resultado percebido foi à procura para uma conversa em particular para perguntar algo mais específico, como por exemplo, formas de tratamento e serviços de referência, para encaminhar alguém conhecido.

Diante do exposto, os resultados obtidos com esta ação de educação em saúde levam a acreditar que a parceria entre organizações militares e os profissionais de saúde é imprescindível para fomentar o diálogo e discussão sobre temas relativos à saúde pública. Cabe a enfermagem e aos demais profissionais de saúde desenvolver atividades educativas que vivem a promoção da saúde dos militares, visto que esta população é bastante expressiva no município de Santa Maria.

Considerações Finais

O uso do álcool e outras drogas e o comportamento humano são questões complexas que necessitam de um enfoque holístico e de modo contínuo em ambos os focos: entendimento do motivo que leva o individuo a consumir álcool e drogas, planejamento e implementação de ações que visam à prevenção do seu consumo.

Portanto, a ação educativa envolvendo o tema do álcool e outras drogas teve o propósito de fomentar a reflexão pelos soldados das possíveis consequências para a sua saúde, que o consumo dessas substâncias pode gerar. O enfermeiro, ao realizar atividades educativas pode contribuir com a saúde da população. Ações que visam a promoção da saúde são de grande relevância social e devem fazer parte do seu trabalho.

A atividade educativa sobre o uso do álcool e outras drogas em um ambiente militar nos mostra que há uma variedade de ambientes propícios para promoção a saúde e prevenção ao uso de drogas, esta ação resulta em uma estratégia eficaz para lidar com este fenômeno, uma vez que, ao desenvolver a consciência crítica sobre os malefícios do uso de drogas poderá fazer com que o indivíduo opte pelo seu uso ou não.

Neste sentido, diante da relevância que a temática álcool e outras drogas assume para saúde pública, considera-se que os profissionais de enfermagem devem estar capacitados para desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção do uso de drogas de abuso junto a essa clientela. Esta capacitação deve privilegiar uma abordagem transversal e interdisciplinar dos problemas

vivenciados nos diversos espaços, seja em casa, na escola, trabalho ou comunidade. Pois, quando ocorre uma aprendizagem significativa, o enfermeiro atua de forma mais criativa e engajada.

Referências

1- Gonçalves SSPM, Tavares CMM. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de drogas. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 586 - 92.

2. Silva SED et al. Alcoolismo e educação em saúde: implicações para enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 699 - 705.

3. SARAIVA, A. Código Penal Militar-Parte Geral. 2. ed. São Paulo: Método, 2009.

4. Lopes, AO. Aula Expositiva: Superando o Tradicional. In: VEIGA, Ilma P. A (org.). Técnicas de Ensino: Por que não? São Paulo: Papirus,1991.

5. Gil, A. Metodologia do Ensino Superior. São Paulo: Atlas, 1994

6. Veiga, I; Resende, L E; Fonseca, M. A Aula Universitária e inovação. In CASTANHO, M e VEIGA.I. Pedagogia Universitária: a aula em foco; Campinas: Papirus, 2000.

7. Santos, MR; Varela, S. A Avaliação como um Instrumento Diagnóstico da Construção do Conhecimento nas Séries Inicias do Ensino Fundamental. Revista Eletrônica de Educação. Ano I, No. 01, ago. / dez. 2007

X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

3.A FORMAÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: PROPOSTA REFLEXIVA

THE TRAINING OF MULTIPROFESSIONAL RESIDENTS IN HEALTH: REFLECTIVE PROPOSAL

LA FORMACIÓN DE RESIDENTES MULTIPROFESIONAL EN SALUD: PROPUESTA REFLEXIVO

FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva[1] ; BECK, Carmem Lúcia Colomé[2]; COELHO, Alexa Pupiara Flores[3]; FREITAS, Paula Hübner[4]; VIERO, Viviani[5]; GAMA, Dedabrio Marques[6]

Resumo

Introdução: As Residências Multiprofissionais em Saúde possibilitam o contato do profissional com o mundo do trabalho e o da formação **Objetivo:** refletir sobre a formação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva do prazer e do sofrimento no trabalho. **Metodologia:** Trata-se de uma reflexão, realizada no mês de março de 2017, com base no referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho. **Resultados e discussão:** descreve-se sobre a Residência Mutiprofissional em Saúde e sua interface com o prazer e o sofrimento, destacando-se a sua importância para a formação e o trabalho. **Considerações Finais:** a compreensão acerca do prazer e do sofrimento pode ser um ponto de partida para que os residentes impulsionem o labor em um sentido mais colaborativo e mais humano para si mesmos.

DESCRITORES: Enfermagem; Internato não Médico; Saúde do Trabalhador; Recursos Humanos em Saúde.

Abstract

Introduction: Multiprofessional Residences in Health allow the professional to contact the world of work and training **Objective:** to reflect on the training of multiprofessional residents in health from the perspective of pleasure and suffering at work. **Methodology:** This is a reflection, held in March 2017, based on the theoretical reference of the Work Psychodynamics. **Results and discussion:** describes the Multiprofessional Residency in Health and its interface with pleasure and suffering, highlighting its importance for training and work. **Final considerations:** Understanding about pleasure and suffering can be a starting point for residents to push the work in a more collaborative and more humane sense to themselves.

DESCRIPTORS: Nursing; Internship, nonmedical; Occupational health; Health manpower.

[1] Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo PPGEnf/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. UFSM.

2 Enfermeira. Orientadora. Professora do Curso de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. UFSM.

3 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo PPGEnf/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. UFSM.

4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo PPGEnf/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. UFSM. enf.paulahf@gmail.com

5 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo PPGEnf/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. UFSM.

6 Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

Resumen

Introducción: multiprofessional residencias de asistencia médica permiten el contacto profesional con el mundo del trabajo y la formación. **Objetivo:** reflexionar sobre la formación de los residentes multidisciplinarios de salud en la perspectiva de placer y sufrimiento en el trabajo. **Metodología:** Se trata de una reflexión que tuvo lugar en marzo de 2017, con base en el marco teórico de la psicodinámica del trabajo. **Resultados y discusión:** Se describe en Multiprofessional Inicio Salud y su interrelación con el placer y el sufrimiento, destacando su importancia para la formación y el trabajo. **Consideraciones finales:** la comprensión de placer y sufrimiento puede ser un punto de partida para los residentes para impulsar el trabajo de una manera más colaborativa y más humano para sí mismos.

DESCRIPTORES: Enfermería; Internado no médico; Salud laboral; Recursos humanos en salud.

Introdução

As Residências Multiprofissionais em Saúde possibilitam o contato do profissional com o mundo do trabalho e o da formação, buscando mudanças no modelo tecnoassistencial por meio de um processo de educação permanente em saúde que possibilite a afirmação do trabalhador em seu universo e na sociedade em que vive.

Nesse sentido, as Residências supõem uma nova lógica para os processos de trabalho e produção da vida no intuito de organizar a formação e o trabalho em saúde, uma vez que a fragmentação dos saberes em campos profissionais promove a dificuldade do trabalhador de saúde em compreender seu papel de protagonista na relação entre os serviços, seu processo de trabalho e as necessidades de saúde da população[1]. Tais situações relacionam-se à abordagem da psicodinâmica do trabalho, na qual o trabalho é caracterizado como fonte de prazer e sofrimento.

Nesta abordagem, o sofrimento é um estado mental que implica um movimento reflexivo da pessoa sobre seu estar no mundo[2]. Paralelo a isso, o sofrimento preexiste ao encontro com a situação do trabalho, pois direciona o sujeito no mundo e no trabalho em busca da autorealização e da construção da identidade que se dão no campo social. E, com isso, uma fonte de prazer é a transformação das situações causadoras de sofrimento por meio da subjetividade do sujeito[2].

Assim, a psicodinâmica do trabalho contribui para o campo da saúde por meio da intervenção sobre a organização do trabalho, ao estimular que os sujeitos possam transformar o seu trabalho, não anulando o sofrimento, mas apropriando-se do prazer do vivido[3].

A partir disso, percebe-se que é necessário objetivar a transformação das práticas profissionais e a mudança da organização do trabalho, por meio da problematização do processo produtivo, estimulando a capacidade dos trabalhadores para a construção de novos conhecimentos relacionados ao processo ensino-aprendizagem, por meio de um novo olhar sobre as práticas profissionais e assistenciais[4].

Deste modo, justifica-se a relevância deste estudo, pois o prazer e o sofrimento emergem na formação dos residentes devido às experiências e problemáticas enfrentadas no seu cotidiano. O objetivo é refletir sobre a formação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva do prazer e do sofrimento no trabalho.

Metodologia

Trata-se de uma reflexão teórica, realizada no mês de março de 2017, com base no referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho construído para a dissertação de mestrado "Prazer e Sofrimento no Processo de Formação de Residentes Multiprofissionais de Saúde"[5]. Tal proposta foi desenvolvida pelo grupo de pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

O referencial teórico foi construído e sistematizado em diversas bases de dados eletrônicas e revistas online, por meio da leitura de artigos que versavam sobre a temática.

Resultados e discussão

A regulamentação pelos Ministério da Saúde e da Educação, da Residência Multiprofissional em Saúde como modalidade de ensino que utiliza como metodologia a formação em serviço em nível de pós-graduação lato sensu é fundamental no preparo de trabalhadores qualificados para a atenção à saúde da população e para a reorganização do processo de trabalho em saúde, na direção dos princípios e diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS)[6].

Neste contexto, a Residência Multiprofissional em Saúde se insere como uma modalidade de formação especializada em serviço, representando uma das estratégias para repensar o processo de formação, por meio da conformação de sujeitos críticos e de espaços de representação profissional e movimentos sociais para o processo de construção do SUS. Além disso, busca ultrapassar a visão reducionista de saúde direcionada ao cuidado biológico individual[1].

Assim, a Residência deve desenvolver sua formação, nos diferentes âmbitos da atenção à saúde, a fim de buscar atendimento integral, através da oferta de uma possibilidade diferenciada de qualificação de trabalhadores, capazes de promover um olhar e uma escuta ampliada, quanto ao processo de cuidado e de saúde-doença.

Cabe ressaltar que esta formação busca desenvolver condições de atendimento as necessidades de saúde das pessoas, redimensionando o desenvolvimento da sua autonomia como forma de influenciar na formulação de políticas de cuidado em saúde[4].

A Psicodinâmica do Trabalho é compreendida como um conjunto de conhecimentos

sistemáticos que suscita uma nova forma de estudar a relação trabalho e saúde. Está estruturada a partir da dinâmica intrínseca no contexto de trabalho, em virtude de fatores e manifestações subjetivas, psíquicas, sociais políticas e econômicas que podem ou não transformar o local de trabalho em um lugar de saúde e/ou de patologias e de adoecimento. Neste processo, pressupõe a ação sobre o trabalho e o trabalhador, na qual o trabalho é o lugar de construção da identidade do trabalhador e as as ações produzidas pelos trabalhadores podem modificar o sofrimento e transformá-lo em prazer[3].

A Residência requer capacidade de intervenção interdisciplinar nos planos técnico, administrativo e político para o desenvolvimento das atividades dos residentes multiprofissionais em saúde. Isto pode levá-los a vivenciarem situações de satisfação e de insatisfação no seu processo de formação, gerando sentimentos de prazer ou de sofrimento durante as ações que participam e/ou desenvolvem. Em virtude disto, observa-se a importância do ser humano saber distinguir o que proporciona prazer e sofrimento, a fim de perceber os momentos de satisfação e alegria[7].

Além disto, dependendo de suas experiências, o ser humano pode identificar mais facilmente o sofrimento ao invés do prazer. No entanto, faz-se necessário a percepção do prazer, uma vez que este fator está diretamente relacionado com a realização pessoal e profissional[7].

O prazer e a realização pessoal e profissional advém da possibilidade de reconhecimento do esforço investido para a realização do trabalho. Neste contexto, a dinâmica do reconhecimento no trabalho se mostra fundamental, pois confere a recompensa simbólica para o esforço, para a persistência, a resistência ao fracasso e a inteligência mobilizada para a solução dos problemas[3].

Assim, o sujeito trabalha para dar significado a sua vida e à sociedade em que se vive, na qual se destaca a importância e a necessidade do trabalhador em contribuir para a organização de seu próprio trabalho[3].

Para isso, o trabalhador se mobiliza e se engaja no trabalho, suas ações necessitam promover uma dinâmica de troca, a fim de possibilitar que os objetivos individuais e coletivos sejam alcançados, e consequentemente, o prazer. Isto demonstra o prazer proporcionado quando é compatível o conteúdo da tarefa e os desejos inconscientes do trabalhador[7].

Neste sentido, é fundamental que o trabalhador seja reconhecido e valorizado ao desempenhar suas funções, pois através de suas competências e habilidades ele contribui para a organização do trabalho e para a constituição de sua própria subjetividade[8].

Neste contexto, compreende-se a realização profissional como a vivência de gratificação profissional e identificação com o trabalho. Assim, o prazer é uma consequência da organização do trabalho coletivo, com respeito as diferenças de cada ser humano[9].

Quando se fala sobre as relações saúde-trabalho, refere que o trabalho prazeroso é aquele em que o trabalhador sente-se parte importante de sua construção[10]. E, a Residência se constitui em uma estratégia de integração ensino-serviço e uma ferramenta de educação permanente, pois propicia discussões interdisciplinares e permite a troca de experiências e conhecimentos, qualificando os trabalhadores, a partir das necessidades dos serviços de saúde[11].

Neste viés, o desenvolvimento das ações da Residência exige que haja integração entre os residentes, os coordenadores, os tutores, os preceptores e os trabalhadores dos serviços de saúde e da gestão. Para tanto, esses papéis precisam ser claros, de modo a suprir as expectativas do ensino e do serviço e para que as ações em saúde se desenvolvam de maneira integrada. Nesse contexto, nas relações de trabalho é essencial a ação sobre o funcionamento do coletivo, pois uma vez que o trabalho pressupõe relações sociais, uma das grandes causas de sofrimento no trabalho está na má qualidade desse tipo de relações[2].

Assim, a capacidade de resistir ou de adoecer está diretamente relacionada à qualidade das relações de trabalho e, portanto, a qualidade do convívio com as pessoas no ambiente de trabalho pode interferir na saúde psíquica.

Neste sentido, transparece a necessidade de pensar nas novas concepções de saúde e suas implicações na atenção integral, no trabalho e na formação dos trabalhadores de saúde e, neste caso, dos residentes multiprofissionais em saúde.

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

Considerações Finais

A Residência representa um marco na formação de trabalhadores da saúde, mediante uma proposta inovadora que busca o compromisso com o SUS, por meio do trabalho multiprofissional e interdisciplinar que possibilite uma atenção à saúde qualificada em seus diferentes níveis de atendimento. Esta é uma forma dos residentes multiprofissionais em saúde sentirem-se mais preparados para lidar com os desafios nos espaços de atuação, permitindo aos mesmos pensarem suas práticas enquanto protagonistas de sua construção.

Compreender que o prazer e o sofrimento são sentimentos dialéticos e identificá-los na formação pode ser um ponto de partida para que os próprios residentes impulsionem o labor em um sentido mais colaborativo e mais humano para si mesmos. Ainda, faz-se necessário que se (re) pense a formação dos residentes, tendo em vista as demandas complexas deste grupo e as possibilidades de intervenção.

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

Referências

1 Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini VL. Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010.

2 Dejours C. A violência invisível. São Paulo: Caros amigos; 1999.

3 Mendes AMB. Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

4 Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Revista de Saúde Coletiva. 2004; 14 (1):41-66.

5 Fernandes MNS. Prazer e sofrimento no processo de formação de residentes multiprofissionais de saúde. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria/RS. 2013, 118 p.

6 Brasil. Ministério da Saúde. Relatório da Plenária do Seminário Nacional sobre Residências Multiprofissionais em Saúde. Brasília: Hotel São Marcos; 2005.

7 Dejours C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.

8 Martins JT, Robazzi MLCC. Sentimentos de prazer e sofrimento de docentes na implementação de um currículo. Rev. Gaúcha Enf. 2006; 27 (2): 28490.

9 Dejours C. Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. Brasília: Paralelo 15; 2004.

10 Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré; 1992.

11 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília-DF. 2009. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente _saude.pdf>.

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

4.A IMPORTÂNCIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS DOS FAMILIARES NO CONTEXTO HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE IMPORTANCE OF HYGIENIZATION OF FAMILY HANDS IN THE HOSPITAL CONTEXT: EXPERIENCE REPORT

LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS DE LA FAMILIA EN EL CONTEXTO DE HOSPITAL: INFORME DE EXPERIENCIA

SAGMEISTER, Luziane dos Santos[1];CAMPOS, Mirian Lúcia Dutra de[2]

Introdução: A higienização das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. Recentemente, o termo "lavagem das mãos" foi substituído por "higienização das mãos" devido à maior abrangência deste procedimento. O termo engloba a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antissepsia cirúrgica das mãos, que serão abordadas mais adiante (ANVISA, 2010). A Portaria do Ministério da Saúde (MS) n° 2.616, de 12 de maio de 1998, estabelece as ações mínimas a serem desenvolvidas sistematicamente, com vistas à redução da incidência e da gravidade das infecções relacionadas aos serviços de saúde. Destaca também a necessidade da higienização das mãos nos serviços de saúde (BRASIL, 2009 p. 13). A higienização das mãos sempre foi considerada uma medida básica para o cuidado ao paciente. Desde o estudo de Semmelweis, no século XIX, as mãos dos profissionais de saúde vêm sendo implicadas como fonte de transmissão de microrganismos no ambiente hospitalar (BRASIL, 2009 p. 25). As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos pacientes, pois a pele é um possível reservatório de diversos microrganismos, que podem se transferir de uma superfície para outra, por meio de contato direto (pele com pele), ou indireto, através do contato com objetos e superfícies contaminados (ANVISA, 2013). No Brasil, estima-se que três a 15% dos pacientes em hospitalização adquirem infecção hospitalar e que, destes, cinco a 12% morrem em consequência da mesma. Estudos acerca dos processos de disseminação dos patógenos apontam as mãos dos profissionais da saúde como reservatório de microrganismos responsáveis pela infecção cruzada. A higienização das mãos apresenta as seguintes finalidades: remoção de sujidade, suor, oleosidade, pêlos, células descamativas e microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contato; prevenção e redução das infecções causadas pelas transmissões cruzadas (BRASIL, 2009 p. 63). A contaminação das mãos dos

[1]Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- URI Campus de Santiago. E-mail: luziane89@hotmail.com
[2]Enfermeira especialista. Professora no Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- URI Campus de Santiago.

profissionais de saúde pode ocorrer durante o contato direto com o paciente ou por meio do contato indireto, com produtos e equipamentos ao seu redor, como bombas de infusão, barras protetoras das camas e estetoscópio, dentre outros. Bactérias multirresistentes e mesmo fungos como Cândida parapsilosis e Rodotorula spp. Podem fazer parte da microbiota transitória das mãos e assim se disseminarem entre pacientes (SILVA, V. et al.2013).

Objetivo: Relatar a vivência de acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem frente às implicações do gerenciamento de risco da lavagem das mãos no cuidado ao paciente internado em uma unidade hospitalar**. Metodologia**: Trata-se de um relato de experiência desenvolvido por discentes do Curso de Graduação em Enfermagem do oitavo semestre da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) durante o estágio da disciplina de Gerenciamento do Cuidado Humano Adulto II. As atividades foram desenvolvidas em uma unidade hospitalar de média complexidade da região centro oeste do estado no mês do novembro de 2016. **Resultados:** A partir das vivências observou-se que a higienização de mãos pelos familiares é em muitos casos inexistentes e/ou realizada de modo ineficiente, o que gerou preocupação entre as acadêmicas, pois, o risco de infecções que estes familiares correm não é percebido pelos mesmos. No Brasil, em 1989, o Ministério da Saúde publicou o manual "Lavar as mãos: informações para os profissionais de saúde", a fim de orientar os profissionais quanto às normas e aos procedimentos para lavar as mãos, visando a prevenção e o controle das infecções. A importância dessa prática foi reforçada pelo Ministério da Saúde, quando incluiu recomendações para lavagem das mãos no Anexo IV da Portaria MS nº 2.616/98, a qual instituiu o programa de controle de infecções nos estabelecimentos de assistência à saúde no país ((BRASIL, 2009 p. 18 apud BRASIL, 1998). Para GIATTI et. al, 2004 "o atendimento clínico e a medicação não são suficientes, pois o ambiente contaminado e os hábitos dos moradores tendem a incrementar a ocorrência de novas e sistemáticas infecções". Com isto, faz-se necessário que a equipe de enfermagem nos horários de visitas realize uma atividade de educação permanente em saúde com os pacientes, familiares e acompanhantes sobre a importância da lavagem correta das mãos, Promover a remoção de sujidades e de microrganismos, reduzindo a carga microbiana das mãos, com auxílio de antissépticos no intuito de não só atender clinicamente e medicá-los, mas reeduca-los para lavar a mãos antes e depois de tocar no paciente, prevenindo o risco de infecção cruzada e visando a segurança do paciente, mudanças de higiene e condições básicas de saúde. Devem higienizar as mãos todos os profissionais que trabalham em serviços de saúde, que mantém contato direto ou indireto com os pacientes, que atuam na manipulação de medicamentos, alimentos e material estéril ou contaminado, é bem importante que os profissionais tenham essa consciência para que juntos possam contribuir para diminuir o risco de infecção

colaborando com Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (C.C.I.H.), considerando os graves riscos de morbidade e mortalidade, bem como o custo do tratamento e média de permanência dos pacientes nas Instituições de Saúde.

Considerações Finais: Embora a higienização das mãos seja uma prática de baixo custo e todos os quartos possuírem lavabos com água e sabão, percebe-se que os familiares não utilizam, o que os deixa expostos a infecções cruzadas. A lavagem das mãos é uma medida preventiva e não curativa, quando sendo praticada corretamente deve atentar para o uso de relógios, pulseiras, anéis e joias, bem como embaixo de unhas (principalmente as compridas) são locais onde os germes se escondem, a finalidade é remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como suor, a oleosidade as células mortas retirando a sujidade propícia á diminuição e consequentemente a proliferação de microrganismos a duração do procedimento é de 40 a 60 segundos, reduzirá custos e otimizará resultados no controle as parasitoses e infecções, na qual atacam os indivíduos causando incômodos a sua saúde e patologias. Neste contexto, a enfermagem surge como mediadora no processo de aprendizagem á higienização das mãos, atuando como educador e tendo um papel fundamental no controle as infecções hospitalares.

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

DESCRITORES: Higienização das mãos; Hospitalização; Cuidados de Enfermagem.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referencias

1. BRASIL. Higienização das mãos em Serviço de Saúde. Brasília, DF. 2007. 52 p. Disponível em < http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/manual_integra.pdf> Acesso em: 02 dez. 2016.
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. 105p
3. GIATTI, Leandro Luiz; ROCHA, Aristides Almeida; SANTOS, Francisca Alzira dos; BITENCOURT, Selma Cristina; PIERONI, Susana Rodrigues de Melo. **Condições de Saneamento Básico em Iporanga**, Estado de São Paulo; Revista de Saúde Pública. Vol. 38 nº4, São Paulo, SP, Aug. 2004.
4. RABELO, AHS; SOUZA, TV.**O Conhecimento do familiar/acompanhante Acerca da Precaução de Contato: Contribuições** Para a Enfermagem Pediátrica, Escola Anna Nery, Revista

Enfermagem. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid>. Acessado em 10 de agosto de 2014.

5. SANTOS, Fernanda Mendes; GONÇALVES, Virgínia Maria da Silva. **Lavagem das mãos no controle da infecção hospitalar: Um estudo sobre a execução da técnica**. Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG-V.2-N.1-Jul./Ago. 2009

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

5.A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

THE IMPORTANCE OF THE NURSE IN THE IMPLEMENTATION IN A HEALTH STRATEGY OF THE FAMILY

ENFERMERAS DE IMPORTANCIA EN LA APLICACIÓN RECEPCIÓN EN LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

MAIA, Dyan Jamilles Brum[1], SCHIMITH, Maria Denise[2]; SILVA,Laís Mara Caetano da[3]; ROSSO, Laís Fuzer[4];WICKERT, Daiana Cristina[5]; VARGAS, Fátima Inês Alff[6]

Introdução: A atenção primária à saúde, por meio da portaria nº 2488, apresenta fundamentos e diretrizes para estabelecer o cuidado, dentre estes, tem-se o papel de porta de entrada no Sistema Único de Saúde, estabelecendo a coordenação do cuidado, com ações programáticas e demanda espontânea[1]. As ações programáticas são atividades que estão agendadas, como as consultas médicas e as consultas de enfermagem, os grupos de saúde, os procedimentos de saúde, como curativos, retirada de pontos, administração de medicação. Já as ações de demanda espontânea, é o novo processo de acolher nas unidades de saúde, que incide diretamente sobre o processo de trabalho da equipe, no processo de acolhimento do usuário, no qual o mesmo procura o serviço de saúde para atendimento, sem agendamento prévio. Com isso, o acolhimento, segundo o caderno de demanda espontânea do Ministério da Saúde, não é algo exato, trazendo a seguinte definição:

> "o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades. Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas ('há acolhimentos e acolhimentos'). Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado"[2].

[1]Enfermeira. Mestranda do programa de pós-graduação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).E-mail: jamillesenf@gmail.com

[2]Professora adjunta no Departamento de Enfermagem e coordenadora do Curso de Enfermagem da UFSM.. E-mail:ma.denise2011@gmail.com

[3]Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: lais.silva@ufsm.br

[4]Enfermeira. Mestre. Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada da UFSM.Email: laisfrosso@gmail.com

[5]Acadêmica do Curso de Enfermagem – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista do Programa de Educação Tutorial-PET Enfermagem. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. daianacristinaw@gmail.com

[6]Acadêmica de Enfermagem do 5º semestre da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: fatimaivargas@yahoo.com.br

Percebe-se a necessidade da Atenção Primária à Saúde estar mais organizada para este novo processo de trabalho, o qual possibilita um maior acesso, equidade e integralidade do cuidado com os sujeitos, em que não necessitaram estar nas filas da madrugada para agendar consulta e, como também, estabelecerá uma maneira de aproximação maior entre usuários e profissionais da saúde. O acolhimento e o acesso de interligam no processo de melhoria da qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde[3]. O Caderno de Demanda Espontânea traz a importância do enfermeiro no processo de realizar a primeira escuta do usuário, a qual demandará maior envolvimento para iniciar o processo de classificação de risco, e assim identificar a necessidade da pessoa que espera por atendimento. **Objetivo:** Dessa o presente relato de experiência busca trazer a vivência de uma residente de enfermagem nas ações de acolhimento realizadas em uma unidade de saúde do município de Santa Maria. **Metodologia:** Este relato de experiência, ocorreu através da vivência de uma enfermeira como residente no Programa de Residência Multiprofissional Integrada da Atenção Básica, onde realizou diversas formas de atendimento em uma unidade de saúde, dentre essas, a realização do acolhimento multiprofissional, com profissionais da área de psicologia, nutrição, odontologia, serviço social e educação física, no período compreendido entre março de 2015 e março de 2017. **Resultados:** O acolhimento é um processo contínuo na unidade de saúde, no momento em que a equipe começa a realizar, compreende que deve ser desde a chegada do usuário, até o momento da escuta, da queixa principal, o motivo pelo qual a pessoa ali está. Com isso, é necessário relatar que o acolhimento do usuário ocorre primeiramente na chegada da unidade, momento no qual a recepcionista perguntava sobre o motivo do mesmo procurar atendimento, e repassava a informação aos demais profissionais da saúde. Neste processo, foi adaptada uma sala da unidade para realizar o acolhimento com classificação de risco, no qual como existe o papel da residência multiprofissional na unidade, foi possível estabelecer uma escala na qual cada residente (da psicologia, nutrição, educação física, odontologia, serviço social) atuaria junto a um enfermeiro (residente do primeiro ou segundo ano, ou também a enfermeira coordenadora da unidade de saúde), o que permitiria um olhar mais amplo às necessidades do usuário, com singularidade na escuta. A residência multiprofissional proporciona aos núcleos profissionais uma plena participação nas intervenções, na promoção e na prevenção de saúde com os usuários de maneira particular ou coletiva. Assim, diante dessa prática desempenhada no acolhimento da unidade de saúde em questão, notou-se que a equipe apenas realizaria um acolhimento com classificação de risco caso houvesse um enfermeiro junto, realizando o exame físico e optando por qual intervenção fazer. Isso possibilitou visualizar o papel fundamental da enfermagem na clínica, como também uma maior valorização do profissional por parte da equipe como dos usuários. Além disso, para a Enfermagem, devido ao fato da unidade possuir três enfermeiras, havia um revezamento na escala das enfermeiras, mas isso também fez com que houvesse um aprofundamento na prática do exame físico, pois na classificação de risco será o enfermeiro frente àquele que busca pelo atendimento que identifica se é ou não um sintoma grave, de urgência médica. Com isso, devido a necessidade de atendimento o sujeito ou era atendido naquele momento pela enfermagem ou outro núcleo profissional, ou era feito um reagendamento, o que permite que todos sejam vistos e ouvidos de forma sistematizada. Essa classificação era seguida conforme o caderno da atenção básica de demanda espontânea, no qual traz: ”No primeiro contato e na primeira avaliação, os pacientes devem ser informados a respeito do processo de trabalho da equipe e do fluxo do cuidado do usuário na demanda espontânea”[2]. Com a inserção de uma equipe multiprofissional no processo de acolhimento foi possível visualizar a importância dos outros núcleos de formação na ampliação do cuidado, visto que os diferentes pontos de vista tornavam possível visualizar as diferentes possibilidades de cuidado, além de permitir que houvesse maior visualização e compreensão de cada núcleo neste tipo de atendimento. Nesse processo, muitas vezes o enfermeiro preocupava-se em realizar a parte clínica e havia um assistente social preparado para investigar de modo mais aprofundado as questões socioeconômicas que, no entanto, estavam diretamente interligadas aos problemas clínicos. Essa situação permite diversos olhares para a ampliação da longitudinalidade do

cuidado, e também chama a atenção para a importância do diálogo entre os serviços de saúde e os centros integrados de educação, para auxiliar na ampliação do atendimento. **Conclusão:** Compreende-se que o acolhimento faz com que a Atenção Básica se fortaleça enquanto porta de entrada, com o intuito de promover uma atenção baseada nos princípios da integralidade, equidade e universalidade, que são as diretrizes do Sistema Único de Saúde e, sobretudo, em relação à importância da modificação do processo de trabalho, readequações e aprimoramento das práticas, bem como a importância do papel da residência multiprofissional para o crescimento e o aprendizado perante a equipe, evidenciando a importância de integrar as unidades de formação às equipes de saúde, promovendo assim a formação de profissionais que estejam aptos a desempenhar ações em consonância às necessidades do sistema de saúde brasileiro. E sobretudo, remete a uma maior valorização do profissional da enfermagem, no qual será o primeiro a realizar escuta no acolhimento com classificação de risco, como também no processo de modificação do ambiente de trabalho.

DESCRITORES: Enfermagem, acolhimento, atenção primária à saúde.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1-Brasil. MS. 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 : Ministério da Saúde, 2012.

2- Brasil. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

3- Souza ECF, Et Al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.2008, 24(Sup 1):100-110.

6.A OBSERVAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE APROXIMAÇÃO COM CATADORES DE MATERIAIS RECICLAVEIS

THE OBSERVATION AS A STRATEGY OF APROXIMATION WITH RECYCLABLE MATERIAL COLLECTORS

LA OBSERVACIÓN COMO ESTRATEGIA DE APROXIMACIÓN CON LOS COLECTORES DE MATERIALES RECICLABLES

FAVERO, Natalia Barrionuevo[1]; NIETSCHE, Elisabeta Albertina[2]; MALHEIROS, Luiza Carolina Santos[3]; BEVILAQUA, Taís Foletto[4]

Introdução: Os catadores de materiais recicláveis vivem em condições de trabalho precárias que afetam sua saúde**.** No trabalho, correm vários riscos: ficam com cortes e ferimentos produzidos por objetos cortantes e pedaços de vidros ou contraem, no lixo, alergias de pele causadas por lixo químico.[1] Portanto, a catação de materiais recicláveis caracteriza-se, como uma atividade altamente insalubre, ocasionando danos à saúde dos catadores que, em sua maioria, não possuem proteção do Instituto Nacional do Seguro Social.[2] Assim, acredita-se que ao estarem expostos a todos os tipos de riscos, químicos, físicos e biológicos, os catadores de materiais recicláveis necessitam serem instrumentalizados com vista à promoção, prevenção e reabilitação da saúde individual e coletiva, logo, permitirá minimizar agravos. Para isso, é necessário identificar necessidades em saúde dos catadores para poder construir, coletivamente, uma proposta para sua saúde. A captação de necessidades requer admitir um conceito de necessidades que transcenda o cunho clínico e biológico e que articule as necessidades de saúde às necessidades sociais, uma vez que a saúde integra a vida em sociedade.[3] A observação é um instrumento que nos permite realizar uma análise dessas situações de vulnerabilidades. Interessa-se pela observação porque ela permite fazer um estudo dentro de um contexto determinado. A finalidade primordial é que durante o processo de formação os acadêmicos conheçam e familiarizem-se com as regras, normas e funcionamento de um determinado local ou organização, para possivelmente inserir-se na realidade e contexto social, conhecendo as necessidades educativas em saúde dos catadores de materiais recicláveis. Para posteriormente adequar-se ao contexto da promoção da saúde, assim colocar em pratica dinâmicas, comunicação e relação entre os participantes de um estudo. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos do curso de graduação e pós graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) na realização da estratégia de observação em uma associação de catadores de

[1]Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem(PPGENF), da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (GEPES). E-mail:nathybf@hotmail.com
[2]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da da Universidade Federal de Santa Maria. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (GEPES).
[3]Acadêmica de Enfermagem .Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (GEPES)
[4]Acadêmica de Enfermagem .Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (GEPES)

materiais recicláveis. **Metodologia:** A estratégia de observação foi desempenhada para realização de uma pesquisa maior intitulada “Necessidades em Saúde de Catadores de Materiais Recicláveis”, utilizando o método de pesquisa-ação. Protagonizada por acadêmicas do grupo de estudos e pesquisa em enfermagem e saúde, da instituição de ensino UFSM. Os encontros para as observações eram marcados previamente, em uma associação de catadores de materiais recicláveis do município de Santa Maria/RS. Podendo ser de segunda à sexta feira. As acadêmicas, chegavamna associação, apresentavam-se aos catadores e esclareciam os objetivos da pesquisa. Em todas as observações, era necessário identificar as necessidades educativas em saúde, pois este era o foco da pesquisa. Posteriormente era construído um diário de campo, de acordo com as anotações realizadas no momento das observações. Em um terceiro momento, eram repassados os diários de campo e idealizadas ações educativas para atender as necessidades em saúde dos catadores, as ações faziam parte da pesquisa maior. **Resultados:** O contato com a associação foi intermediado por uma colaboradora que auxiliava a associação com ações de caridade. A primeira observação durou cerca de duas horas, foi o tempo da apresentação e aproximação das acadêmicas e pós graduandas aos coordenadores da associação, realizaram-se conversas informais e reconhecimento do cenário de pesquisa. A turma de associados estava incompleta, oito catadores estavam presentes, num total de dezessete. A coordenadora e secretária foram anfitriãs e hospitaleiras. No cenário de pesquisa havia um espaço amplo com quatro divisões: uma área onde ficavam os materiais para seleção e separação entre recicláveis e suas categorias; um espaço para realização de refeições; uma área de descanso onde eram guardados os objetos pessoais dos catadores e uma salinha para escritório (materiais administrativos). As atividades aconteciam no horário comercial das 08:00 às 18:00 horas. Os catadores ficavam no cenário, localizados em bancadas separando os materiais em fardos e caixotes ou tonéis. Existia uma prensa onde ficava um dos catadores como operador. As observações ocorreram sucessivamente com duração de três horas/dia pordez dias, aleatórios. Totalizando 300 horas. Um momento marcante das observações foi visualizar como que o material chegava até a associação. Existia um caminhão que realizava a coleta seletiva pela cidade, nele operavam um motorista e dois catadores carregadores. Este caminhão circulava por toda cidade, com endereços programados para arrecadar os materiais reciclados. Isso era semanalmente e nas segundas feiras descarregavam no cenário. O momento da descarga era operacionalizado por todos os catadores de que estavam no local. Ao chegarem com o caminhão, todos começavam àseparar os materiais recicláveis, eram: papelões, garrafas de vidros, latas, garrafas de plásticos, papéis, cadernos, livros, móveis (madeira, MDF, alumínio) etc. Posteriormente acontecia a separação minuciosa dos materiais. Evidenciou-se nas observações como necessidades educativas em saúde aforma da realização da catação dos materiais recicláveis, assim comotoda a rotina de trabalho acomete acidentes, identificados no agir da realização de primeiros socorros; diariamente entre os trabalhadores da associação acometiam-se estresse e conflitos interpessoais. Falta de conhecimento sobre temáticas de saúde do homem e da mulher. Desconhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis, significados, prevenção, modo de transmissão e tratamento. Foi observada a ausência do uso de materiais adequados para proteção pessoal, ou seja, não utilização de EPIS (óculos, luvas, botas, roupa de proteção) mesmo estes materiais existindo naquele ambiente e sendo disponibilizados por empresas incentivadoras das ações sociais. Também foi observado o uso excessivo de alimentos e bebidas com alto teor calórico, ricos em sódio e potássio. Foram identificadas intercorrências de saúde entre os catadores, sendo relatada por eles mesmos a

existência de doenças crônicas como Diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e doenças respiratórias. A experiência das acadêmicas na realização das observações foi inovadora, permitindo perceber a importância da inserção dos acadêmicos e profissionais na realidade, em virtude da responsabilidade de buscar estratégias para promoção da saúde em diferentes realidades. **Conclusões:** As observações permitiram analisar contextos diferentes e fornecer embasamento para realização de ações educativas. Essa atividade foi uma experiência prazerosa e acrescentou na pesquisa e na formação, proporcionando aos acadêmicos e pós graduandos acreditar que a enfermagem tem forte impacto no cuidado, pois as atividades de observações podem fortalecer os saberes científicos e aproximar os acadêmicos das diferentes realidades para então buscar estratégias para atender as necessidades educativas em saúde.

DESCRITORES: Catadores; Observação; Educação em Saúde.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1- SANTOS, C. R.; ULTRAMARI, C.; DUTRA, C. **Meio ambienteBrasil – avanços e obstáculos pós Rio 92.** São Paulo: Estação Liberdade, Instituto Socioambiental. 2002.

2- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº8.080,** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 23/06/2016.

3- FRANCO, F. A. *et al.* A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. **Esc Anna Nery.** 2012, jan-mar; 16 (1): 157-162.

7.APRODUÇÃO CIENTIFICA RELACIONADA A ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE

THE SCIENTIFIC PRODUCTION RELATED TO SPIRITUALITY IN THE CONTEXT OF HEALTH

LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA RELACIONADA CON LA ESPIRITUALIDAD EN EL CONTEXTO DE LA SALUD

BIRK, Noeli Maria[1] ;GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira[2] ;STAMM, Bruna[3]; VIERO, Viviani[4]

Resumo

A espiritualidade, indiferente da forma que se expressa, costuma reforçar nas pessoas, um sentimento de confiança, e assim, agrega valor terapêutico na condução normal da vida. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi conhecer o que tem sido produzido sobre a temática espiritualidade nas diversas áreas da saúde. O estudo caracterizou-se como uma revisão narrativa de literatura. A leitura dos artigos permitiu evidenciar as principais convergências encontradas que são apresentadas através de duas categorias *"A espiritualidade como forma de enfrentamento"* é evidenciada em situações de adoecimento e *"A espiritualidade na prática terapêutica"* diz respeito, a inclusão do tema espiritualidade na formação e prática assistencial dos profissionais de saúde**.** Na prática do cuidado em saúde, a integração da dimensão espiritual deve ser abordada com profissionalismo ético, conhecimento e habilidade, pois a espiritualidade emerge como importante fator capaz de agregar qualidade à assistência, bem como na formação dos profissionais de saúde.

DESCRITORES: Espiritualidade; Saúde; Religiosidade.

Abstract

Spirituality, indifferent to the way it is expressed, usually reinforces in people, a sense of trust and, thus, adds therapeutic value in the normal conduct of life. In this sense, the objective of this study was to know what has been produced on the thematic spirituality in the various health areas. The study was characterized as a narrative review of literature. The reading of the articles allowed to highlight the main convergences found that are presented through two categories: "Spirituality as a form of coping" is evidenced in situations of illness and "Spirituality in therapeutic practice" concerns the inclusion of the topic spirituality in the formation and Practice of health professionals. In the practice of health care, the integration of the spiritual dimension must be approached with ethical professionalism, knowledge and ability, since spirituality emerges as an important factor capable of adding quality to care, as well as in the training of health professionals.

DESCRIPTORS: Spirituality; Health; Religiosity

[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- Uruguaiana 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.

Resumen

Espiritualidad, independientemente de la forma que se expresa, a menudo reforzar en las personas una sensación de confianza y por lo tanto agrega valor terapéutico en el curso ordinario de la vida. En este sentido, el objetivo de este estudio fue conocer lo que se ha producido en la espiritualidad sujeto en diferentes áreas de la salud. El estudio se caracterizó como una revisión de la literatura narrativa. La lectura de los artículos ha puesto de relieve las principales convergencias que se presentan a través de dos categorías "Espiritualidad como una manera de hacer frente" se evidencia en situaciones de enfermedad y "Espiritualidad en la práctica terapéutica" la preocupación de que el tema en la formación y espiritualidad la práctica asistencial de los profesionales sanitarios. En la práctica, la asistencia sanitaria, la integración de la dimensión espiritual debe ser abordado con profesionalismo ético, conocimiento y habilidad, para la espiritualidad emerge como un factor importante capaz de añadir una atención de calidad y la formación de los profesionales de la salud.

DESCRIPTORES: Espiritualidad; Salud; Religiosidad.

Introdução

O entendimento da espiritualidade como parte do conceito de saúde teve início, especificamente, na última década. Observa-se a ampliação de estudos sobre o entendimento da espiritualidade dada a importância de trazer subsídios aos profissionais das diversas áreas, mas, em especial, aos que lidam com sofrimento e morte.

A atenção voltada para a dimensão espiritual torna-se cada vez mais necessária à prática assistencial na saúde. A ciência, aos poucos, vem reconhecendo o papel fundamental da espiritualidade na dimensão da vida do ser humano[1,2]. Ainda, a espiritualidade tem sido vista como uma dimensão e um espaço para promover a paz e o cuidado em meio aos conflitos, problemas sociais e, existenciais[3].

As políticas públicas de saúde preconizam a integralidade no atendimento às pessoas, bem como o respeito à suas individualidades, culturas e valores. A espiritualidade, portanto, constitui-se em uma das dimensões a ser considerada no decorrer do cuidado prestado.

Entretanto, ainda se observam lacunas sobre o modo como as pessoas relacionam sua dimensão espiritual às situações de adoecimento no cotidiano da assistência recebida e, ainda, como esta dimensão vem sendo abordada pelos profissionais das áreas da saúde com o intuito de proporcionar melhores condições de saúde e qualidade de vida.

Deste modo, considerando que a relação entre espiritualidade e saúde tem sido objeto de estudos realizados nos últimos anos, entende-se necessário conhecer acerca dessa produção. Assim, com o objetivo de avaliar as publicações sobre a espiritualidade no contexto da saúde, foi realizada uma revisão da literatura, buscando conhecer o “estado da arte” que teve como ponto de partida a

questão norteadora: “O que tem sido produzido sobre a temática espiritualidade nas diversas áreas da saúde? ”.

Metodologia

O estudo caracterizou-se como uma revisão narrativa de literatura, a qual é também denominada de tradicional por alguns autores, uma vez que apresenta uma temática mais aberta; dificilmente partindo de uma questão específica bem definida; que não exige um protocolo rígido para sua confecção e a busca das fontes não é pré-determinada, sendo geralmente menos abrangente[4]. Contudo, é apropriada para descrever e discutir o “estado da arte” de um determinado assunto[5].

A busca pelas publicações foi realizada nas bases de dados PUBMED (*National Library of Medicine National Institutes of Health),* com os MeshTerms (“*Spirituality” and “Health”),* na LILACS *(Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)* com as palavras (*“Espiritualidade” e “Religiosidade”)* e SCOPUS, com os termos (“*Spirituality” and “Health”),* no mês de junho de 2014.

O recorte temporal foi do ano de 2003 a 2013. Este período foi definido em baseando-se em artigos atuais, nos quais mencionam que os estudos sobre espiritualidade relacionados à saúde têm sido publicados na última década[6]. Para a seleção do material, utilizou-se, como critério de inclusão: artigos disponíveis online, na íntegra, gratuito, no idioma português, inglês ou espanhol e relacionados ao objeto do estudo. Foram excluídos artigos que estavam duplicados em bases de dados diferentes, ou repetidos na mesma base, sendo considerados somente uma vez.

Na busca foram localizados 110 estudos, que após a leitura dos Resumos e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, resultaram em 33 artigos selecionados, que constituíram o *corpus* da pesquisa para análise.

A análise foi realizada por meio da leitura exploratória do material bibliográfico encontrado, sendo empregado um quadro sinóptico que apresentava informações sobre as produções selecionadas: Título, área, ano, idioma, objetivo, metodologia e principais resultados. A leitura dos artigos permitiu evidenciar as principais convergências encontradas, as quais foram sintetizadas, agrupadas, categorizadas e analisadas a partir da análise de conteúdo temática[7].

Resultados e Discussão

A seguir, apresenta-se uma breve caracterização dos artigos utilizados na revisão e as categorias que emergiram da análise dos mesmos. Em relação às áreas de produção das publicações houve predomínio dos profissionais da medicina (48,5%) com 16 estudos, a psicologia (27,2%)

com nove estudos, a enfermagem (22,2) com sete estudos e, terapia ocupacional (3,1%) com um estudo.

Quanto ao ano de publicação verificou-se que os últimos anos vem apresentando maior índice de publicações de artigos relacionados à espiritualidade e saúde. Em 2005, 2006, 2008 e 2009 respectivamente, foram publicados (6%) dois artigos, 2007 (9%) três, 2010 (15,6%) cinco, 2011(12,1%) quatro, 2012 (21,2%) sete e 2013 (18,1%) seis artigos. A análise quanto à temática, demonstrou prevalência no tema espiritualidade como forma de enfrentamento (66,7%) identificados num total de 22 artigos, seguido de religiosidade/espiritualidade na formação acadêmica e na prática assistencial (33,3%) com 11 artigos.

Quanto ao delineamento dos artigos, observou-se predomínio de estudos qualitativos (67%) com 22 artigos, seguido do método quantitativo (24,3%) com oito, e quanti/qualitativos (9%) com três artigos. Quanto a origem dos estudos (63,5%) 21 artigos correspondem à estudos publicados na língua portuguesa (36,5%) e 12 estudos internacionais, publicados no idioma inglês. 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: *"A espiritualidade como forma de enfrentamento"* e *"A espiritualidade na prática terapêutica"*.

A temática "*A espiritualidade como forma de enfrentamento"* é evidenciada em situações de adoecimento, como alicerce dos valores e crenças pessoais que contribuem para a satisfação física e psicológica e dão significado e propósito para a vida das pessoas. Percebe-se que para as pessoas que convivem com doenças crônicas, a espiritualidade desenvolve uma influência positiva, promove suporte e significado à vida[8]. A espiritualidade ajuda a suportar melhor os sentimentos de culpa, raiva e ansiedade, e aparece como fator significativo no humor depressivo relacionado aos sintomas da menopausa[1-9].

Contribuindo, em um estudo realizado na Índia, o bem-estar espiritual aparece como um componente importante da qualidade de vida dos pacientes com câncer avançado, e está intimamente relacionado com os sintomas físicos e psicológicos de aflição. Pode-se afirmar que o paciente oncológico busca a espiritualidade como forma de enfrentar a doença, com a finalidade de minimizar o sofrimento ou obter maior esperança de cura com o tratamento[10].

Características da espiritualidade evidenciam que a relação entre a doença e a possibilidade de morte fazem do enfrentamento espiritual uma estratégia de redução de angústias e melhoria da qualidade de vida[11]. Em estudo com pacientes em fase terminal de insuficiência cardíaca, a espiritualidade foi relacionada com amor, sentimento de pertença, significado, enfrentamento, propósito, fé e esperança[6]. Ainda, estudo epidemiológico tem mostrado uma relação positiva entre

espiritualidade e doenças, incluindo menores prevalências de depressão, maior sobrevida, menores níveis pressóricos e menores complicações pós-cirúrgicas[1].

A frequência dos estudos revela que maiores níveis de envolvimento espiritual estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico, esperança, felicidade e auto estima elevada. A literatura apresenta relevantes achados referentes às associações entre a espiritualidade e atividade imunológica, saúde mental, neoplasias, doenças cardiovasculares e mortalidade[1,2-6].

Em estudo com pacientes em tratamento dialítico, as pessoas em que apresentavam um menor nível de espiritualidade, solicitavam outros tratamentos para estimular a vida, tais como condutas de intubação oro traqueal. A espiritualidade aparece como fator de enfrentamento para os familiares destes pacientes principalmente na doença crônica e diante de prognósticos ameaçadores[6]. Corroborando, em um estudo sobre a espiritualidade na perspectiva dos pais de crianças em fase final internados em Unidade de Terapia Intensiva, os relatos foram relacionados a oração, fé, crença na relação pai e filho que permanece para além da vida, conhecimento, sabedoria, esperança, confiança e amor[12].

No convívio com familiares cuidadores percebe-se o quanto pode ser estressante, física e emocionalmente o cuidado no final da vida, havendo, muitas vezes, demandas que exigem o direcionamento do cuidado para a dimensão espiritual. A abordagem espiritual implica habilidade e conhecimento, de modo a considerar a espiritualidade um componente da subjetividade, que emerge no cuidado em saúde[1,2-6]. O cuidado espiritual, poderá ser reforçado através de uma avaliação das necessidades espirituais, promovendo oportunidade de abordagem sobre suas crenças pessoais, facilitando contatos com os grupos religiosos se o cuidador e paciente acharem necessário.

A temática *"A espiritualidade na prática terapêutica"* diz respeito à inclusão do tema espiritualidade na formação dos profissionais de saúde e na sua prática assistencial. Estudos apontam para a necessidade de compreender a pessoa em sua complexidade, singularidade e, sobretudo, como um ser sensível aos acontecimentos no mundo, além daqueles intrínsecos a sua história pessoal. É a partir desta perspectiva que a dimensão espiritual tem papel fundamental nas situações em que o adoecimento, seja ele físico ou psíquico, coloca em questão o próprio sentido da existência [13,14].

Em estudo realizado com alunos de um curso de Enfermagem, o medo de impor pontos de vista religiosos aos pacientes, foi destacado como a principal barreira relacionada ao assunto e que a formação acadêmica não oferece informações suficientes para desenvolver essa competência. A maioria dos estudantes apontou que temas referentes a saúde e espiritualidade deveriam fazer parte

dos currículos de Enfermagem, reforçando a necessidade de implementação de cenários de aprendizagem durante a formação acadêmica que auxiliem o estudante a realizar o cuidado espiritual [15]. O cuidado de enfermagem deve incluir o mundo de quem é cuidado, o que torna necessário a compreensão das crenças religiosas e as diversas formas de expressar a espiritualidade. Assim, a dimensão espiritual deve fazer parte das reflexões envolvidas no cuidado dos enfermeiros, sendo valorizadas, como uma estratégia importante para cuidar das pessoas. Os resultados de estudos mostram que os profissionais possuem concepções ambíguas sobre a influência da espiritualidade/religiosidade dos usuários na saúde, que respeitam esta dimensão, mas não a utilizam no tratamento e no cuidado[13].

Em estudo com enfermeiras atuantes em oncologia, foi evidenciado a espiritualidade como uma fonte de energia, força que impulsiona no dia-a-dia, o crer em alguma coisa, o respeitar o outro, e que nos momentos mais críticos as pessoas aproximam-se mais. Destacam ainda que a fé religiosa se manifesta como uma fonte de energia que as fortalece, as estimula para o trabalho diário, e que deve haver uma ação mútua entre a fé e a terapêutica, para o benefício do paciente [16].

Em estudo realizado com estudantes de medicina, estes conceituam a espiritualidade, principalmente, como acreditar em algo transcendente à matéria, crer na relação com Deus, religiosidade, sentido e significado para a vida humana. O assunto foi correlacionado com "humanização da medicina". Contudo, relatam grande dificuldade para abordar sobre o assunto com os pacientes[17].

Ainda, em estudo com profissionais médicos, estes relatam concordar que a crença religiosa pode trazer benefícios aos pacientes, porém, mas que a maioria não saber introduzir a dimensão espiritual no atendimento ao paciente. Estes, por sua vez, gostariam de ser abordados sobre a questão da espiritualidade. Prevalece ainda o desconhecimento dessa importância para o diagnóstico, prognóstico e tratamento do ser doente[18].

A psicologia define a espiritualidade como o equilíbrio e sentido da vida, experiência, autoconhecimento e autonomia, abordando, correlações positivas entre convicção e prática religiosa, saúde mental, física e longevidade. A abordagem espiritual implica conhecimento e habilidade, de modo a considerar a espiritualidade como um componente da subjetividade, que emerge no cuidado em saúde[19].

Ainda, estudo[20] aponta sobre a espiritualidade na prática do terapeuta ocupacional, evidenciando uma lacuna entre o ensino, teoria e prática. Embora a terapia ocupacional tenha a intenção de ser holística, o estudo conclui que os terapeutas necessitam uma compreensão mais

completa do que é espiritualidade e qual o papel deste profissional ao abordar a espiritualidade na avaliação ou tratamento.

Considerações finais

Os resultados deste estudo possibilitam repensar as práticas desenvolvidas pelos profissionais da saúde no que tange a espiritualidade das pessoas com quem interage, além de contribuir para fortalecer a práxis em relação ao cuidado da dimensão espiritual. No cuidado em saúde, a integração da dimensão espiritual deve ser abordada com profissionalismo ético, conhecimento e habilidade.

Diante das considerações obtidas nesta revisão de literatura, identifica-se que a espiritualidade emerge como importante fator capaz de agregar qualidade a assistência e, na formação dos profissionais, das diversas áreas de saúde. Destaca-se a necessidade de investimentos em estudos que aprofundem o impacto da espiritualidade nas relações interpessoais no cuidar em saúde.

Referências

1 Lucchese FA, Koenig HG. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Rev. Bras. Cir. cardiovascular.* 28 (1):103-28, 2013.

2 Moreira-Almeida A. O crescente impacto das publicações em espiritualidade e saúde e o papel da *Revista de Psiquiatria Clínica. Arch. clin. psychiatry (São Paulo, Impr.).* 37(2) 41-42, 2010.

3 Boff. L. *Espiritualidade: Um Caminho de Transformação.* Belo Horizonte: Editora Sextante, 2006.

4 Cordeiro AM, Oliveira GM, Renteria JM, Guimarães CA. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 34 (6): 428-431, 2007..

5 Rother ET. Revisão sistemática X Revisão narrativa. *Acta paul. enferm.* 20(1):2007. Acesso em: 23 jun. 2014.

6 Lucchetti G, Almeida LGC, Granero AL. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? *J. bras. nefrol.* 32(1):128-132, 2010.

7 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.*São Paulo. Editora: Hucitec, 2014.

8 Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev. bras. enferm.* 64(1):53-59, 2011.

9 Pimenta AFF. *Sintomas da menopausa: A espiritualidade associada com a gravidade dos sintomas.* Lisboa/Portugal. Dissertação. ISPA – Instituto Universitário. 2011.

10 Kandassamy UN, Chaturvedi SK, Desai L. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian J Cancer.* 48(1): 55-59, 2011.

11 Fornazari AS, Ferreira RER. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psicol. teor. pesqui.* 26(2):265-272, 2010.

12 Robinson MR, Thiel MM, Backus, MM, Meyer EC. As questões da espiritualidade no final de vida na unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev. pediat*. 118(3):719-29, 2006.

13 Penha RM, Silva MJP. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. *Texto contexto – enferm*. 21(2):260-268. 2012.

14 Gobatto CA, Araújo TCCF. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. *Psicol. USP*. 24(1):11-34, 2013.

15 Espinha DCM, Camargo SM, Silva SPZ, Pavelqueires S, Luchetti, G. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade. *Rev. gaúch. enferm.* 34(4): 98-106, 2013.

16 Teixeira JJV, Lefèvre F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. *Rev. bras. cancerol.* 53(2):159-166, 2007.

17 Borges

18 DC, Anjos GL, Oliveira LR, Leite JR, Luchetti G. Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de medicina. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.* 11(1):6-11, 2013.

19 Oliveira GR. et al. Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.*,São Paulo. 11(2):140-4, 2013.

20 Oliveira MR, Junges JR. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estud. Psicol. (Natal)*. 17(3):469-476. 2012.

21 Morris DN, Stecher J, Briggs-Peppler KM, Chelsea M, Chittenden JR, Wismer LK. Spirituality in Occupational Therapy: Do We Practice What We Teach? *J Relig Health*. 53(1):27-36. 2014.

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

6.ABSENTEÍSMO ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

ABSENTEEISM AMONG NURSING WORKERS FROM A UNIVERSITY HOSPITAL

AUSENTISMO ENTRE TRABAJADORES DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

CARVALHO, Deciane Pintanela de[1]; GUTIERRES, Évilin Diniz[2]; ROCHA, Laurelize Pereira[3] ; BRUM, Raissa Garcia[4]; FERREIRA, Amanda Guimarães[5]; RAMOS, Aline Marcelino[5]

Introdução: o tempo de trabalho perdido pelos trabalhadores quando eles deixam de comparecer ao seu ambiente de trabalho é caracterizado como absenteísmo. Esses afastamentos são classificados em absenteísmo previsto e não previsto. O primeiro, absenteísmo previsto refere-se às folgas e férias, já o segundo, não previsto, está relacionado aos dias referentes às licenças médicas, licença maternidade, licença por acidente de trabalho, faltas justificadas e injustificadas, outras licenças e suspensões[1]. No processo de trabalho da enfermagem, os trabalhadores estão expostos diariamente e continuamente a cargas de trabalho, esta constante resulta em desgastes, que muitas vezes podem evoluir para o adoecimento do trabalhador[2]. O desgaste é multifatorial, produzindo um ciclo vicioso que reflete no ambiente de trabalho, na instituição e no próprio trabalho, influenciando na assistência prestada ao paciente[3]. A exposição contínua as cargas de trabalho e os consequentes desgastes desta exposição são responsáveis pelos adoecimentos, acidentes de trabalho, licenças médicas e atestados médicos[2,4]. Desta forma, conhecer o absenteísmo dentro dos serviços hospitalares é um importante indicador para os gestores de enfermagem tanto na segurança do paciente quanto para a qualidade da assistência e no gerenciamento das equipes de enfermagem[4]. A identificação das causas do absenteísmo e o dimensionamento adequado para reposição dos trabalhadores que estão afastados evita a sobrecarga da equipe de enfermagem, protegendo sua saúde física e mental e consequentemente a assistência ao paciente[5]. **Objetivo:** identificar o absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem em um Hospital Universitário. **Metodologia:** estudo do tipo quantitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido em um Hospital Universitário no sul do Rio Grande do Sul, com 211 trabalhadores de enfermagem, correspondendo a 49 enfermeiros, 85 técnicos em enfermagem e 77 auxiliares de enfermagem, selecionados mediante amostragem não probabilística por conveniência. A coleta de dados foi realizada de julho a agosto de 2016, por meio de um questionário semiestruturado composto por questões referentes às características do trabalhador (sexo, idade, etc.) e características do trabalho (função, vínculo empregatício, tempo de trabalho, afastamentos, licença saúde, atestados médicos, etc.). A organização e análise estatística descritiva dos dados ocorreram no *software* Statistical Package for the Social Sciences versão 21. O estudo possui aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa na

[1]Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Bolsista Capes. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande.
[2]Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Professora substituta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.
[3]Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.
[4]Acadêmica de Enfermagem, Bolsista EPEC. Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. E-mail: raaissabrum@hotmail.com
[5]Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.
[6]Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.

Área da Saúde, sob parecer nº54/2016. **Resultados:** participaram deste estudo 211 trabalhadores de enfermagem, 188 (89,1%) do sexo feminino e 23 (10,9%) do sexo masculino, possuíam média de 42 anos (dp=9,31) de idade, com idade mínima de 23 anos e idade máxima de 68 anos. De acordo com a função, tempo de trabalho e tipo de vínculo empregatício dos trabalhadores verificou-se que 49 eram enfermeiros, com média de 14 anos e seis meses (dp=8,68) de trabalho, 16 (32,7%) possuíam vínculo de trabalho por meio de Consolidação das Leis trabalhistas (CLT) e 33 (67,3%) por Regime Jurídico Único (RJU). Entre os participantes, 85 eram técnicos em enfermagem, com média de 10 anos e sete meses (dp=6,58) de trabalho, 56 (65,9%) eram contratados por CLT e 29 (34,1%) por RJU. E 77 participantes eram auxiliares de enfermagem, possuíam média de 20 anos e oito meses (dp=6,54) de trabalho, apenas dois (2,6%) eram contratados por CLT e 75 (97,4%) por RJU. Entre os enfermeiros, 35 (71,4%) se afastaram do trabalho, como forma de afastamento, houveram 34 (69,4%) por atestado médico, 13 (26,5%) por licença saúde e dois (4,1%) por falta. Entre os técnicos de enfermagem, 61 (71,8%) afirmaram terem se afastado das atividades de trabalho, 55 (64,7%) por atestado médico, 20 (23,5%) por licença saúde e 10 (11,8%) por falta. Com relação ao afastamento entre os auxiliares de enfermagem, 60 (77,9%) já precisaram se afastar do trabalho, 55 (71,4%) por atestado médico, 24 (31,2%) por licença médica e 10 (13%) por falta. Os enfermeiros apresentaram a média de 14,91 dias de afastamento por atestado médico, 102,5 dias por licença saúde e de um dia por falta. Os técnicos em enfermagem apresentaram média de 26,72 dias de afastamento por atestado médico, 91,95 dias por licença saúde e 1,8 dias por falta. E os auxiliares de enfermagem apresentaram 35,38 dias em média de afastamento por atestado médico, 124,45 dias por licença saúde e 1,8 por falta. **Conclusões:** evidenciou-se que os motivos mais frequentes de afastamento foram as licenças saúde e atestados médicos, o que pode caracterizar que o absenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem está ligado ao processo saúde-doença apresentados por estes. Os resultados apontaram que o absenteísmo se faz presente no cotidiano das equipes de enfermagem, o que exige um monitoramento do quantitativo de trabalhadores e busca por soluções gerenciais mediatas e imediatas de dimensionamento de pessoal. Além disso, faz-se necessário a identificação dos motivos de ausência do local de trabalho, os quais possibilitarão ao gestor de saúde estabelecer ações com vistas a minimizar os fatores geradores do absenteísmo, prevenção de adoecimentos relacionados ao trabalho e a promoção da saúde dos trabalhadores de enfermagem.

DESCRITORES: Absenteísmo; Saúde do Trabalhador; Enfermagem.

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

Referências

1. Chiavenato I. Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 4 ed. Barueri: Manoele; 2014.

2. Karino ME, Felli VEA, Sarquis LMM, Santana LL, Silva SR, Teixeira RC. Cargas de trabalho e desgastes dos trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola. Cienc Cuid Saude, 2015;14(2):1011-1018.

3. Prudente JAB, Salum NC, Gelbcke FL, Lorenzetti J, Schier J. O desgaste de trabalhadores de enfermagem no cuidado a pacientes onco-hematológicos hospitalizados. Cogitare Enferm. 2015;20(1):20-28.

4. Silva LGC, Buss AAQ, Haddad MCL, Vannuchi MTO. O absenteísmo da equipe de enfermagem de um hospital universitário público. J. Health Biol Sci. 2016;4(2):88-94.

5. Furlan JAS , Stancato K. Fatores geradores do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital público e um privado. RAS , 2013;15(60):111-120.

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

9.ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE ÀS GESTANTES COM HIV

ACCESSIBILITY TO HEALTH CARE SERVICES TO HIV

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA MUJERES EMBARAZADAS CON VIH

KLEINUBING, Raquel Einloft[1]; PAULA, Cristiane Cardoso[2] PADOIN, Stela Maris de Mello[3]; FERREIRA, Tamiris[4] ; LANGENDORF, Tassiane Ferreira[5]

Introdução: A Atenção Primária a Saúde (APS) é considerada a porta de entrada preferencial no sistema de saúde, incluindo o atendimento às demandas de cuidado referentes à gestação de mulheres com HIV[1]. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) pode auxiliar na tomada de decisão e no seguimento das ações profiláticas e terapêuticas a essa população, por meio da integração entre os serviços[2]. A RAS consiste em um arranjo organizacional entre serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas. Dessa maneira representa uma estratégia para a ampliação das ações de promoção e prevenção, por meio da integralidade da atenção, utilizando a APS como centro da atenção. Entretanto, existem falhas de comunicação na RAS que podem impossibilitar o acesso aos serviços pelas gestantes[3]. Favorecer o acesso implica em garantir a acessibilidade, elemento estrutural dos serviços, a cada problema de saúde ou episódio de um mesmo problema[4]. Dessa maneira, o acesso expande-se para além da entrada no serviço de saúde, envolve a proximidade entre serviços e população adscrita, disponibilidade de horários e datas para atendimento e a flexibilidade no agendamento das consultas, definindo o retorno para a continuidade do acompanhamento em saúde[4]. Apesar dos serviços especializados serem a referência às gestantes com HIV, a APS deve coordenador o sistema de saúde, mantendo suas portas abertas ao primeiro contato dessa população[1]. Contudo, para que seja possível incluir o atendimento a essa demanda e ampliar o acesso, dificuldades como a articulação entre os pontos da RAS devem ser superadas. A desproporção de serviços de APS para o número de habitantes, bem como (des)qualificação dos serviços e insuficiência da RAS nos pontos de diferentes densidades tecnológicas revelam o despreparo profissional para atender as pessoas com HIV, culminando na fragmentação das ações e estrangulamento do serviço especializado. **Objetivo:** avaliar as evidências científicas acerca da acessibilidade nos serviços de saúde pelas gestantes com HIV. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão integrativa de literatura a partir da questão de pesquisa: "Quais as evidências científicas de barreiras para a acessibilidade de gestantes com HIV aos serviços de saúde?". A busca foi desenvolvida em janeiro de 2016, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine/National Institutes of Health (PubMed) e SciVerse Scopus (SCOPUS). O fluxo de seleção das produções foi desenvolvido de modo duplo independente, para evitar possíveis vieses. Os critérios de inclusão foram: artigos que respondessem

[1]Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista Demanda Social da CAPES. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP- PEFAS) – UFSM. Contato: raquel_e_k@hotmail.com.

[2]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da UFSM. Líder GP- PEFAS.

[3]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora associada da UFSM. Líder GP- PEFAS

[4] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista Demanda Social da CAPES. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS) – UFSM.

[5] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pós doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista Demanda Social da CAPES. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP- PEFAS) – UFSM.

a questão de pesquisa, em inglês, português ou espanhol. Artigos repetidos nas bases de dados foram considerados somente uma vez. Foram localizadas 668 produções das quais 23 evidências relacionaram-se a acessibilidade. Após a análise das produções incluídas, preencheu-se uma ficha para extração documental com os principais resultados. Realizou-se citação fidedigna das ideias trazidas pelos autores das produções utilizadas como resultados. **Resultados:** A análise descritiva dos resultados considerou sua similaridade, com isso os principais resultados dos estudos primários foram agrupados em categorias para responder a pergunta do presente estudo de revisão, quais sejam: Acessibilidade relacionada: ao tempo; à geografia; e ao psicossocial. Os estudos mostraram que a acessibilidade ao diagnóstico e tratamento dos casos de HIV possuem barreiras estruturais como o **tempo**. Isto inclui o horário de funcionamento dos serviços e a insuficiência de insumos para a infecção materna e prevenção da transmissão vertical do HIV e início tardio do pré-natal e exames de seguimento para o HIV fornecidos de maneira insuficiente. Isso mostra que, para essas mulheres, o fator tempo para recebimento da atenção à saúde relaciona-se com a satisfação quanto aos profissionais e serviço Apesar de acessarem os serviços, o enfoque na infecção pelo HIV não é devidamente garantido início tardio do pré-natal. A acessibilidade esbarra, também, aos aspectos **geográficos como** o transporte, a localização, os custos e a estrutura dos serviços de saúde. A alta rotatividade de profissionais, bem como o limitado fornecimento de materiais essenciais nos serviços. Essas dificuldades ampliam-se às mulheres com HIV que residem longe dos serviços de saúde o que reduz a possibilidade de comparecimento aos serviços. Os limitados recursos refletem no desconhecimento da infecção HIV, aumento dos custos de tratamento e na baixa aceitabilidade dos cuidados, devido ao déficit inicial de atenção e falta de vínculo com a equipe de profissionais. Promover a integração entre os serviços especializados e de atenção básica durante o pré-natal poderia elevar o contentamento com os serviços recebidos e, ampliando a capacidade de utilização dos mesmos. As barreiras **psicossociais** consistem no estigma como um dificultador durante o período intraparto, durante a realização pré e pós-teste anti-HIV, bem como na posterior adesão aos antirretrovirais e demais intervenções utilizadas durante a gestação, parto e pós parto para a prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho. Ausência de apoio e restrito acesso a conhecimentos também dificultaram as estratégias de prevenção da transmissão vertical do HIV no que tange a adesão aos antirretrovirais, bem como à testagem e, consequentemente, ao aconselhamento. A relação profissional-usuária, as atitudes discriminatórias dos profissionais de saúde, de desatenção e de insensibilidade dos profissionais de saúde, bem como a percepção de privacidade e confidencialidade contribui para o declínio da qualidade da atenção. Entretanto, quando a relação entre a gestante e a equipe é positiva, há satisfação com o serviço, de maneira geral, isso pode refletir na melhoria do estado geral de saúde de mãe e filho. **Conclusões:** Déficits presentes na equipe, nas instalações dos serviços de saúde e nos insumos fornecidos para prevenção da transmissão vertical do HIV e manejo da condição de saúde materna, promovem o descontentamento com a atenção recebida, repercutindo na utilização do serviço, ou seja, na intenção de comparecer às consultas e vincular-se ao mesmo. Apesar do serviço de saúde considerar-se provedor de atenção, o acesso somente será garantido ao primeiro contato se as usuárias assim o perceberem para as suas necessidades de saúde, incluindo a infecção pelo HIV. Dessa maneira, o investimento no acesso dessa população aproximará usuária e serviço, tornando possível a garantia de ações resolutivas durante a gestação. Isto refletirá positivamente no estado de saúde das futuras gerações, no qual o acesso à prevenção da transmissão vertical, bem como o manejo adequado da infecção pelo HIV poderá, dentre outros aspectos, viabilizar que crianças nasçam soronegativas e, possivelmente, menos vulneráveis a orfandade.

DESCRITORES: Acesso aos Serviços de Saúde; Gestantes; HIV; AIDS**.**

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**. 2011; 29(2):84–95.

2. Oliveira RN, Takahashi RF. As práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em unidades de atenção básica: realidades e determinantes. Rev Saude Coletiva. [internet]. 2011 [Cited 2015 set 16]; 8(54):234-8.

3. Val LF, Nichiata LYI. A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(Esp):149-55.

4. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.

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

10. ACESSIBILIDADE ORGANIZACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A SAÚDE COMO DETERMINANTE DA DEMANDA EM UM PRONTO SOCORRO

ORGANIZATIONAL ACCESSIBILITY OF PRIMARY CARE: HEALTH AS DEMAND DETERMINANT IN A FIRST-AID POST

ACCESIBILIDAD DE ORGANIZACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA: SALUD COMO LA DEMANDA DETERMINAR EM UNA SALA DE EMERGENCIAS

FONSECA, DienifeFortes SILVA[1], Silvana de Oliveira ;LIMA, Suzinara Beatriz Soares de[3]; FONSECA, Graziele Gorete Portella da[4] ;CARVALHO, Jordana Lopes[5] ;FONSECA, Hendil Fortes[6]

Introdução: O Sistema Único de Saúde, propõe que as ações em saúde estejam ancoradas nos princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Desde então, evidencia-se inúmeras iniciativas para a efetivação desse sistema, dentre elas destaca-se a reorientação da Atenção Primária com a Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem por finalidade, garantir aos usuários acesso à saúde de forma integral e efetiva. No entanto, no cotidiano dos serviços de saúde da atenção primária o que se tem observado é uma fragilidade no acesso da população aos serviços e na resolução das necessidades dos usuários. Estudos apontam a insatisfação dos usuários quanto à eficácia e qualidade da assistência na atenção primária destacando a organização desses serviços como um dos empecilhos no acesso e acolhimento, e um dos principais motivos para o descumprimento dos princípios do SUS.[1,2] Com o crescimento da demanda por serviços de atenção as urgências e emergências no Brasil, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Urgência regida pela Portaria n° 1863/GM de 29 de setembro de 2003, que aborda a descentralização da demanda nos prontos socorros, o trabalho em redes, a garantia do acesso e acolhimento nestes serviços. Preconiza-se o desenvolvimento de estratégias de promoção e prevenção de agravos, a contribuição para a organização do serviço e capacitação continuada das equipes de saúde para prestar assistência qualificada, efetiva e integral.[3] Nesta conjuntura, questionou-se o que determina a demanda de usuários, pertencentes às Estratégias de Saúde da Família no Pronto Socorro do municipal do interior do Estado do Rio Grande do Sul-Brasil? **Objetivo:** Compreender os motivos que determinam a demanda de usuários das ESF para um Pronto Socorro municipal. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo descritivo exploratório, realizada em uma unidade de Pronto Socorro situado em um município de médio porte no Estado do Rio Grande do Sul-Brasil. Para a seleção dos sujeitos foram utilizados os critérios de inclusão: usuários residentes em territórios pertencentes às unidades da Estratégia de Saúde da Família com idade superior a 18 anos, disponibilidade, interesse em participar da pesquisa. Como critérios de exclusão: o usuário que chegasse à unidade e fosse detectado clinicamente como urgência e emergência, ficasse internado em observação e que fosse

1 Enfermeira, Mestranda de Enfermagem do Programa de Pós Graduação de Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria(UFSM), Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: dieni_ff@yahoo.com.br.

2Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Campus de Santiago.

3Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta da UFSM, Santa Maria, RS, Brasil

4Enfermeira, Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

5 Enfermeira Assistencial. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

6Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

encaminhado formalmente por ESF ou Unidade Básica de Saúde. O critério "pertencer a uma unidade da ESF" se justificou por considerar que o usuário teria disponível o serviço de atenção primária, próximo à sua residência, e excluir o participante que necessitasse de internação ou fosse encaminhado por outros serviços, confirmando a necessidade de atendimento de urgência e emergência. A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto a setembro de 2014, por meio de entrevista semiestruturada com 13 sujeitos. O número de participantes se deu por meio de saturação ou repetição de dados, ou seja, quando a busca por novos sujeitos não acrescentou dados novos à pesquisa[4]. As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada do pronto socorro, que garantiu a privacidade dos participantes. As entrevistas foram gravadas para assegurar a realização da análise do material obtido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI – Santiago sob número do CAAE: 33496114.3.0000.5353. **Resultados:** O presente Resumo é um recorte da pesquisa o qual destaca: a acessibilidade organizacional na Atenção Primária à Saúde como determinante para a demanda no pronto socorro. Quando questionados sobre os principais motivos da escolha de procurar o Pronto Socorro os participantes relataram que obtiveram uma experiência negativa ao procurar as unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF), relacionando-a ao agendamento para atendimento, a falta de fichas e horários de funcionamento restrito. Pode-se evidenciar que as condições vivenciadas pelos participantes são decorrentes da forma de organização dos serviços de atenção primária onde os sujeitos estão adscritos. Portanto, para esses participantes, a acessibilidade organizacional trata-se de uma barreira no acesso a ESF. Outra barreira identificada diz respeito ao acolhimento dos participantes nas ESFs, a falta de diálogo entre profissionais e usuários, assim como uma escuta sensível e valorização dos aspectos biopsicossociais dos participantes. Para superar essa forma de produzir a assistência, é imprescindível reconhecer o sujeito como coparticipante na produção de sua saúde para assim, produzir um plano de cuidados de qualidade e resolutivo. Assim, é possível repensar as ofertas de atenção à saúde condizente com a necessidade da população. **Conclusão:** Nessa pesquisa identificou-se que os motivos que determinam a demanda dos usuários, residentes em áreas de abrangência das ESF, estão relacionados à dificuldade de acesso na Atenção Primária decorrentes da acessibilidade organizacional. Frente ao exposto, o papel da enfermagem, nesse contexto, perpassa pelo compromisso ético com as diretrizes do SUS, transcende o modelo de atenção fragmentado e articula a assistência em uma proposta ampla que considera os aspectos biopsicossociais para o planejamento e organização dos Serviços de Saúde.

DESCRITORES: Enfermagem; Administração de Serviços de Saúde; serviços médicos de emergência; atenção primária à saúde.

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

Referências

1. Gomidê MSF, Pinto IC, Figueiredo LA. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. Acta Paul Enferm 2012; 25 (2):19-25.
2. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM dos, Alves MTSS de B e, Lamy ZC et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. Ciênc. saúde coletiva 2013;18 (11): 3321-3331.
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção ás Urgências. Brasília; 2011.

4. Minayo MCS. Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec Abrasco; 2014.

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

11.AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM RELAÇÃO ÀS DROGAS NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

PROMOTION ACTIONS HEALTH IN RELATION TO DRUGS IN ADOLESCENT: A LITERATURE REVIEW

ACCIONES PROMOCIÓN DE SALUD EN RELACIÓN CON LAS DROGAS EN LA ADOLESCENCIA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

TUCHTENHAGEN, Patrícia[1]; DULLIUS, Angela Isabel dos Santos[2] ANSUJ, Angela Pellegrin[3] SILVA, Jaqueline Scalabrin[4]; SANTOS, Danusa Passini[5]; GONÇALVES, Naiane Glaciele da Costa[6]; ACOSTA, Camila Martins[7]

Resumo

Introdução: Os desafios das estratégias de promoção à saúde em relação aos adolescentes para prevenção ao uso de drogas aumentam cada vez mais, diversos são os fatores que os colocam em situação de risco de vida. **Objetivo:** verificar quais ações de promoção da saúde estão sendo realizadas como estratégias de prevenção ao uso de drogas na adolescência. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa. A busca na literatura ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2017, através da inserção dos DESCRITORES adolescência, drogas e a promoção da saúde no bando de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências e Saúde (LILACS). **Resultados e discussão:** Foram selecionados doze artigos científicos, destes, dois abordam as consequências do uso de drogas, seis trabalharam os tipos de drogas as consequências das suas associações e quatro apresentaram as ações de promoção da saúde em relação ao uso de drogas de abuso. Com essa estratégia de busca o número de produções encontradas foi insipiente, especialmente na enfermagem, pois apenas um dos estudos selecionados foi realizado por esses profissionais. **Considerações finais:** O enfermeiro tem papel fundamental na coletividade e pode atuar nas diversas áreas da saúde, o que lhe confere grande responsabilidade na prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde dos adolescentes em relação às drogas.

DESCRITORES: Drogas; adolescência; promoção da saúde; enfermeiro; trabalho.

Abstract

Introduction: The challenges of health promotion strategies for adolescents to prevent drug use are increasing, with several factors that put them at risk of life. **Objective:** to verify which actions of health promotion are being carried out as strategies to prevent drug use in adolescence. **Methodology:** This is a bibliographical research with a qualitative approach. The literature search occurred in the months of February and March of 2017, through the insertion of the descriptors adolescence, drugs and health promotion in the Latin American and Caribbean Literature database on Health and Sciences (LILACS). **Results and discussion**: Twelve scientific articles were

1 Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: patytuchtuch@yahoo.com.br.
2Cirurgiã-Dentista, Prof. Associada Depto. Estatística-UFSM, Doutora em Odontologia, com ênfase em epidemiologia, Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
3 Professora Titular Depto. Estatística –UFSM, Doutora em Engenharia de Produção, Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
4 Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria
5 Enfermeira, Especialista em Docência no Ensino Superior
6 Enfermeira, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (bolsista CAPES).
7 Graduanda do 4° Semestre de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria.

selected, of which two dealt with the consequences of drug use, six worked types of drugs, the consequences of their associations and four presented health promotion actions regarding the use of drugs of abuse. With this search strategy, the number of productions found was insipient, especially in nursing, since only one of the selected studies was performed by these professionals. **Final considerations:** Nurses play a fundamental role in the community and can act in the different health areas, which gives them great responsibility in the prevention, promotion, protection and recovery of adolescents' health in relation to drugs.

DESCRIPTORS: Drugs; Adolescence; Health Promotion; Nurse; Work.

Resumen

Introducción: Los desafíos de las estrategias de promoción de la salud en relación con los adolescentes para prevenir el aumento del consumo de drogas cada vez más, muchos son los factores que los ponen en riesgo la vida. **Objetivo**: Determinar la que las acciones de promoción de salud se están llevando a cabo como estrategias para prevenir el consumo de drogas en la adolescencia**. Metodología**: Se trata de una investigación bibliográfica de enfoque cualitativo. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en febrero y marzo de 2017, mediante la inserción de los adolescentes, las drogas y los descriptores de promoción de la salud en el archivo de la Literatura Latinoamericana y del Caribe de Ciencia y Salud (LILACS). **Resultados y discusión** doce trabajos científicos fueron seleccionados, estos dos frente a las consecuencias del consumo de drogas, seis tipos de drogas trabajó las consecuencias de sus asociaciones y cuatro presentaron las acciones de promoción de la salud en relación con el uso de las drogas de abuso. Con esta estrategia de búsqueda se encontró el número de producciones ignorantes, especialmente en ancianos, ya que sólo uno de los estudios seleccionados se llevó a cabo por estos profesionales. **Consideraciones finales**: La enfermera tiene un papel fundamental en la comunidad y puede actuar en diversas áreas de la salud, lo que le confiere una gran responsabilidad en la prevención, promoción, protección y recuperación de la salud de los adolescentes en relación a las drogas.

DESCRIPTORES: Las drogas; la adolescência; la promoción de la salud; enfermeira; trabajo.

Introdução

Com o decorrer dos anos e principalmente após a Carta de Ottawa (1986), cada vez mais se fala em qualidade de vida, devido às mudanças na concepção do processo saúde doença. As ações de promoção da saúde visam o empoderamento e autonomia do usuário do serviço de saúde, para a obtenção de melhores condições de vida e saúde[1]. Construir estratégias de promoção da saúde voltadas para adolescentes, que possibilitem prevenir ao uso de drogas é um grande desafio para os profissionais de saúde na atualidade. Pois, os fatores que as colocam em situação de risco se originam dos diferentes níveis de seu contexto de vida.

A dependência química é um assunto amplamente exposto e debatido, porém o número de usuários cresce exponencialmente, fazendo com que o uso abusivo de substâncias psicoativas se torne um grave problema social e de saúde pública[2]. Um levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) no ano de 2005, comprova que nas 108 cidades mais populosas do país, 22,8% da população já fez uso de crack e outras drogas em algum momento da vida. Em relação ao consumo de drogas lícitas, 12,3% das pessoas faziam uso de bebidas alcoólicas e 10,1% faziam uso de tabaco. Destes dados, o uso de maconha aparece em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, com 8,8%, sendo a segunda droga com maior uso na vida (exceto tabaco e álcool), o solvente (6,1%). A prevalência do uso de cocaína, crack e merla foi, respectivamente, 2,9%, 0,7%, 0,2% e de heroína foi de 0,09%. Esta pesquisa conclui que há o uso das mais variadas drogas, bem como facilidade de acesso às mesmas e vivência de consumo próximo por parte de familiares e amigos. Dentre os

participantes da pesquisa, um terço da população masculina de 12 a 17 anos, declarou já ter sido submetida a tratamento para dependência de droga[3].

A partir desta realidade opta-se pela pesquisa com o adolescente, as drogas e ações de promoção da saúde, uma vez que o uso de substâncias psicoativas está cada vez mais precoce. O adolescente em crise encontra na droga uma opção para resolver "os problemas". Além disso, quanto mais cedo ocorre a experimentação, maior será o risco de evolução para dependência, pois a identidade e as competências da vida estão em desenvolvimento[4]. Ainda, se a dependência se instalar precocemente poderão acontecer atrasos no desenvolvimento psíquico e prejuízos cognitivos, o adolescente está em fase peculiar do desenvolvimento, ou seja, nesta fase há naturalmente conflito por vivenciar corpo e mente em transformação, por isso constituem uma população de risco em relação ao uso de drogas[24].

Destaca-se a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas[5], que cita como resultados do uso de drogas por adolescentes, os altos índices de abandono escolar, bem como, o rompimento de outros laços sociais, além da relação entre o uso de drogas e o aumento da criminalidade. A presente pesquisa objetivo verificar quais ações de promoção da saúde estão sendo realizadas pelos profissionais de saúde como estratégias de prevenção ao uso de drogas na adolescência. Diante desta realidade, emergiu a questão de pesquisa: quais as ações de promoção da saúde estão sendo realizadas como estratégias de prevenção ao uso de drogas pelos profissionais de saúde aos adolescentes?

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa, que é desenvolvida baseada no material já elaborado, pois permite ao investigador a cobertura de uma série de fenômenos muito mais ampla do aquela que poderia pesquisar diretamente. Na abordagem qualitativa há uma sequência de atividades, que envolve a redução dos dados, a categorização desses dados, sua interpretação e a redação do relatório[6].

Os dados foram coletados no banco de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências e Saúde (LILACS). Primeiramente foi realizada uma consulta aos DESCRITORES em Ciência da Saúde (DECS) e então, selecionados os seguintes DESCRITORES: adolescência, drogas e a promoção da saúde. Com esta estratégia de busca, obteve-se uma amostra composta por 28 artigos científicos. Após foi estabelecido os critérios de inclusão e exclusão, então realizou-se o refinamento até chegar a uma amostra composta por doze artigos.

Adotou-se como critério de inclusão artigos com texto disponível na íntegra, publicados a partir de 2006 por serem estudos mais atuais, realizados no Brasil, com limite à temática adolescente usuário de drogas e a promoção à saúde. Foram excluídos da amostra artigos em outro idioma, Resumos, teses, dissertações, textos que não abordem a temática adolescente usuário de drogas e a promoção da saúde. Posteriormente ocorreu a leitura e o fichamento dos artigos selecionados, buscando evidências para melhor compreender o conteúdo. Então, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo que permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos científicos[7].

Assim, foi utilizada a modalidade da análise de conteúdo, onde se descobre os núcleos de sentido cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado, sendo que a sistematização se constitui de três etapas: ordenação, classificação dos dados e análise final[7]. Deste modo, ocorreu uma pré-análise com ênfase nos objetivos iniciais da pesquisa. Nesta fase, foi realizada uma leitura minuciosa buscando características e peculiaridades que contemplassem o foco da pesquisa. Após ocorreu a exploração do material e confecção de um Resumo dos textos organizando-os por tópicos. Após, ocorreu à coleta dos resultados criando assim as três categorias temáticas e a discussão dos resultados.

Resultados e discussão

Tendo em vista que o objetivo dessa pesquisa foi apurar as ações de promoção da saúde realizadas como estratégias de prevenção ao uso de drogas na adolescência, e que os passos de análise seguidos contemplaram a redução, a categorização e interpretação dos dados, as categorias serão apresentadas a seguir.

Problemas resultantes do consumo de drogas

Dos artigos analisados, 16% (n=02), aborda que o consumo de drogas incluindo o álcool, pode resultar em maleficio à saúde ou a família e a sociedade. Para um dos autores a dependência química poderá resultar em condições desfavorecidas de moradia e escolaridade. Além disso, o uso do álcool e outras drogas pela mãe pode prejudicar à saúde mental e impedir um desenvolvimento saudável dos filhos. Cabe destacar que muitas vezes o consumo de drogas está relacionado a incidências de diversas doenças, como problemas coronários, cirrose e câncer. Além disso, seu uso poderá gerar incapacidades permanentes ou até mesmo a morte[8]. No outro estudo, o autor refere que o uso do álcool e outras drogas é um fator de risco para a prática do ato infracional por adolescentes[9]. Assim, o consumo de drogas poderá trazer inúmeras consequências danosas ao indivíduo que a consome, para aqueles que estão à sua volta e para a sociedade como um todo.

O uso de drogas e suas associações

Dos artigos analisados, 50% (n=06), apresentaram os elementos a que o uso do álcool e outras drogas está associado. O primeiro refere ao nível socioeconômico, neste estudo ficou constatado que adolescentes das classes média/média superior apresentaram percentual substancialmente maior de uso, na vida, de álcool, tabaco, maconha e solventes, quando comparados com seus pares das classes baixa/baixa inferior[10].Outra associação importante que merece destaque é o uso de álcool e outras drogas a comportamentos violentos, dado que foi constatado em dois estudos. Para os autores, o uso de álcool e de drogas ilícitas predispõe comportamentos violentos entre adolescentes além da prática do bullying[11-12].

É na adolescência que na maioria das vezes acontece o primeiro contato com as drogas. Em função disso, mais adolescentes ficam expostos aos riscos de consumir substâncias psicoativas. Um dos fatores associados ao consumo de substâncias psicoativas é a ansiedade[13]. O uso concomitante de mais de uma substancia psicoativa mereceu destaque no estudo que abordou uso do tabaco entre escolares no Brasil, nesta pesquisas as variáveis ter experimentado álcool, drogas, ter feito sexo sem usar preservativo pelo menos uma vez na vida e ter consumido pelo menos uma dose de bebida

alcoólica nos últimos trinta dias, são fatores que aumentam as chances de os indivíduos tornarem-se tabagistas regulares[14].

Outro destaque foi o estudo sobre o uso de substâncias psicoativas e métodos contraceptivos pela população urbana brasileira, assinalou que dentre os indivíduos estudados, os que consumiram álcool e outras drogas são os que menos utilizaram métodos contraceptivos[15].

Ações de promoção da saúde voltadas para dependentes químicos

Dos artigos analisados, 34% (n=04) abordaram estratégias de promoção da saúde como prevenção ao uso de álcool e outras drogas. Sendo que, um deles se refere a ações do enfermeiro ao assistir o adolescente dependente químico. O enfermeiro deverá considerar o contexto e a subjetividade deste adolescente usuário e prestar uma assistência voltada para a promoção de sua saúde, do ponto de vista emancipatório dos jovens, afim de prevenir o uso de drogas[16.]

Outro dado importante é a associação entre o consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas e os fatores de proteção familiar. Residir com ambos os pais tem efeito protetor nos hábitos de fumar, beber e usar drogas, a supervisão familiar e fazer pelo menos uma refeição com a família também é importante na prevenção destes hábitos. Por isso, o papel da família é fundamental na prevenção de riscos, como uso do tabaco, álcool e outras drogas e na promoção à saúde dos adolescentes[17].

No artigo "Significações sobre adolescência e saúde entre participantes de um grupo educativo de adolescentes" destacam-se as atividades de grupo realizadas com a finalidade de compreender o que eles pensam sobre si mesmos, reforça-se a importância das ações de promoção da saúde devem fazer parte do cotidiano por eles vivenciado e buscar menos a adaptação irrestrita de modelos prontos de intervenção com temáticas e estratégias previamente definidas. É necessário mais investimento em políticas positivas de saúde que valorizem a qualidade de vida ao invés de ações que priorizem a violência, sexualidade e uso de drogas[18].

Por último, um estudo sobre o impacto das ações sobre drogas do Ministério da Saúde, fez uma análise entre as abordagens com enfoque na abstinência e com enfoque na redução de danos. Como resultado desta análise, os autores constataram que a redução de danos é uma estratégia de tratamento efetivo para usuários de álcool e outras drogas, pois promove uma abordagem criativa, pois permite que o usuário seja envolvidos no seu próprio tratamento e assim compreender sua relação com a droga[19].

Considerações Finais

O presente estudo de revisão bibliográfica visou analisar as publicações da última década sobre as ações de promoção da saúde na prevenção ao uso de drogas na adolescência. Dos artigos analisados, somente quatro abordaram ações de promoção da saúde.

Destaca-se que somente um artigo, dos estudos analisados, se refere ao profissional enfermeiro como promotor da saúde em relação à prevenção da dependência química na adolescência, o que demostra carência de publicações neste sentido. O enfermeiro, em virtude do seu importante papel na coletividade e por ser um profissional que está presente diretamente em todas as demandas dos serviços de saúde, possui grande responsabilidade na prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde deste público e nesta temática.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Bezerra IMP, Sorpreso ICE. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. J Hum Growth Dev. 2016; 26(1): 11-16.
2. Cantão L, Botti NCL. Comportamento suicida entre dependentes químicos. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 mar-abr;69(2):389-96.
3. Brasil. II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País 2005. São Paulo, 2006.
4. Toscano JR A Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: Seibel SD, Toscano Jr A. Dependência de drogas. São Paulo, Editora Atheneu, 181-190, 2001
5. Brasil. Prevenção do uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho. 3 ed. – Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, 2012. 384 p.
6. Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
8. Grandia CG, Vilela TR, Figlieb NB. Children of substance abusers: psychosocial profile of children and adolescents. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 17-26, 2014.
9. 09. Silveira MAS, Maruschi MC, Bazon MR. Risco e proteção para o engajamento de adolescentes em práticas de atos infracionais. Journal of Human Growth and Development 2012; 22(3): 348-357.
10. Pratta EEM, Santos, MA. Adolescência e uso de substâncias psicoativas: o impacto do nível Socioeconômico. Rev Latino-am Enfermagem 2007 setembro-outubro; 15(número especial).
11. Andrade SSCA, Yokota RTC, Sá NNB, Silva MMA, Araújo WN, Mascarenhas MDM, Malta DC. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(9):1725-1736, set, 2012.
12. Borges LS, Alencar HM. Violências no cenário brasileiro: fatores de risco dos adolescentes perante uma realidade contemporânea. Journal of Human Growth and Development, 2015; 25(2): 194-203.
13. Lopes AP, Rezende MM. Ansiedade e consumo de substâncias psicoativas em adolescentes. Estudos de Psicologia. Campinas 30(1) 49-56 janeiro-março 2013
14. Barreto SM, Giatti L, Casado L, Moura L, Crespo C, Malta DC. Exposição ao tabagismo entre escolares no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 2):3027-3034, 2010.
15. Bastos FI, Cunha CB, Bertoni N. Uso de substâncias psicoativas e métodos contraceptivos pela população urbana brasileira, 2005. Rev Saúde Pública 2008;42(Supl 1):118-26.
16. 16.Valença CN, Brandão ICA, Germano RM, Vilar RLA, Monteiro AI. Abordagem da dependência de substâncias psicoativas na adolescência: reflexão ética para a enfermagem. Esc Anna Nery (impr.)2013 jul - set; 17 (3):562 – 567.
17. Malta DC, Porto DL, Melo FCM, Monteiro RA, Sardinha LMV, Lessa BH. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. Rev Bras Epidemiol 2011; 14(1) Supl.: 166-77.
18. Macedo EOS, Conceição MIG. Significações sobre Adolescência e Saúde entre Participantes de um Grupo Educativo de Adolescentes. Psicologia: Ciência e profissão, 2015, 35(4), 1059-1073.
19. Passos IF, Lima ICBF. Política de Drogas: que impacto tem sobre as crianças e os jovens? Psicol. Soe. Vol.25 nº.spe Belo Horizonte 2013.

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

12.ADESÃO E SABERES DOS ADOLESCENTES ACERCA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ACESSION AND KNOWLEDGE OF ADOLESCENTS ABOUT PRIMARY HEALTH CARE: EXPERIENCE REPORT

COMPOSICIÓN Y CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA: RELATO DE EXPERIENCIA

CORTES, Dryelle Gasparini[1] FERREIRA, Clarissa Nicoli[2];BERTOLDO, Caren da Silva[3]; CREMONESE, Luiza [4]

Resumo

Introdução: Durante a adolescência acontecem alterações psicológicas, físicas e sociais tornando assim o adolescente em um sujeito vulnerável, propenso à exposição a riscos. Ao longo dos anos tornou-se necessário o desenvolvimento de ações governamentais que garantissem à atenção integral a saúde dos adolescentes. Partindo desse pressuposto a atenção básica torna-se porta de entrada na assistência a adolescentes e jovens. **Objetivo:** relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem em rodas de conversa com adolescentes acerca da adesão e os saberes dos mesmos sobre o serviço de atenção básica. **Relato da Experiência:** Participaram do encontro estudantes com idade entre 15 a 18 anos dispersos em três turmas distintas. **Resultados:** Inicialmente desenvolveu-se dinâmica de apresentação, posteriormente os adolescentes foram questionados sobre seu conhecimento. Por fim houve a dinâmica do Verdadeiro ou Falso. **Considerações Finais:** A experiência contribuiu para construção de conhecimento mútuo e esclarecimento de dúvidas dos adolescentes.

DESCRITORES: Enfermagem; Saúde do Adolescente; Saúde Pública.

Abstract

Introduction: During adolescence, psychological, physical and social changes occur, thus making adolescents vulnerable to exposure. Over the years it has become necessary to develop governmental actions that guarantee the integral attention to the health of adolescents. Based on this assumption, primary care becomes a gateway in the care of adolescents and young people. **Objective:** to report the experience of nursing students in conversation with adolescents about adherence and their knowledge about the primary care service. **Experience Report:** Students aged 15 to 18 years dispersed in three different classes participated in the meeting. **Results:** Initially the presentation dynamics were developed, later adolescents were questioned about their knowledge. At last there was the dynamics of the True or False. Final Considerations: The experience contributed to the construction of mutual knowledge and clarification of the adolescents' doubts.

DESCRIPTORS: Nursing; Adolescent Health; Public Health.

Resumen

1 Acadêmica, Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). drykakolbe@gmail.com
2 Acadêmica, Graduanda em Enfermagem na UFSM.
3 Acadêmica, Graduanda em Enfermagem na UFSM.
4 Enfermeira, Mestra em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM (PPGEnf/UFSM).

Introducción: Durante la adolescencia suceder cambios psicológicos, físicos y sociales facilitando así la labor de los adolescentes en un sujeto vulnerable, con tendencia a correr el riesgo de exposición. Con los años se ha hecho necesario desarrollar acciones gubernamentales que garanticen la plena atención a la salud de los adolescentes. Sobre la base de esta suposición atención primaria se convierte en puerta de entrada a la asistencia a los adolescentes y jóvenes. **Objetivo:** Presentar la experiencia de los estudiantes de enfermería en los círculos de conversación con los adolescentes acerca de la pertenencia y el conocimiento de la misma en el servicio básico. **Experiencia informe:** los alumnos que cumplan 15 a 18 disperso en tres clases diferentes edades. **Resultados:** presentación dinámica Inicialmente se desarrolló más tarde se pidió a los adolescentes acerca de su conocimiento. Finalmente hubo la dinámica de Verdadero o Falso. **Consideraciones finales:** La experiencia ayudaron a construir el entendimiento mutuo y la aclaración de dudas adolescentes.

DESCRIPTORES: Enfermería; Salud del Adolescente; Salud Pública.

Introdução

A adolescência constitui-se como um período de transição, em que o indivíduo deixa de ser percebido como criança e passa a ser considerado um adulto em desenvolvimento[1]. Nesta fase ocorrem alterações psicológicas, físicas e sociais, as quais tornam o adolescente um indivíduo vulnerável, aumentando assim sua exposição a riscos[1].

Ao longo dos anos, pensou-se em modelos assistenciais que contemplassem o adolescente de maneira integral, então, se constituiu como primeira medida governamental o Estatuto da Criança e o Adolescente (ECA) em 1990, a fim de assegurar o direito das crianças e adolescentes de proteção à vida e à saúde. Sendo assim, o ECA caracteriza um marco fundamental na luta pelos direitos das crianças e adolescentes, servindo como incentivo para ações posteriores[2]. Alguns anos depois, em 2005, surge a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens, que incorpora a assistência prestada aos adolescentes com a estrutura e os mecanismos de gestão, na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) e às ações de rotina destes, em todos os níveis[2].

A partir disto, a atenção básica passa a ser percebida como porta de entrada para prestação de assistência aos adolescentes e jovens, permitindo o envolvimento desses indivíduos nas questões de saúde, sejam elas individuais ou coletivas. As ações de promoção da saúde voltadas para adolescentes devem ser executadas na perspectiva de saúde coletiva, contando com o auxílio dos profissionais da enfermagem para realização da educação em saúde[2]. Esta, constitui-se como importante instrumento para prevenção e promoção da saúde, contribuindo para construção de pensamento crítico e incentivo à autonomia[1].

O enfermeiro possui o papel de condutor das atividades de educação em saúde, uma vez que, para melhor contemplar as exigências da adolescência, o profissional precisa ultrapassar as habilidades técnicas e assistenciais e entrar no campo da educação. Os adolescentes constituem um

público alvo com demandas especificas de saúde e, por isso, o profissional enfermeiro necessita considerar esses indivíduos como responsáveis pela própria saúde, capazes de aprender e tomar suas próprias decisões[3].

Sabe-se que os adolescentes procuram a Unidade Básica de Saúde, predominantemente, quando se encontram em situações de doença e que a evitam por conta da falta de privacidade, mau atendimento e desconhecimento de alguns serviços[4]. Partindo desse pressuposto, o presente estudo tem como questão de pesquisa: "Como os adolescentes percebem a Unidade básica e quais seus conhecimentos acerca dela?". E tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem em rodas de conversa com adolescentes acerca da adesão e os saberes dos mesmos sobre o serviço de atenção básica.

Método

Trata-se de um relato de experiência, que teve a roda de conversa como metodologia de diálogo. Constituiu-se a partir de um único encontro organizado por acadêmicas do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), realizado em novembro de 2016, totalizando a carga horária de 4 horas. Participaram do encontro estudantes com idade entre 15 a 18 anos dispersos em três turmas distintas, juntamente com a professora responsável pela supervisão das mesmas.

Durante a realização das atividades, aos alunos, as acadêmicas e a professora responsável pela turma dispuseram suas classes em círculo, para facilitar o diálogo. Houve a implementação de algumas dinâmicas: a primeira foi de apresentação, para provocar maior interação ao grupo; em um segundo momento questionou-se pontos acerca do conhecimento dos adolescentes frente à Atenção Primária de Saúde e sua ligação com o serviço; e por fim, houve a apresentação de afirmativas relacionadas à Unidade de Atenção Básica e seus serviços, nesta ocasião os adolescentes expressavam suas opiniões utilizando placas vermelhas para as afirmativas erradas, e verdes para as corretas, e posterior discussão sobre os temas.

A roda de conversa seguiu características da metodologia participativa, onde foram consideradas as vivências dos participantes, através da escuta e troca de experiências, fazendo-os agentes formadores do próprio conhecimento. Ainda, a metodologia participativa permite expansão do conhecimento dos acadêmicos envolvidos na atividade, uma vez que foge da teoria dos livros e os leva a conhecer a realidade e trabalhar com adolescentes saudáveis[5].

Resultados e discussão

Ao todo, a atividade contou com 37 alunos, dentre eles, 19 meninas e 18 meninos. As rodas de conversa envolveram os adolescentes, a professora responsável pela turma no período da atividade e as acadêmicas organizadoras. No primeiro momento, foi sugerida uma atividade de apresentação, que consistia em um jogo de memória. O primeiro da roda de conversa deveria dizer seu nome e uma característica sua com a letra inicial do mesmo, o segundo diria o nome, a característica do primeiro e ainda a sua. A atividade se seguiu até que o último da roda citasse o nome e a característica de todos os membros anteriores.

Esse tipo de dinâmica é utilizada para uma primeira abordagem, pois permite a diminuição de barreiras de diálogo entre as pessoas, já que é normal um grupo recém-formado não se encontrar à vontade e haver uma inibição inicial[6]. Após a realização da atividade, percebeu-se que o grupo passou a interagir mais.

Em um segundo momento, os adolescentes foram questionados se conheciam a finalidade da Unidade Básica de Saúde, e um terço deles apontou que a desconhecia. Mesmo após essa exposição, a maioria relatou que já havia comparecido pelo menos alguma vez em um serviço de Atenção Básica.

A Atenção Básica gerencia um conjunto de ações de saúde, compreendendo a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a manutenção da saúde. É desenvolvida sob forma de trabalho em equipe, em territórios delimitados, considerando as necessidades de saúde da população que o serviço abrange e levando em consideração os problemas de maior relevância de seu território. O serviço tem como fundamental atributo ser a principal porta de entrada do sistema de saúde, do qual está interligado aos demais serviços em forma de redes de atenção a saúde. Faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e por isso, é universal, de fácil acesso, regido pela humanização do cuidado, equidade e participação da comunidade[7].

Em relação à frequência, alguns adolescentes apontaram que nunca foram, pois nunca precisaram, ou nunca ficaram doentes, ou ainda, que preferem buscar pelos serviços particulares. Já os adolescentes que disseram frequentar, citaram como motivos a vacinação, consultas médicas, odontológicas e busca por preservativos. Estudo[4] realizado no Ceará reitera que a maior procura se dá por queixas clínicas, admitindo o modelo biomédico como prevalente, e que grande parte dos adolescentes considera a saúde como ausência de doença.

Foi proposto ao grupo, então, uma nova dinâmica, com o intuito de dialogar sobre o conhecimento dos adolescentes acerca da Atenção Básica e de seus serviços. Foram lidas afirmações que podiam ser verdadeiras ou falsas, e o grupo deveria erguer as placas com as

cores verde ou vermelha conforme a veracidade ou não das afirmativas e, a partir disso se iniciava uma discussão sobre o tema levantado.

Percebeu-se que a maioria dos jovens sabia da realização gratuita de testes rápidos para HIV e sífilis, mas foi observado que poucos tinham ciência das formas de prevenção, sinais e sintomas, tratamento e consequências dessas doenças. Questionaram acerca de enfermidades e suas consequências diversas vezes, e podemos associar, a pouca busca pelos serviços à desinformação.

Segundo Tôrres, Nascimento e Alchien[3], 40% dos adolescentes procuram tirar dúvidas relacionadas à sexualidade com suas mães, 30% com amigos, 7% com familiares (exceto a mãe), 2% com ginecologistas, 2% com os namorados e 19% dos adolescentes não esclarecem suas dúvidas com ninguém. O fato dos adolescentes não procurarem alguém, de acordo com o estudo, é que os mesmos consideravam-se como entendidos o suficiente para não ter dúvidas, e outros relatavam ser extremamente tímidos e introvertidos para assuntos íntimos[3].

Quando indagados se seus pais obrigatoriamente saberiam dos resultados dos exames, a maior parte negou, porém desconheciam as circunstâncias onde o sigilo profissional poderia ser revogado. De acordo com Rocha et al.[4], alguns adolescentes vão à unidade e buscam por privacidade, por outro lado, a ausência dos pais no momento da consulta era considerada uma dificuldade. Estudo[8] afirma que a consulta deve ser realizada sempre em dois momentos, uma junto com a família do adolescente e outra apenas com ele, garantindo a privacidade, que é um direito assegurado pelo ECA.

O Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem prevê que é dever dos enfermeiros respeitar a privacidade e intimidade do paciente, além de manter em sigilo seus conhecimentos acerca da assistência prestada, em razão de sua atividade profissional, independente da idade do paciente. O sigilo profissional só será abolido em casos previsto na Lei, como por exemplo, nos casos de riscos de vida, ou riscos relevantes à própria pessoa ou a terceiros. De acordo com o Código de Ética Médica, o sigilo só poderá ser revogado em caso de menor de idade que não tenha capacidade de avaliar e conduzir seus problemas por seus próprios meios[9].

Em relação ao Planejamento Reprodutivo, poucos desconheciam esse serviço, e alegaram saber que o mesmo não é direcionado apenas pra mulheres sexualmente ativas. Seguindo este contexto, foram questionados acerca de seus conhecimentos frente ao teste rápido de gravidez e mais da metade dos adolescentes não sabiam que podiam ser realizados gratuitamente pela atenção primária.

No que refere aos métodos contraceptivos, os adolescentes tinham conhecimento da distribuição gratuita de preservativos masculinos e femininos, e de que alguns anticoncepcionais são gratuitos. Notou-se que os adolescentes possuíam muitas dúvidas em relação à eficácia dos métodos e dos efeitos adversos.

É recomendado às equipes de Atenção Básica que garantam o acesso às informações, métodos e meios de regulação da fecundidade, bem como para proteção contra ISTs. É dever do serviço oferecer ações educativas individuais ou coletivas, e que a escolha e uso de métodos contraceptivos seja de escolha livre e informada[9]. Neste sentido, o nível de escolaridade é um fator importante na decisão de qual método contraceptivo ou de proteção será utilizado durante a primeira relação sexual, já que o grau de proteção é menor entre pessoas que não completaram o ensino fundamental em comparação com aquelas que têm nível superior completo[10].

Quando questionados sobre a vacinação, demonstraram conhecer as vacinas que precisam estar atentos nessa fase, e ainda, levantaram apontamentos e dúvidas sobre o Tétano, campanha contra gripe e as consequências de quem opta por não ser vacinado.

Nessa roda de conversa, para além da dinâmica, os jovens pontuaram assuntos e dúvidas voltadas ao autocuidado e sua visão sobre a assistência de saúde prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os jovens, ao finalizar a roda, apontaram que as informações trazidas pelas acadêmicas e pela professora foram esclarecedoras.

Considerações Finais

Frente à vivência das acadêmicas, apontamos que os adolescentes possuem conhecimento de grande parte dos serviços ofertados pela Atenção Básica de Saúde, todavia desconhecem a finalidade e as razões para realização desses cuidados. Dessa forma, associa-se a baixa adesão ao serviço com a desinformação dos adolescentes, tendo em vista os diversos questionamentos acerca de enfermidades e suas consequências, dos serviços prestados e a importância de realizá-los, e de que forma acessá-los.

A escola e os profissionais de saúde podem contribuir com a construção do conhecimento, instruir os jovens, e ainda, auxiliar o entendimento acerca da atenção primária, a saúde da população jovem e a importância do autocuidado.

A vivência possibilitou atribuição de conhecimento por parte das acadêmicas de enfermagem, permitindo visão da realidade dos adolescentes, contribuindo assim, para a construção de pensamento crítico-reflexivo, ferramenta importante no exercício da enfermagem. Por fim, espera-se que este estudo incentive os demais acadêmicos e profissionais da saúde a

desenvolverem ações de educação em saúde junto à comunidade, principalmente com adolescentes, pois a partir da vivência, pode-se perceber uma lacuna na atenção prestada a essa população compreendida como vulnerável em virtude das características do período de vida em que se encontram.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Santos SJ, Andrade RD, Mello DF, Maia MAC. **Educação em saúde na adolescência**: contribuições da estratégia saúde da família. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 2014 Jul, 14(1): 20-6.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

3. Tôrres TRF; Nascimento EGC; Alchien JC. **O cuidado de enfermagem na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.** Adolesc. Saúde, Rio de Janeiro. 2013 abril, 10(1), 16-26.

4. Rocha FAA, Silva MAM, Moreira ACA, Ferreira AGN, Martins KMC. **Programa de Saúde da Família: percepção de adolescentes de um município do Estado do Ceará**. Adolesc Saude. 2012; 9(2): 7-13.

5. Gonçalves RAB, Gonçalves RG. **Metodologias participativas na construção de saberes sobre a relação comunidade e escola**. Rev Artifícios UFPA. Belém, 2012; 3(2): 1-18.

6. Tinoco R, Cláudio D, Souza NP de. **PASSE.psi Dinâmica de grupos: uma listagem de boas práticas.** 1ª ed.

7. 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.

8. Taquette SR. **Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes**. Adolesc Saude. 2010; 7(1):6-11

9. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, nº 26. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília, DF, 2010.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à Saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, 2010.

13.ADOLESCENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE REVISÃO

ADOLESCENTS WITH HEALTH SPECIAL CARE NEEDS: A REVIEW STUDY

ADOLESCENTES COM NECESIDADES ESPECIALES DE LA SALUD: UN ESTUDIO DE REVISIÓN

SILVA, Karen Ticyane[1]; SILVA, Júlia Heinz da[2]; SILVEIRA, Andressa da[3]; NEVES, Eliane Tatsch[4]

Introdução: Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), lei 8.069 de 1990, a adolescência é o período da vida compreendido entre os 12 e 18 anos de idade.[1] Nesta faixa etária ocorrem mudanças biopsicossociais como, por exemplo, o início da puberdade, adequações às mudanças do corpo, interesse por novas atividades e a busca pela identidade. Frente a estas transformações, o adolescente, que não é mais criança e ainda não é adulto, vive essa fase buscando sua aceitação na sociedade. Embora este momento da vida seja geralmente marcado por mudanças saudáveis e não comumente associado a patologias, nas últimas décadas ocorreu um aumento das condições crônicas nessa fase da vida.[2] Este aumento pode estar associado ao avanço da tecnologia na área da saúde nos últimos tempos, à efetividade das políticas públicas, à produção do conhecimento e a realização de novos estudos voltadas para a assistência à saúde da criança e do adolescente. Todos estes fatores favoreceram para a diminuição da taxa de mortalidade infantil no Brasil, a qual em 1990 era de 47,1 óbitos infantis por mil nascidos vivos e, em 2011, chegou a 15,3 óbitos infantis por mil nascidos vivos.[3] Contudo, apesar dessa redução ser vista como algo positivo para o país, ela trouxe outras demandas que refletem nas questões de saúde pública, pois ocasionou também o aumento da sobrevida de crianças clinicamente frágeis, que antes não possuíam condições de saúde para sequer chegar à fase da adolescência. Este grupo de crianças foi identificado primeiramente nos Estados Unidos e posteriormente foi descrito na literatura nacional por Cabral (1999) como "Crianças com Necessidades Especiais de Saúde" (CRIANES). O surgimento desse grupo, cada vez mais emergente na sociedade atual, requer um tipo de atenção e uma quantidade de atendimento, pelos serviços de saúde, para além daquela geralmente requerida por outras crianças, devido às suas particularidades quanto à demanda de cuidados, que podem ser classificadas como: de desenvolvimento, tecnológicos, medicamentosos, habituais modificados ou mistos.[4,5] Com o passar do tempo estas crianças cresceram e chegaram à adolescência, e apesar de que não haja uma nomenclatura oficial para esta transição, elas tornaram-se adolescentes com necessidades especiais de saúde. Entende-se que o adolescente possui necessidade especial de saúde

[1] Acadêmica do oitavo semestre do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: ticyane_sci@hotmail.com

[2] Enfermeira. Mestranda do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

[3] Enfermeira. Doutoranda do PPGEnf/UFSM. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa.

[4] Enfermeira. PhD em Enfermagem. Professora Associada do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

quando, por um período de 12 meses, necessitar de algum dos seguintes critérios: acompanhamento com médico especialista, saúde mental ou acompanhamento escolar, necessidade de uso contínuo de medicamentos exceto vitaminas, ser dependente de alguma tecnologia médica, necessidade de reabilitação, física, psicológica, ou linguagem decorrente de uma enfermidade.[3] Frente a isto, ressalta-se a atuação dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, que estão na linha de frente da assistência diária desses adolescentes, que precisam conhecer e identificar as especificidades e particularidades dessa população. Acredita-se que isto possa auxiliar na qualificação da assistência frente a esta população. Para tanto, assim como o contato direto com o paciente, verificar o que tem sido produzido na literatura acerca de adolescentes com necessidades especiais de saúde, tanto a nível nacional quanto internacional, pode auxiliar nesta construção de conhecimento. Sendo assim, pretende-se responder o seguinte questionamento: "o que tem sido produzido acerca de adolescentes com necessidades especiais de saúde? ". **Objetivo**: identificar o que tem sido produzido em nível nacional e internacional a respeito de adolescentes com necessidades especiais de saúde. **Metodologia**: Trata-se de uma nota prévia de um trabalho de conclusão de curso de Graduação em Enfermagem. Este é um estudo de revisão bibliográfica do tipo integrativa. A etapa de seleção dos estudos já foi concluída e o estudo encontra-se na fase de análise dos dados para síntese dos resultados. Constituíram as bases de dados utilizadas: Scopus, Pubmed e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS. Foram estabelecidos critérios para seleção dos estudos: inclusos - os que se tratavam de artigos de pesquisa, que estavam disponíveis na íntegra e nos idiomas português, inglês e espanhol, a busca foi realizada nos anos de 1990 a 2016, devido à lei 8.069 de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente; excluídos - os estudos que não respondiam a questão de pesquisa. Destaca-se que como há mais de um conceito sobre a faixa etária correspondente à adolescência, para tanto foi adotado o conceito de adolescência do ECA, o qual considera a adolescência como o período da vida entre os 12 e 18 anos, para escolha dos estudos. O período de coleta de dados ocorreu durante os meses de dezembro de 2016 a março de 2017, os dados coletados foram categorizados em um quadro sinóptico e posteriormente serão analisados conforme a proposta de análise temática de conteúdo de Bardin. **Resultados esperados**: Acredita-se que os resultados desse estudo permitirão conhecer o que tem sido produzido sobre adolescentes com necessidades especiais de saúde na literatura, em nível nacional e internacional, contribuindo para a ampliação do conhecimento nessa área. Busca-se evidenciar a importância de realizar estudos com esses indivíduos, pois essa população vem crescendo e gerando demandas para a área da saúde e é imprescindível que os profissionais de saúde conheçam e saibam prestar uma assistência integral a esta clientela, portanto ao fim deste trabalho pretende-se elencar subsídios para o saber e fazer da enfermagem, possibilitando qualificar a assistência para esta população bem como instigar novos estudos com essa população.

DESCRITORES: Saúde do adolescente; Enfermagem; Doença Cronica

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Brasil. Ministério da saúde. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente: Brasília (DF): MS; 2012.

2. Cano JF, et al. Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud: prevalencia hospitalaria y riesgos asociados. Revista médica del Chile. Santiago. 2016;140 (4):458-65.

3. Ministério da saúde. DATASUS Indicadores e dados básicos. 2012. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm

4. Silveira, A; Neves, ET. Crianças com necessidades especiais em saúde: cuidado familiar na preservação da vida. Ciênc. cuid. saúde. Maringá. 2012;11(1):74-80.

5. Cabral IE. Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê: concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery; 1999.

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

14.ANÁLISE DE DISCURSO FRANCESA EM ESTUDOS DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: UM RELATO

THE FRENCH SCHOOL DISCOURSE ANALYSIS IN PEDIATRIC NURSING STUDIES: A REPORT

ANÁLISIS FRANCÉS DEL DISCURSO EN ESTUDIOS DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA: UNA EXPERIENCIA

SILVEIRA, Andressa da[1]; NEVES, Eliane Tatsch[2]; SILVA, Júlia Heinz da[3]; BUBOLTZ, Fernanda Luisa[4]; KEGLER, Jaquiele Jaciara[5].

Introdução: A Análise de Discurso (AD) desenvolvida por Eni Orlandi no Brasil é uma tradução da obra do filósofo francês Michel Pêcheux, que iniciou a AD na França, em 1969, no apogeu do estruturalismo, a partir da publicação da obra Análise Automática do Discurso. No que se refere à obra de Orlandi[1] apresenta conceitos articuladores: o sujeito, o sentido e a ideologia, a partir do que se pode preservar a relação entre o político e o teórico, tornando consistente a interlocução entre teoria, metodologia, análise e objeto.[1] Para compreender um discurso é imprescindível compreender qual é a posição deste sujeito em seu discurso. O discurso é efeito de sentido entre os interlocutores, os quais representam lugares determinados na estrutura da formação social.[2] O sujeito é um lugar, uma posição, sendo que o modo como o sujeito ocupa esse lugar não lhe é acessível, da mesma forma que a língua não é transparente. O discurso é a palavra em movimento, prática de linguagem: com o estudo do discurso observa-se o homem falando.[1,3] Para a autora os sujeitos são produtores de discurso influenciados sempre pela exterioridade na sua relação com os sentidos em consideração ao momento histórico que se está vivendo.[3] O discurso é pronunciado a partir de condições de produção, nele estão presentes a política, o debate, o confronto de sentido. A formação discursiva determina o posicionamento ideológico de um discurso.[2] As palavras mudam de sentido segundo as posições daqueles que as empregam, isso nos permite compreender o processo de produção dos sentidos e sua relação com a ideologia, levando-nos cada vez mais próximo ao sujeito e a sua formação discursiva. A formação discursiva compreende o lugar de construção dos sentidos, determinando o que pode e deve ser dito, a partir de uma posição, num dado momento. Deste modo, é nas entrelinhas, nos interdiscursos, entre o dito e o não-dito, que se encontra a formação discursiva.[2] O interdiscurso é o conjunto de formulações já feitas e já esquecidas que determinam o que dizemos. É o dizível, o enunciável, o já-dito, exterior à língua e ao sujeito, mas que está no domínio de uma memória discursiva.[2] Tanto os sentidos quanto os sujeitos de um discurso dependem da ideologia que adotam, são influenciados pela linguagem e pela história que estão inseridos.[3] A construção histórica de um sujeito, a ideologia da sociedade em que vive, pode alterar sua percepção sobre determinados discursos. **Objetivo:** Relatar a experiência da utilização da análise de discurso na corrente francesa em estudos da enfermagem pediátrica. **Método:** Trata-se de um relato de experiência sobre a utilização da análise de discurso francesa em estudos sobre crianças e adolescentes com necessidades especiais de saúde. O presente trabalho apresenta uma

1 Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. E-mail: andressadasilveira@gmail.com

2 Enfermeira, Pós-Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, Professora Associada do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

3 Enfermeira, Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, Bolsista CAPES.

4 Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, Enfermeira Técnica Administrativa do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

5 Enfermeira, Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, Bolsista CAPES.

síntese de alguns conceitos utilizados na AD francesa, aprofundada na disciplina Sujeito e Discurso Módulo I, ofertada pelo Programa de Pós-Graduação em Letras. Sendo a base para a constituição deste relato, a experiência de estudos que utilizaram a análise de discurso francesa no Grupo de Pesquisa Cuidado a Saúde das Pessoas Famílias e Sociedade – PEFAS. **Resultados:** Ao longo de nove anos de participação no PEFAS foi possível conhecer a realidade das Crianças e adolescentes com necessidades especiais de saúde (CRIANES). Recebem esta classificação crianças e adolescentes de 0-17 anos de idade, com condições complexas e físicas, muitas vezes, associadas a mais de uma condição especial de comportamento e/ou desenvolvimento.[4] Os estudos desenvolvidos no PEFAS revelaram a ampla rede institucional das CRIANES, e que a maior parte de seus cuidados é desenvolvido por mulheres-mães. Isso reflete diretamente na posição social da mulher, como cuidadora. E na figura do homem-pai, como provedor do sustento da família. Algumas vezes o cuidado é compartilhado com avós, tias, madrinhas e irmãs. No que tange a aplicabilidade da AD, após a transcrição, a materialidade linguística, a utilização das ferramentas analíticas e figuras de linguagem (metáfora, paráfrase, polissemia), é possível identificar a presença da memória, da interpelação, da posição sujeito no mundo, suas ideologias, as diferentes vozes presentes em seus discursos. Assim, o discurso proferido pelas mães revela o cuidado de manutenção da vida, com memórias que perpassam o receio da morte e os desafios cotidianos para a inclusão social da CRIANES no mundo. Muitas vezes, o espaço da CRIANES na sociedade está restrito as redes institucionais, as quais necessitam amplamente, para manutenção de sua saúde. Entretanto, para seu desenvolvimento, é necessário que a mesma possa conviver com crianças/adolescentes de sua faixa etária, socializar com amigos e colegas de escola. No que tange as memórias presentes nas falas das mulheres-mães, estas trazem efeitos discursivos da interpelação pelo medo das possibilidades desconhecidas. Muitas mães tem medo de não haver cura para seu filho(a) e de um dia partirem e não terem a quem designar os cuidados da CRIANES. A posição de cuidadoras exclusivas no mundo (seja ele real ou imaginário), ser um exemplo de cuidadora, ser boa mãe, lhe outorga a preeminência de que o cuidado é exclusivamente seu. Muitas mulheres-mães abnegam de seus sonhos, como estudar e ter uma profissão para além dos cuidados do lar e de seu filho CRIANES, frente à necessidade de cuidados para a manutenção da vida de seu filho e da imposição social de que, a mulher é cuidadora exclusiva, não é possível prosseguir. No discurso das mães-cuidadoras, estão presentes outras vozes, como a dos profissionais da saúde, e pessoas com as quais convivem. Todos esses aspectos dizem respeito de memórias que sustentam os dizeres desse discurso.[3] Assim, é bastante comum as mães apresentarem um discurso construído daquilo que seu filho CRIANES pode fazer ou não, de como deve ser desenvolvido o cuidado. Esse discurso vem carregado das diversas vozes que fazem ou que fizeram parte do cotidiano da CRIANES e sua mãe. O fato de que há um já-dito, é fundamental para se compreender o funcionamento do discurso e sua relação com os sujeitos e sua ideologia. O pensamento dizendo que nem os sujeitos, nem os sentidos, nem os discursos já estão prontos e acabados, estão se fazendo, estão em movimento.[3] Assim, a análise de discurso não é algo acabado. Dependendo de um determinado ponto de vista, do momento em que se vive, das condições de produção daquilo que foi dito, é possível atribuir a mesma fala diversos efeitos de sentido, e a partir disso, desenvolver diversas leituras do mesmo texto, com significados diferentes. **Considerações finais:** No que tange a utilização da AD, esta favorece a singularidade e a totalidade de cada sujeito. Mais do que uma estratégia metodológica, a AD mostra os efeitos de sentido do discurso proferido. Os discursos são reconstruídos diariamente num processo dialógico que perpassa as diferentes vozes que fazem parte do cotidiano dessas mães-cuidadoras. Ressalta-se ainda, questões culturais referente ao cuidado desenvolvido somente por mulheres, e que estas abnegam muitas vezes de seus sonhos, em prol do cuidado exclusivo de seus filhos CRIANES.

DESCRITORES: Enfermagem Pediátrica; Pesquisa Qualitativa; Enfermagem.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Orlandi EP. Discurso em Análise: Sujeito, Sentido, Ideologia. Campinas, SP, Pontes, 2012. 239p.
2. Pêcheux M. Análise automática do discurso. In: Gadet F, Hak T. Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Campinas: Ed. da Unicamp, 1997. p. 61-105.
3. Orlandi EP. Análise do discurso: princípios e procedimentos. 9ª Edição, Campinas, SP: Pontes, 2009.
4. McPherson MG, Arango P, Fox H, Lauver C, McManus M, Newachek PW, et al. A new definition of children with special health care needs. Pediatrics [Internet]. 1998 [citado 2017 abr 06];102(1):137-41. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9714637

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

15.APOIO MATRICIAL ÀS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA DO RIO GRANDE DO SUL: SOLICITAÇÃO E AÇÕES DESEMPENHADAS

MATRIX SUPPORT FOR THE PRIMARY CARE STAFF IN RIO GRANDE DO SUL: REQUEST AND ACTIONS PERMORMED

APOIO MATRICIAL A EQUIPOS DE ATENCIÓN BÁSICA DE RIO GRANDE DEL SUR: SOLICITUD Y ACCIONES DESEMPENÃDAS

SANTOS,Amanda Amaral dos[1];KESSLER, Marciane[2];BENDER, Janaína Duarte[2];THUMÉ, Elaine[3]

Introdução: O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais responsáveis da atenção a problemas de saúde[1], visando a possibilidade de ampliar o trabalho clínico e sanitário, e oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.[1,2]. Essa metodologia funciona como uma forma de educação permanente, uma vez que os profissionais com diferentes formações ampliam a comunicação entre si ao conduzir casos de forma compartilhada[3]. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, como os mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação[1]. Neste sentido, o Apoio Matricial traz uma proposta inovadora para transformação do modelo assistencial, como importante eixo articulador para produzir mudanças nas relações interprofissionais[3]. Assim, tem-se como **objetivo** identificar quais são as ações que os profissionais de apoio matricial realizam junto às Equipes de Atenção Básica (EqAB) no estado do Rio Grande do Sul (RS), que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), em 2012. O PMAQ-AB, criado em 2011 por iniciativa do governo federal, objetiva a indução da ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, através de incentivo financeiro destinado aos municípios, por meio da pactuação de compromissos/resultados e avaliação de indicadores firmados entre as EpAB e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde (MS). Sua organização compreende quatro fases complementares e contínuas: (1) adesão e contratualização; (2) desenvolvimento; (3) avaliação externa e (4) recontratualização[4] **Metodologia**: trata-se de um estudo de delineamento transversal realizado nos serviços de saúde da atenção básica, a partir do PMAQ-AB[4]. A pesquisa incluiu 816 EqAB do Estado do RS, que aderiram ao PMAQ em 2012. O instrumento utilizado corresponde a avaliação externa que é composta por quatro módulos: o Módulo I avalia as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da unidade; o Módulo II avalia o processo de trabalho da equipe e a organização do cuidado com o usuário; o Módulo III verifica a satisfação e percepção dos usuários quanto ao serviço de saúde; e o Módulo IV representa um conjunto de informações complementares aos outros módulos e deveria ser respondido online pela própria gestão local[4]. As variáveis escolhidas para análise descritiva referem-se ao apoio matricial a EqAB, questões contidas no Módulo II, voltado ao processo de trabalho da equipe e a organização do cuidado com o usuário. A análise dos dados ocorreu por meio do programa Stata. A coleta foi realizada no período de junho a outubro de 2012 por pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em parceria com o MS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas

[1]Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil. E-mail: amandadossantos.enf@gmail.com/jana_db@yahoo.com.br
[2] Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil. E-mail marciane.kessler@hotmail.com
[3]Enfermeira. Doutora em Epidemiologia. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil. E-mail : elainethume@gmail.com

(CEP/UFPel), mediante protocolo nº 38/2012, seguindo os preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Resultados:** Identificou-se que do total de 816 EqAB participantes do estudo, 637 (78,1%) receberam apoio matricial, desse modo chama a atenção a grande utilização dessa retaguarda assistencial proporcionada pelas equipes de matriciamento. Em relação a frequência com que a EqAB recebe apoio matricial, 329 (52,9%) recebem sem periodicidade definida e 139 (22,4%) semanalmente. Em relação as ações realizadas pelos profissionais matriciadores junto as EqAB, destacam-se as ações voltadas à prática clínica, tais como: discussão de casos clínicos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores (n.515; 81,0%), consultas clínicas de pacientes da atenção básica (n.481; 75,6%) e ações clínicas compartilhadas com os profissionais das equipes (n.465; 73,1%). Nesta perspectiva, destaca-se que o apoio matricial em seu modo de operar contrapõe-se ao modelo assistencial de atenção convencional por ser um arranjo organizacional e uma metodologia que objetiva ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões[2]. Ao sair do enfoque clinico, as ações recebidas pelas EqAB apresentaram menor prevalência: realização visitas com os profissionais da sua equipe (n.400; 62,9%); organização intervenções no território em conjunto com sua equipe (n.390; 61,3%); construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais da equipe (n.365; 57,4%); atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais da equipe (n.355; 55,8%). Destaca-se a baixa prevalência na realização de discussões por parte do apoio matricial sobre o processo de trabalho da EqAB e do próprio apoio (n.25; 3,9%). Esse resultado chama atenção, uma vez que as equipes podem ter dificuldades em avaliar seu próprio processo de trabalho como algo que pode ser revisto e melhorado. Essa abordagem se faz necessária, pois existem dificuldades relacionadas a maneira como as organizações se estruturam, que podem dificultar o diálogo e o trabalho interdisciplinar, como a própria fragmentação do processo de trabalho e da unidade de gestão[2]. Desse modo, utilizar do apoio técnico-pedagógico para se repensar os possíveis entraves para se operar dentro da lógica de clinica ampliada, se faz fundamental. Estudo de revisão demonstrou que, para atingir os objetivos do apoio matricial, é necessária a superação de alguns impasses, vários interligados diretamente com a implementação de suas diretrizes e outros com a superação de problemas estruturais do SUS[3]. Além disso, a proposta de trabalho dos profissionais de apoio matricial pode provocar resistências em algumas equipes que indicam um distanciamento da realidade de trabalho, e ainda, a maneira de organização de trabalho do apoio matricial exige das EqAB mudanças na rotina de trabalho, que geralmente estão focadas em práticas assistenciais, curativas e individuais[5]. **Conclusão**: os resultados revelam uma alta prevalência de equipes que recebem apoio matricial, com lacunas voltadas às ações direcionadas à discussões no processo de trabalho EqAB e do próprio apoio matricial. Destaca-se ainda que ações do apoio matricial são predominantemente voltadas às ações clínicas e em menor proporção para ações educativas e de promoção da saúde. Sugere-se a realização de pesquisas para conhecer a realidade do modo de organização dos processos de trabalho de ambas as equipes dentro da lógica de compartilhamento da assistência, a partir de dois possíveis vieses: a necessidade de adequação de processos de trabalho para que os serviços possam efetivamente utilizar das possibilidades que a clínica ampliada oferece. E o desafio das equipes em exercitarem o trabalho multiprofissional de modo compartilhado, superando percepção de que o apoio matricial deve atuar na assistência direta ao usuário e conscientizando as equipes sobre sua real função no apoio a atenção básica[5].

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde; Gestão em saúde; Equipe de Assistência ao Paciente .

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

Referências

1 Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. Saúde Soc. 2011; 20(4): 961-70.

2 Campos GWS, Domiti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Caderno de Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.

3 Castro CP, Campos GWS. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. Physis (Rio J.). 2016;26(2): 455-481.

4 Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

5 Martinez, JFN, Silva MS, Silva AM. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. Saúde debate. 2016; 40(110):96-106.

16.APRENDIZADO ORGANIZACIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE E A MELHORIA CONTÍNUA NAS UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

ORGANIZATIONAL LEARNING: PATIENT SAFETY AND CONTINUOUS IMPROVEMENT IN EMERGENCY / EMERGENCY UNITS

APRENDIZAJE ORGANIZATIVO: SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA MEJORA CONTINUA EN LAS UNIDADES DE URGENCIA Y EMERGENCIA

SCHUH, Laísa[1]

Introdução: A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou no ano de 2004, juntamente com o Brasil e demais países, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, tendo como objetivo a melhoria no atendimento aos pacientes e o aumento da qualidade dos serviços de saúde.[1] A segurança do paciente vem sendo um assunto discutido cada vez mais na atualidade como uma das principais maneiras de assegurar a qualidade do cuidado ao cliente durante sua hospitalização, ou seja, não prolongar seu tempo de internação, consequentemente gerando menos gastos hospitalar e, assim, proporcionando um atendimento de qualidade.[2] Dentre as ações da OMS estão os Desafios Globais para a Segurança do Paciente, que são lançados em determinados períodos, abordando tarefas a serem realizadas pelas instituições de saúde com intuito de reforçar os conhecimentos na prática assistencial.[1] No Brasil, a Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA) é responsável por divulgar e receber informações sobre a segurança do paciente, realizando ações juntamente com a OMS. A Rede Sentinela constitui-se de outra grande iniciativa para a segurança do paciente, projeto pelo qual foi desenvolvida no ano de 2011, sendo constituído por 192 hospitais que monitoram eventos adversos, ou seja, danos gerados aos pacientes no momento da assistência, o que abrange cerca de 60 mil leitos. Este projeto é utilizado como base para o lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), criado por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado nos estabelecimentos de saúde do País e promover a cultura de segurança, por meio da implantação de gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente.[1] A cultura de segurança é definida como fruto das atitudes, competências, valores e padrões de comportamento, de grupos ou individualmente, o que determina o estilo, o compromisso e a competência em administrar uma organização institucional de maneira saudável e segura. Assim, dentre os diferentes serviços de saúde, destacam-se as unidades de urgência/emergência, destinadas a promover assistência com caráter de urgência/emergência para prevenir consequências críticas e prolongar a vida, sendo proporcionados cuidados imediatos.

[1]Enfermeira, Mestre em Promoção da Saúde – UNISC/RS, Professora, Universidade Luterana do Brasil – ULBRA Cachoeira do Sul/RS. E-mail: lala_schuh@hotmail.com

Objetivo: Analisar a contribuição da dimensão "aprendizado organizacional - melhoria contínua" na promoção da cultura de segurança do paciente em unidades de urgência/emergência. **Metodologia:** A pesquisa, resultado da dissertação de Mestrado em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC/RS, da Enfermeira Laísa Schuh, envolveu a participação de 112 profissionais de enfermagem, entre eles técnicos de enfermagem e enfermeiros. Trata-se de um estudo quantitativo, de delineamento transversal, realizado em sete unidades hospitalares com atendimento de urgência/emergência, localizadas em sete municípios integrantes da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, inseridos na proposta "Portas de Entrada Hospitalares de Urgência", estabelecida pela Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. A coleta de dados ocorreu no mês de junho de 2015, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), sob protocolo nº 1.061.508. Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, como instrumento de coleta, foi utilizado o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), na versão traduzida para a língua portuguesa, criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), no ano de 2004, sendo um instrumento mundial de medida e avaliação da cultura de segurança do paciente em organizações que prestam assistência à saúde. O HSOPSC é composto por 09 seções, dispostas da letra A à I e abrange 12 dimensões em escala de múltiplos itens, contendo um total de 50 itens (44 relacionados a questões específicas de cultura de segurança e 6 itens relacionados a informações pessoais). Três dimensões são relacionadas ao hospital, sete dimensões relacionadas à unidade de trabalho dentro do hospital e duas variáveis de resultado medidas da seguinte forma: a) grau de segurança do paciente – medida por uma escala de 5 pontos de "excelente" a "falho"; e b) número de eventos relatados – por categorias de respostas, como "nenhum", "1-2 eventos", "3 a 5 eventos", "6 a 10 eventos" e "11 a 20 eventos". São respondidas, por meio da escala Likert, as seções A, B, C, D e F, com 5 opções de respostas, cujas possibilidades variam entre "discordo totalmente" a "concordo totalmente". As respostas foram agrupadas em três categorias, conforme orientação da AHRQ, para avaliação do instrumento, sendo elas: 1) respostas positivas (concordo totalmente, concordo, sempre e frequentemente); 2) respostas negativas (discordo totalmente, discordo, nunca e raramente) e 3) respostas neutras (não concordo, nem discordo). Foi considerado o percentual de respostas positivas, negativas e neutras dos itens de cada dimensão para obter o resultado final. Foram classificadas como "áreas frágeis da segurança do paciente", necessitando de melhorias, aquelas cujos itens obtiveram 50% ou menos de respostas positivas. As "áreas fortes de segurança do paciente" os itens que obtiveram 75% de respostas positivas, ou os itens escritos negativamente que obtiveram 75% de respostas negativas.[3]

Resultados: A pesquisa evidenciou oito dimensões neutras e com potencial para contribuir na cultura de segurança do paciente. Para o estudo em questão, foi analisada somente a dimensão intitulada "Aprendizado organizacional - melhoria contínua", classificada em primeiro lugar nas respostas neutras, com 69% de respostas positivas. A dimensão em destaque diz respeito à cultura de aprendizagem, em que os eventos adversos são analisados, levando a mudanças positivas de organização. Os eventos adversos são causados por falhas no processo de cuidado, em momentos significantes no atendimento, como exemplos a queda do paciente do leito, administração incorreta de medicamentos, falhas na identificação do paciente, erros em procedimentos cirúrgicos pela falta de checklist, entre outros.[2,3] Nota-se que os eventos adversos podem ser evitados durante a assistência, porém, para isso, as instituições hospitalares devem estar cientes da importância do aprendizado contínuo de seus colaboradores, proporcionando uma cultura organizacional na qual reforce os conhecimentos de seus profissionais em relação à segurança do paciente, motivando-os ao estudo e a busca pelo conhecimento, assim, minimizando riscos de eventos adversos. Porém, ainda se faz presente em instituições hospitalares a cultura punitiva frente aos erros, onde os profissionais envolvidos sofrem consequências de ordem administrativa, punições escritas e verbais, processos legais, civis e éticos e demissões.[4,5] **Conclusão:** Os resultados deste estudo demonstram a importância da aprendizagem contínua e da capacitação periódica das equipes de saúde, na qual reforce a importância da segurança do paciente e, assim, evite riscos de eventos adversos. Entretanto, esta capacitação depende diretamente da cultura organizacional e o modelo de gestão e organização do trabalho adotado pela instituição de saúde. Instituições com cultura punitiva provocam insatisfação e desmotivação dos trabalhadores dificultando o crescimento profissional e comprometendo ainda mais a qualidade do cuidado. Deste modo, faz-se necessária mudança nas práticas em saúde na tentativa de substituir modelos tradicionais por gestão compartilhada, valorizando as necessidades dos pacientes/trabalhadores e compreendendo o envolvimento da enfermagem em educações permanentes para melhoria na assistência das instituições de saúde e a segurança do paciente.

DESCRITORES: Enfermagem; Segurança do Paciente; Enfermagem em Emergência.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. 2011;1(1).

2. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. 217p. Tese (Doutorado), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro (RJ). Doutorado
3. Mello J, Barbosa SFF. Cultura de Segurança do Paciente em Terapia Intensiva: recomendações de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2013;22(4):1124-1133
4. Dias MAE, Martins M, Navarro N. Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde. Revista Saúde Pública. 2012;46(4):719-729.
5. Carvalho MC, Rocha FLR, Marziale MHP, Gabriel CS, Bernardes A. Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. Texto Contexto Enferm. 2013;22(3):746-753.

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

17.AS REPERCUSSÕES DO ADOECIMENTO POR CÂNCER NA GESTAÇÃO

THE REPERCUSSIONS OF CANCER IN GESTATION

LA REPERCUSIÓN DEL CÁNCER EN EMBARAZO

GOMES, Joseila Sonego[1];GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira[2], COPPETTI, Larissa de Carli[3], OBEM, Marielle Kulakowski[4], DALMOLIN, Angélica[5], SIMON, Bruna Sodré[6]

Introdução: na associação gestação e câncer coexiste o início de uma vida e a ameaça da morte. Esta contradição entre vida e morte acarreta conflitos emocionais e éticos à mulher, sua família e aos profissionais da saúde. Gestação complicada por câncer é uma condição relativamente rara que ocorre em uma a cada 1000 gestações. Como atualmente as mulheres tendem a adiar a gestação para a terceira ou a quarta década de vida, o diagnóstico de câncer nesse período tem se tornado cada vez mais frequente. As neoplasias mais comuns encontradas na gestação são os cânceres de mama, colo uterino, leucemia, melanoma e linfomas[1,2]. No Brasil, a neoplasia mamária é a mais frequentemente diagnosticada em mulheres grávidas[3]. Se o processo do nascimento é visto como um desafio adaptativo, o adoecimento por câncer nesse contexto representa um problema emocional e social maior[4]. Em razão da necessidade de reflexão sobre o adoecimento por câncer diagnosticado durante a gestação e suas repercussões à mulher, ao feto/recém-nascido e à família foi desenvolvido este estudo de revisão, a partir da questão de pesquisa: Quais são as repercussões do adoecimento por câncer diagnosticado durante a gestação? **Objetivo:** analisar, a partir da produção científica, as repercussões do adoecimento por câncer diagnosticado durante a gestação. **Metodologia:** trata-se de estudo de revisão narrativa. A busca bibliográfica foi desenvolvida no mês de maio de 2016, na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foi utilizado o formulário avançado com a estratégia de busca: (neoplasias OR neoplasia OR câncer) [Palavras] AND (gestação OR gravidez) [Palavras]. Foram critérios de inclusão: artigos primários que respondessem a pergunta de revisão, nos idiomas português, inglês ou espanhol e critérios de exclusão: artigos que não fosse possível acesso na íntegra gratuitamente. Para o acesso ao texto completo foram usados os seguintes recursos: link disponível diretamente na base de dados LILACS, busca no portal do periódico em que o artigo foi publicado, portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, buscador Google, ResearchGate e e-mail aos autores. Foram encontrados 1312 títulos sendo que a seleção foi realizada de forma dupla independente. Os artigos discordantes foram analisados conjuntamente por ambos os revisores e se entrou em consenso quanto aos Resumos que seriam incluídos e excluídos. Dessa forma foram incluídos para análise profunda 29 artigos e 12 fizeram parte da análise final. **Resultados:** os artigos analisados foram publicados entre os anos de 1981 e 2015. Um em cada ano de 1981, 1989, 1991, 1992, 1999, 2001, 2004, 2009, 2010, 2015 e dois no ano de 2013. Todos foram publicados por profissionais médicos em periódicos de países como Brasil, México, Costa Rica, Chile e Argentina. Dos 12 artigos, quatro estudaram mulheres com câncer de mama, quatro abordaram o câncer de

1 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Ciências da Vida da Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Doutoranda em Enfermagem no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGEnf UFSM). E-mail: Joseila.sonego@unijui.edu.br.
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf UFSM.
3 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem no PPGEnf UFSM.
4 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem no PPGEnf UFSM.
5 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem no PPGEnf UFSM.
6 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Universidade Federal do Pampa – Campus Uruguaiana. Doutoranda em Enfermagem no PPGEnf UFSM

colo uterino, dois o câncer de tireoide, um o câncer hematológico e um acompanhou mulheres com câncer na gravidez independentemente da localização. Quanto ao delineamento dos estudos, um foi do tipo retrospectivo observacional com grupo controle e outro sem grupo controle, cinco retrospectivo documental com caso-controle, quatro estudos de coorte e um estudo caso-controle. Todos com abordagem quantitativa. As pesquisas analisadas destacam que há risco de atraso no diagnóstico do câncer na gestação, principalmente em relação ao câncer de mama e colo uterino, e tal situação acontece por vários fatores entre os quais são citados a raridade da situação (faz com que não se pense no diagnóstico); os sinais e sintomas do câncer (confundidos com os da gestação); as alterações fisiológicas e anatômicas gestacionais (podem comprometer o exame físico) e por razão de que exames de imagem (das mamas) não são incluídos como rotina no acompanhamento da gestante. Estudo publicado em 2001 aponta que o risco de metástase em linfonodos é maior em mulheres grávidas, pois 100% das participantes de sua coleta de dados com câncer de tireoide apresentaram essa complicação, porém considera que esse fato não teve impacto na sobrevida dessas mulheres, ou seja, apresentaram o mesmo tempo de vida pós diagnostico do que o grupo controle (não grávidas com câncer de tireoide). Outras três publicações também destacam que a gestação não é determinante para piora da sobrevida de mulheres com câncer de mama, de tireoide e de colo de útero, respectivamente. A sobrevida de mulheres grávidas com câncer é apontada por um estudo como a mesma do que de mulheres não grávidas com câncer apenas quando não há metástases, em situações de metástases positivas, as grávidas tem menor tempo de sobrevida. O que se pode apontar pelos dados mais antigos e atuais disponíveis é que a gravidez em si não altera o curso biológico da doença, uma vez que a sobrevida é similar em gestantes e não-gestantes desde que comparados com grupos iguais em relação à idade, estádio e tipo histológico. Resultado oposto foi encontrado por uma pesquisa que identificou a gestação como fator determinante para pior sobrevida em mulheres com câncer de mama como também para o tamanho do tumor, grau de malignidade e metástase a distância. Em relação ao feto/recém-nascidos, as repercussões são negativas quando a quimioterapia é realizada no primeiro trimestre da gestação, já que ocasionou abortamento nas mulheres pesquisadas, já nas que não realizaram quimioterapia, a gestação desenvolveu-se dentro do esperado com recém-nascidos a termo. Outros estudos mostram que os recém-nascidos de mulheres com câncer diagnosticados na gestação nasceram com mais de 37 semanas e saudáveis e apresentaram apgar maior que sete no primeiro e quinto minuto. Já em estudo de 2009, as mulheres tratadas durante a gestação, independentemente do tempo gestacional, tiveram parto prematuro e as demais, parto a termo. **Conclusões:** todos os estudos analisados trouxeram aspectos relacionados ás repercussões biológicas do câncer diagnosticado durante a gravidez, trazendo importantes informações sobre o tratamento e sobrevida das mulheres como também dos recém-nascidos. Tem destaque a informação de que a gestação não influencia de forma negativa a sobrevida de mulheres com diagnóstico de câncer nesse período e que os recém-nascidos podem ser protegidos do parto prematuro e de malformações congênitas quando o tratamento quimioterápico não acontece no primeiro trimestre da gestação. Evidencia-se que os aspectos psicossociais do adoecimento por câncer na gestação para a mulher, para a família e para os profissionais de saúde, nas publicações latino-americanas, ainda são pouco explorados e configura-se em lacuna na construção do conhecimento. A abordagem multidisciplinar é essencial para que se alcance resultado satisfatório para a mulher e da criança. A construção de uma plataforma de equilíbrio é indispensável para se conseguir sustentação, suporte pessoal e emocional da mulher e das pessoas mais próximas na tentativa de evitar as incertezas e temores crescentes.

DESCRITORES: Gravidez; Neoplasias; Enfermagem

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referencias

1. Loibl S. et al. Breast Carcinoma during pregnancy. International recommendations from an expert meeting. Cancer. 106(2): 237-46, 2006.
2. Voulgaris E. Pentheroudakis G. Pavlidis N. Cancer and pregnancy: a comprehensive review. Surgical Oncology. 20(4): 175-85, 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. 302 p.
4. Achette D; Fregonese AA. Gestação e câncer: convivendo com os paradoxos. Sociedade Brasileira de Psico-oncologia (Boletim Eletrônico SBPO). Ano IV; Edição 3, 2009.

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

18.ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ANEMIA FALCIFORME

HEALTH ASSISTANCE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SICKLE CELL DISEASE

ASISTENCIA DE SALUD DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES

BORGES, Ananda Rosa; GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi

Resumo

Objetivo: Conhecer a publicação de estudos acerca da assistência à saúde de crianças e adolescentes com Anemia Falciforme. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa, as buscas ocorreram nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), encontrando-se um total 475 artigos originais e disponíveis, destes foram selecionados sete artigos para serem lidos e analisados. **Resultados:** A partir da leitura e síntese dos dados contidos nos artigos selecionados elaborou-se três categorias temáticas: Diagnósticos e tratamento da Anemia Falciforme; Serviços de atenção à saúde de crianças e adolescentes com Anemia Falciforme; Redes de apoio à criança e ao adolescente com Anemia Falciforme. **Considerações finais:** Percebe-se a partir de todos os aspectos abordados, que a AF é uma doença que demanda grande quantidade e qualidade de cuidados na assistência aos pacientes.

DESCRITORES: pediatria; anemia falciforme; criança; adolescente; saúde pública.

Abstract:

Objective: To know the publication of studies about the health care of childen and teenagers with the sickle-cell disease. **Methodology:** It is an integrative review, the searches occurred in the databases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), finding a total of 475 original and available articles, of these were selected seven articles to be read and analyzed. **Results**: From the reading and synthesis of the data contained in the selected articles, was elaborated three thematic categories: Diagnosis and treatment of sickle-cell disease; Health care services for children and adolescents with sickle-cell disease; Support networks for children and adolescents with sickle-cell disease**.Final considerations**: It is perceived, from all aspects covered, the sickle-cell is a disease that demand a great quantity and quality of patient care.

KEY WORDS: pediatric; sickle cell; child; adolescente; public health.

Resumen:

Objetivo: Conocer la publicación de estudios sobre el cuidado de la salud de niños y adolescentes con anemia de células falciformes. Metodología: Se trata de una revisión integradora, las búsquedas se produjeron en las bases de datos Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) y Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), la búsqueda de un total de 475 documentos y artículos disponibles, estos artículos siete fueron seleccionadas para ser leídos y analizados. Resultados: A partir de la

lectura y la síntesis de datos sobre los elementos seleccionados se elaboró tres categorías temáticas: Diagnóstico y tratamiento de la anemia de células falciformes; servicios de atención a la salud de niños y adolescentes con anemia de células falciformes; redes de apoyo para niños y adolescentes con anemia de células falciformes. Consideraciones finales: Se puede ver desde todos los puntos planteados, la AF es una enfermedad que exige una alta cantidad y calidad de la atención en el cuidado del paciente.

DESCRIPTORES: pediatria; anemia de células falciformes; niño; adolescente; salud pública**.**

Introdução

A Doença Falciforme (DF) é uma das mais comuns no mundo, entre as hereditárias. No Brasil, a incidência da DF é de 1:1000 dos nascidos vivos, e no Rio Grande do Sul a incidência é de 1:11000 dos nascidos vivos. Estima-se que existem oito mil indivíduos com DF no país, sendo as regiões sudeste e nordeste as mais acometidas. Em torno de 80% das crianças com menos de cinco anos que não recebem cuidados de saúde vão a óbito. Portanto, garantir acesso aos mais recentes avanços nos cuidados de saúde para esta população pode melhorar a qualidade e a expectativa de vida dos mesmos.[1;2]

O termo Doença falciforme é utilizado para todos os transtornos hereditários de hemoglobinopatias em que as características clínicas, hematológicas e patológicas estão relacionadas à presença da hemoglobina HbS no sangue. O termo Anemia Falciforme (AF) é utilizado para uma das hemoglobinopatias em que a hemoglobina normal (HbA) é parcial ou completamente substituída por uma hemoglobina anormal (HbS), tendo como característica o alto índice de complicações sendo, assim, a forma mais grave da DF.[3]

Para garantir o cuidado às pessoas com AF foi criada a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme, em 2009, após vários anos de luta de amigos e familiares das pessoas com DF. Dessa forma, nos últimos anos, o prognóstico da doença tem melhorado e a estimativa de vida passou a ser até depois da quinta década.[4;3]

Além de garantir o acesso ao tratamento de saúde para as pessoas com AF, deve-se garantir que este atendimento seja adequado e de qualidade. Considerando o conceito de qualidade em saúde como a

capacidade de oferecer tratamento humano e personalizado que supere as expectativas quanto ao atendimento de suas necessidades, estejam elas explícitas ou implícitas.[5]

Neste contexto, conhecer a assistência de saúde disponível à criança e ao adolescente com anemia falciforme pode favorecer na melhora da qualidade da assistência prestada a esta parcela da população. Assim, objetivou-se nesta pesquisa conhecer a publicação de estudos acerca da assistência à saúde de crianças e adolescentes com Anemia Falciforme.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa que objetiva conhecer a publicação de estudos acerca da assistência à saúde de crianças e adolescentes com Anemia Falciforme. Para tanto, utilizou-se os seguintes passos: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, categorização dos estudos selecionados, análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão ou síntese do conhecimento.[6]

Como primeiro passo elaborou-se a questão de revisão: o que tem sido produzido acerca da assistência à saúde de crianças e adolescentes com Anemia Falciforme?Em seguida, selecionaram-se as palavras-chave: Anemia Falciforme, criança, adolescente, assistência e saúde, que foram cruzadas entre si com diversas combinações. As buscas ocorreram nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), encontrando-se um total 475 artigos originais e disponíveis. Destes foram excluídos 320 pela leitura do título, 136 pela leitura do Resumo e 12 na leitura integral do artigo, pois não se encaixarem no tema da revisão.

Ao final foram selecionados sete artigos para serem lidos e analisados. Não se estabeleceu período de tempo para a busca, incluindo todos os estudos encontrados na avaliação, pois existem poucas publicações sobre o tema em questão. Após a seleção dos artigos, estes foram avaliados

conforme o nível de evidência. Para tal, foi utilizada o modelo proposto por Stillwell et al.,[7] como mostra a figura abaixo:

Nível de Evidência	Tipo de Estudo
I	Revisão sistemática ou metasíntese
II	Experimentos randomizados ou controlados
III	Experimentos controlados sem randomização
IV	Estudo de coorte ou caso-controle
V	Revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos
VI	Estudos qualitativos ou descritivos
VII	Opinião de autoridades ou comitê de especialistas

Figura 1: Classificação do Nível de Evidência

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

Resultados e discussão

A partir da leitura e síntese dos dados contidos nos artigos selecionados elaborou-se três categorias temáticas: Diagnósticos e tratamento da Anemia Falciforme; Serviços de atenção à saúde de crianças e adolescentes com Anemia Falciforme; Redes de apoio à criança e ao adolescente com Anemia Falciforme.

Os artigos foram classificados pelo seu nível de evidência,[7] podendo-se observar que a maior parte dos estudos analisados têm um nível de evidência mais baixo, como ocorre com todos os estudos qualitativos. Os objetivos vão da análise do atendimento em departamentos de emergência até a caracterização de indivíduos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde, como mostra na figura a seguir:

Identificação (título e formação dos autores)	Ano/ Periódico	Base de Dados/ Nível de Evidência/ País/	Objetivo/Tipo de estudo

		Idioma	
Aspectos clínicos e assistenciais dos pacientes portadores de anemia falciforme em Unidades Básicas de Saúde do Centro-Oeste do Brasil - Enfermagem[8]	2012 Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	LILACS IV Brasil Português	Caracterizar os indivíduos com diagnóstico de Anemia Falciforme cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde do município de Rondonópolis. Estudo quantitativo
Emergency care necessity for sickle cell disease patients at Rio de Janeiro State Coordinating Blood Bank Medicina e Enfermagem[9]	2011 Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia	LILACS VI Brasil Inglês	Caracterizar o perfil de atendimento de emergência dos pacientes com doença falciforme registrados no Hemocentro Coordenador do Estado do Rio de Janeiro de janeiro de 2007 a dezembro de 2008. Estudo qualitativo
Crianças com doença falciforme: um estudo descritivo Enfermagem[10]	2012 Online Brazilian Journal of Nursing	BDENF IV Brasil Português	Descrever as características socioeconômica e demográfica de crianças de 0 a 11 anos com doença falciforme e descrever o cuidado prestado às mesmas, no Município de São Francisco do Conde-BA. Estudo quantitativo
Association of care in a medical home and health care utilization among children with sickle cell disease - Medicina[11]	2013 Journal of the National Medical Association	MEDLINE VI Estados Unidos Inglês	Determinar se ter uma casa médica centrada no paciente está associada com uma redução no da utilização do atendimento em departamentos de emergência ou em hospitalizações em crianças com anemia falciforme. Estudo qualitativo
O cotidiano das famílias de crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme - Enfermagem[5]	2009 Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia	LILACS VI Brasil Português	Analisar o cotidiano das famílias com filho portador de Anemia Falciforme. Estudo qualitativo
Experiences of Pediatric Patients With Sickle Cell Disease in Rural Emergency	2015 Journal of Pediatric	MEDLINE VI Estados	Descrever as percepções dos pais de uma amostra de jovens com Anemia Falciforme que vivem em municípios rurais acerca das

Departments – Psicologia e Medicina[12]	Hematology Oncollogy	Unidos Inglês	experiências em departamentos de emergência com foco na satisfação do paciente em geral e as características dos cuidados. Estudo qualitativo
Perceived barriers to clinic appointments for adolescents with sickle cell disease – Medicina e Psicologia[13]	2009 Journal of Pediatric Hematology Oncology	MEDLINE VI Estados Unidos Inglês	Examinar as barreiras percebidas para o atendimento e estratégias clínicas para superar estas barreiras para adolescentes com doença falciforme. Estudo qualitativo

Figura 2: Caracterização dos estudos selecionados**.**

Diagnósticos e Tratamento da Anemia Falciforme

A AF é uma doença com um alto índice de morbidade e mortalidade, assim a falta de diagnóstico precoce, de orientação familiar quanto aos sinais de complicações, de acesso a medidas de prevenção contra infecções e de um atendimento de saúde eficaz durante intercorrências, contribuem para isso.[8]

Dessa forma, o diagnóstico precoce da AF é de extrema importância, bem como o acompanhamento das pessoas afetadas pela doença. Como a doença compromete diversos sistemas do corpo humano, são necessários cuidados mais complexos e uma atenção contínua para manter a estabilidade do indivíduo. A adoção de medidas eficazes para reduzir os fenômenos de hemólise e oclusão vascular, que são comuns na doença falciforme, reduzem os níveis de morbidade e mortalidade.[5;9] Sendo que a maioria dos pacientes com AF são acompanhados por um serviço especializado com frequência de consultas mensais, quadrimestrais e semestrais.[8;10]

Nesse contexto, é muito importante oferecer uma assistência multiprofissional aos pacientes e suas famílias, de forma a favorecer uma atenção integral à saúde. Para tal, os profissionais devem estar qualificados e conhecer as várias faces da anemia falciforme para prestar um melhor atendimento a esse público.

A assistência multiprofissional é muito importante, já que o cuidado prestado nos serviços de saúde e os cuidados realizados pelos pais não atendem a todas às necessidades das crianças com AF, sendo o acompanhamento da equipe multiprofissional em saúde é imprescindível.[10] Destaca-se que a criança e a família devem ter esse acompanhamento desde os primeiros meses de vida, sendo acompanhadas e preparadas para o autocuidado à medida que crescem.[8] Por outro lado, a falta de assistência ou a assistência inadequada é uma das principais dificuldades enfrentadas na atenção prestada à criança e ao adolescente com AF.

A dificuldade de continuidade no acompanhamento e no tratamento dos pacientes é um ponto importante a ser tratado. Um dos entraves é a distância entre a unidade de tratamento e a residência, que às vezes por ser longe, torna-se um fator de abandono do tratamento, em virtude das dificuldades econômicas e sociais dos pacientes e de suas famílias.[9]

Estudo[13] aponta que para os adolescentes existe uma dificuldade em comparecer às consultas clínicas, pois devido a mudança de fase frequentemente perdem seus compromissos substituindo-os pelas suas atividades sociais. Assim, uma maior opção de horários e dias de consultas e menor tempo de espera, pode auxiliar nesse aspecto, visto que é uma fase em que a autonomia e a independência começam a persistir. Outra forma de motivá-los a participar das consultas são as estratégias adequadas ao seu desenvolvimento, como uma sala de espera separada das crianças e com material, de acordo com a idade, para distração dos mesmos. O estado de saúde também influencia na continuidade do acompanhamento, sendo que quando os adolescentes se sentem bem, preferem não ir ao atendimento, visto que não percebem a necessidade do mesmo.

Serviços de Atenção à Saúde de Crianças e Adolescentes com Anemia Falciforme

O tratamento da AF necessita de um acompanhamento contínuo, sendo que ele pode ocorrer em serviços especializados, com o intuito de diminuir as complicações decorrentes da doença.

Com base nos resultados dos estudos selecionados percebe-se que a assistência à saúde das crianças e adolescentes com AF é realizada por diversos serviços, tais como: atenção primária, rede de

urgência e emergência e hospitais. O sistema de saúde tem como base a atenção primária, assim, as orientações iniciais, o tratamento profilático e terapêutico precoce devem ser realizados pelas equipes multiprofissionais da atenção primária, visando o acompanhamento e tratamento precoce da AF, sendo controlada por medidas gerais que impeçam complicações, reduzindo a morbidade e a mortalidade. Aliado a isso, o acompanhamento realizado na atenção básica reduz a demanda por consultas especializadas e por exames, dirigindo o fundo público para procedimentos que são realmente necessários.[9] Entretanto, para que esse acompanhamento seja integral e qualificado é necessário o preparo do serviço e dos profissionais.[10]

Sabe-se que a AF é uma doença com um alto índice de morbidade, acarretando em muitas hospitalizações. Nesse sentido, estudo[10] aponta que mais de 70% das crianças, já foram hospitalizadas, e dessas mais da metade mais de cinco vezes. As crises dolorosas são as principais causas de internação,[8] e o elevado número de hospitalizações favorece a taxa de abstenção escolar e interfere na vida profissional desses indivíduos.[8;10] Por outro lado, (crianças com assistência integral têm taxas de hospitalizações e atendimentos em departamentos de emergência menores do que aquelas que não têm assistência integral, corroborando a importância do acompanhamento desses indivíduos e a qualificação dos profissionais envolvidos.[11]

Em relação ao tratamento de urgência e emergência os profissionais de saúde tem a percepção de que há um grande número de atendimentos que não justificam esse tratamento, muitos dos casos poderiam ser tratados em ambulatórios ou na atenção primária, próximos das casas dos pacientes. Em alguns casos, os pacientes graves vão erroneamente a serviços especializados em hematologia, não indicando uma necessidade real desse serviço, visto que são classificadas como complicações da doença. Nesses casos, o tratamento pode ser realizado em um departamento de emergência ou hospitais próximos a residência dos pacientes, de forma que a distância no atendimento pode acarretar no risco de agravamento do estado do paciente.[9]

Estudos[10;12] referem que a maioria dos pais já levou seus filhos ao serviço de emergência, várias vezes, devido às complicações da doença, indicando que os agravos ocorrem mesmo com o acompanhamento clínico. Concomitante a isso, familiares abordam que os serviços de atendimento de urgência e emergência apresentam problemas estruturais e que há necessidade desses terem capacidade para atender adequadamente os agravos.[5;10;12]

Nos departamentos de emergência existe uma insatisfação dos familiares de pacientes quanto ao tempo insuficiente que os profissionais de saúde dedicam a eles e o tempo de espera longo pela prestação do cuidado, devido a não identificação da necessidade de urgência das complicações da AF.[12] Em relação aos profissionais de saúde, a falta de conhecimento sobre a AF pode levar a um falso sentimento de não ser tão urgente o cuidado, resultando em tempos de espera mais longos.[12]

A capacidade da família de comunicar-se com a equipe para solicitar o atendimento adequado, é um tema em destaque nos departamentos de emergência, sendo que esta facilitaria a eficiência e eficácia do atendimento.[12] Assim, torna-se imprescindível que os profissionais escutem os familiares e entendam os antecedentes clínicos do paciente para propiciar que o cuidado prestado seja adequado.

A comunicação entre os membros da equipe também é fundamental para que não sejam questionadas as mesmas coisas para os pacientes, várias vezes, desnecessariamente. Nesse contexto, a relação profissional de saúde-paciente também é essencial para o acompanhamento e a adesão ao tratamento. As relações positivas aumentam o desejo de participar das consultas, assim, a equipe de saúde deve concentrar esforços na construção e na manutenção de um relacionamento adequado, bem como criar estratégias com foco no público alvo visando melhorar o atendimento clínico.[13]

Estudo aponta que um mecanismo para eliminar as vulnerabilidades dessa população é a Casa Médica Centrada no Paciente, que é um local que proporciona uma fonte habitual de cuidados, otimizando rotinas e evitando as exacerbações da doença crônica. Consequentemente, essa forma de cuidado diminui as idas aos departamentos de emergência e aos hospitais.[11]

Redes de Apoio à Criança e ao Adolescente com Anemia Falciforme

A identificação das redes de apoio existentes às crianças e adolescentes com AF e suas famílias é importante para que seja possível proporcionar uma assistência completa e eficiente.

Estudo destaca a relevância das redes de apoio comunitário para o enfrentamento das situações inerentes às doenças crônicas.[5] É por meio dos grupos que as famílias podem trocar experiências e passam a adquirir mais segurança no tratamento de seu filho.[5] Além disso, para que o acompanhamento clínico e o tratamento em si seja mantido pelas crianças e adolescentes, o envolvimento dos pais é fundamental.[13]

Ressalta-se que o conhecimento dos responsáveis acerca de como identificar os sintomas dos agravos é demasiado importante, para tanto é necessário que se tenha programas de educação em saúde e orientações específicas para essa população.[10] Por outro lado, para os adolescentes é imprescindível que sejam fornecidas informações acerca da importância de um acompanhamento clínico para melhorar suas condições de saúde.[13]

Outro aspecto importante a ser ressaltado é a interação da família com a equipe de saúde. O apoio da equipe para enfrentar as situações da doença e o cuidado cotidiano das crianças e adolescentes minimiza as consequências negativas e facilita a adaptação e a flexibilidade diante da doença crônica. Dessa forma, o cuidado deve ser ampliado e o foco da assistência deve ser voltado ao contexto social em que se encontram, tornando os familiares mais aptos a adquirir conhecimentos sobre a doença e, assim, melhorar o cuidado prestado a seus filhos.[5;8]

Considerações Finais

Percebe-se a partir de todos os aspectos abordados, que a AF é uma doença que demanda grande quantidade e qualidade de cuidados na assistência aos pacientes. Para tanto, é necessária qualificação profissional e fornecimento informações acerca do tema à população. O acompanhamento desses pacientes é imprescindível para que se possa evitar ou minimizar as

complicações decorrentes da doença, por isso a assistência de saúde prestada deve ser contínua e qualificada.

Observa-se que as crianças e os adolescentes poucas vezes são ouvidos acerca de seu cuidado, pois somente um estudo dos analisados abordou a percepção do adolescente, corroborando a necessidade da realização de estudos que avaliem essa assistência pelo ponto de vista de quem a utiliza mais.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referencias

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 64 p.
2. Jesus AJ. A implantação do Programa de Doença Falciforme no Brasil. Bol Inst Sau 2011; 13(2): 107-13. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v13n2/v13n2a02.pdf> Acesso em: 6 out. 2016.
3. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong fundamentos de enfermagem pediátrica. 9nded Rio de Janeiro (Rio de Janeiro): Elsevier; 2014.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Doença falciforme: Hidroxiureia: uso e acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 56 p.

5. Guimarães TMR, Miranda WL, Tavares MMF. O cotidiano das famílias de crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme. Rev Bras Hematol Hemoter 2009; 31(1): 9-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-84842009000100007&script=sci_Abstract&tlng=pt> Acesso em: 25 ago. 2016.

6. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gest Socied 2011; 5(11): 121-36. Disponível em: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906> Acesso em: 25 ago. 2016.

7. Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk B, Williamson KM. Searching for the Evidence: Strategies to help you conduct a successful search. Am J Nurs 2010; 110(1): 51-53. Disponível em: <http://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/PermaLink/NCNJ/A/NCNJ_546_156_2010_08_23_SADFJO_165_SDC216.pdf> Acesso em: 5 nov. 2016.

8. Feitoza JM, Goulart LS. Aspectos clínicos e assistenciais dos pacientes portadores de anemia falciforme em unidades básicas de saúde do centro-oeste do Brasil. Rev HCPA 2012; 16(4): 400-5. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index. php/hcpa/article/view/30626/23877> Acesso em: 25 ago. 2016.

9. Santoro MS, Matos HJ, Fildlarczyk D. Emergency care necessity for sickle cell disease patients at Rio de Janeiro State Coordinating Blood Bank. Rev Bras Hematol Hemoter 2011; 33(2): 115-9.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842011000200009> Acesso em: 15 ago. 2016.

10. Almeida TMC, Camargo CL, Felzemburgh RDM. Crianças com doença falciforme: um estudo descritivo. Onl Braz J Nurs 2012; 11(3): 763-77. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3823/pdf> Acesso em: 25 ago. 2016.

11. Raphael JL, Rattler TL, Kowalkowski MA, Brousseau DC, Mueller BU, Giordano TP. Association of care in a medical home and health care utilization among children with sickle cell disease. J Nat Med Assoc 2013; 105(2): 157–65. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3834259/> Acesso em: 15 ago. 2016.

12. Alston KJ, Valrie CR, Walcott C, Warner TD, Fuh B. Experiences of Pediatric Patients With Sickle Cell Disease in Rural Emergency Departments. J Ped Hematol Oncol 2015; 37(3): 195–9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4427542/> Acesso em: 25 ago. 2016.

13. Crosby LE, Modi AC, Lemanek KL, Guilfoyle SM, Kalinyak KA, Mitchell MJ. Perceived barriers to clinic appointments for adolescents with sickle cell disease. J Ped Hematol Oncol 2009; 31(8): 571–6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2750821/> Acesso em: 25 ago. 2016.

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

19.AUDITORIA NO PROCESSO DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

AUDIT IN THE SURGICAL SECURITY VERIFICATION PROCESS

AUDITORÍA EN EL PROCESO DE SURGICAL COMPROBACIÓN DE SEGURIDAD

HILLESHEIM, Suélen Feijó [1]; ZAMBERLAN, Cláudia [2]; MALDANER, Claudia Regina[3] ; NICOLETTI, Maria Andrelise [4]; ALVARENGA, Marina Sanes[5]

Resumo

Introdução A auditoria em saúde é considerada um elemento essencial para mensurar a qualidade da assistência, proporcionando aos profissionais subsídios na orientação do desenvolvimento de suas atividades. **Objetivos** Identificar os principais eventos adversos no período transoperatório de cirurgia cardíaca e demonstrar indicadores que evidenciam a adesão da equipe cirúrgica à procedimentos que garantam cirurgia segura. **Metodologia** Revisão narrativa de literatura constituída de artigos científicos nacionais e internacionais no período de 2007 a 2015. **Resultados/discussão** Os eventos adversos em centro cirúrgico podem desencadear danos permanentes ou o óbito do paciente. Nesse contexto, foram levantados os principais eventos adversos, transformando-os em indicadores que viabilizem a revisão das práticas empregadas em prol da segurança do paciente. **Considerações:** Conclui-se que a verificação das intervenções nos hospitais que aderiram à cirurgia segura é limitada no Brasil, todavia pode-se perceber a importância da atuação do auditor no centro cirúrgico em busca da excelência na assistência.

DESCRITORES: Auditoria; Centro Cirúrgico; Segurança do Paciente.

Abstract

Introduction Health auditing is considered an essential element to measure the quality of care, providing professionals with guidance in the development of their activities. **Objectives** To identify the main adverse events in the perioperative period of cardiac surgery and to demonstrate indicators that evidence the adherence of the surgical team to procedures that guarantee safe surgery. **Methodology** Narrative review of literature consisting of national and international scientific articles from 2007 to 2015. **Results / discussion** Adverse events in a surgical center may trigger permanent damage or death of the patient. In this context, the main adverse events were raised, turning them into indicators that enable the revision of the practices employed in favor of patient

[1] Enfermeira Especialista em Cardiologia IC-FUC. Enfermeira Assistencial da Unidade de Cardiologia Intensiva HUSM. suelenhillesheim@gmail.com

2 Enfermeira Doutora em Enfermagem FURG. Especialista em Terapia Intensiva UNIFRA. Enfermeira Assistencial da Unidade de Cardiologia Intensiva.

3 Enfermeira Mestre em Enfermagem UFSM. Especialista em Nefrologia UFRGS. Enfermeira Assistencial da Unidade de Cardiologia Intensiva

4 Enfermeira Mestre em Terapia Intensiva. Especialista em Cardiologia pelo Hospital Sírio Libanês e em Circulação Extracorporea e Assistência Circulatória Mecânica- Incor. Enfermeira perfusionista HUSM

5 Enfermeira Especialista em Gestão pelo Hospital Sírio Libanês. Enfermeira Assistencial da Unidade de Cardiologia Intensiva HUSM

safety. **Considerations** It is concluded that the verification of the interventions in the hospitals that adhered to the safe surgery is limited in Brazil, however, it is possible to perceive the importance of the performance of the auditor in the surgical center in search of the excellence in the assistance.

KEYWORDS: Audit; Surgical Center; Patient Safety.

Resumen

Introducción La auditoría de la salud se considera un elemento esencial para medir la calidad de la atención, proporcionando beneficios profesionales para guiar el desarrollo de sus actividades. **Objetivos** Identificar los principales eventos adversos en el periodo perioperatorio de cirugía cardiaca y demuestran indicadores que muestran el número de miembros del equipo quirúrgico a los procedimientos para garantizar un funcionamiento seguro**. Metodología** La revisión de la literatura narrativa compuesta de artículos científicos nacionales e internacionales desde 2007 hasta 2015. **Resultados / discusión** Los eventos adversos en la sala de operaciones puede provocar daños permanentes o la muerte del paciente. En este contexto, se plantearon los principales eventos adversos, convirtiéndolos en indicadores que permitan la revisión de las prácticas empleadas por la seguridad del paciente. **Consideraciones** se concluye que la verificación de las intervenciones en los hospitales que se unió a la cirugía segura está limitada en Brasil, sin embargo, uno puede ver la importancia de la actuación del auditor en la sala de operaciones en búsqueda de la excelencia en la atención.

PALABRAS CLAVE: Auditoría; Centro quirúrgico; Seguridad del paciente.

III Seminário Internacional
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
X Semana de Enfermagem

Introdução

A prática da auditoria teve início na Inglaterra no século XII, fixando-se no século XVII por meio da Revolução Industrial, inicialmente nas grandes empresas, tendo continuidade até os dias atuais. No que se refere à auditoria aplicada à enfermagem. É considerada, um elemento essencial para mensurar a qualidade da assistência, proporcionando aos profissionais da área, subsídios na orientação do desenvolvimento de suas atividades, estimulando a reflexão individual e coletiva, bem como nortear o processo de educação permanente. [1-2v]

Ao auditor, compete a garantia da qualidade da assistência prestada ao usuário, proporcionando-lhe confiabilidade e segurança.[3] Portanto, torna-se necessário que os enfermeiros utilizem a modalidade adequada para cada tipo de auditoria existente, pois atualmente esse processo além de proporcionar controle na redução de custo, está cada vez mais focado na qualidade e segurança da assistência ao paciente.[4] Na auditoria, ocorre a elaboração de um plano auditorial que propõe a forma da sua realização, sendo que, ao término do processo é elaborado um parecer técnico sobre o que foi auditado bem como sugestões para aperfeiçoamento da assistência de enfermagem prestada.[2]

No que diz respeito à legislação, está regulamentada a atuação do enfermeiro habilitado profissionalmente, para realizar auditoria em serviços de saúde, cabendo privativamente a ele organizar, dirigir, coordenar, avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de auditoria de enfermagem; devendo, ainda, no exercício de suas funções, ter visão holística como gestão de qualidade da assistência e aspectos – econômico – financeiro, visando sempre o bem estar do ser humano.[5]

Para a realização da auditoria na área da saúde é indispensável conhecer e dominar todos os processos que envolvem o atendimento/cuidado do paciente. Deve-se utilizar método cientifico, e objetivos claros, que identifiquem pontos inadequados do serviço, pois o sistema hospitalar tem responsabilidade na investigação e controle da qualidade da assistência oferecida por todos os profissionais de saúde e ~~dos~~ serviços de apoio.[6] Em relação à auditoria em unidades especiais, pode-se destacar o centro cirúrgico (CC) por ser considerado um setor singular nas instituições hospitalares, atraindo atenção pela evidência dos resultados, complexidade dos fluxos, decisiva ação curativa e por ser o local mais oneroso do complexo hospitalar. O enfermeiro, está cada vez mais envolvido nas decisões financeiras e no planejamento orçamentário das instituições, tendo que gerir recursos (humanos, materiais e financeiros) muitas vezes escassos.[7]

Com base nestas considerações foram pontuadas as seguintes questões norteadoras para esta pesquisa: Quais os principais Eventos Adversos (EAs) no período transoperatório? Quais indicadores evidenciam a adesão da equipe cirúrgica à cirurgia segura?Nesse contexto, objetiva-se ~~é~~ identificar os principais eventos adversos no período transoperatório e demonstrar indicadores que evidenciam a adesão da equipe cirúrgica a procedimentos que garantam cirurgia segura.

Metodologia

Configura-se como uma revisão narrativa de literatura constituída de artigos científicos nacionais e internacionais sobre a temática Auditoria no processo de verificação de segurança cirúrgica. A pesquisa foi realizada nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e na Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline) e Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme), utilizando artigos, periódicos e guidelines indexados no período de 2007 a 2015 mediante os DESCRITORES: Auditoria, Centro Cirúrgico e Segurança do Paciente.

A delimitação deste período de análise da pesquisa é justificada ao coincidir com o lançamento da campanha: "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2007, embasado no sistema de checklist, objetivando a conscientização mundial da necessidade de garantir a segurança do paciente durante os procedimentos cirúrgicos.

Resultados e Discussão

Foram selecionadas sete referências que abordaram o tema em estudo. Quanto ao ano de publicação, foram encontradas uma referência de 2008, duas de 2009, uma de 2010, uma de 2011, uma de 2012 e uma de 2015.

Em relação às unidades hospitalares, o centro cirúrgico é reconhecido como um dos setores mais complexos do âmbito hospitalar e, também, mais favorável para a ocorrência de Eventos Adversos (EAs). Isto pode estar relacionado às suas particularidades da assistência, da diversidade dos procedimentos cirúrgicos e diagnósticos, bem como da intensa circulação de pessoas de diferentes categorias profissionais.[8] Os EAs são agravos não intencionais decorrentes de uma assistência ineficaz. Podem ser caracterizados como incidentes ocorridos na assistência ao paciente e que resultam em dano, podendo este ser físico, social e/ou psicológico, implicando em prolongamento do tempo de internação, incluindo lesão, sofrimento, incapacidade ou morte. [8,9] A

probabilidade dos EAs em ambiente cirúrgico é considerado maior quando há infraestrutura e equipamentos comprometidos; problemas no suprimento e qualidade de materiais médico-cirúrgico e medicamentos; falhas no processo de gerenciamento e no controle de infecção hospitalar; desempenho limitado dos profissionais decorrente à baixa motivação ou capacitação técnica ineficaz; diagnóstico pré-operatório incorreto; consulta pré-anestésica ineficiente, bem como o baixo investimento financeiro nos serviços de saúde. Tais circunstâncias são comumente encontradas em países em desenvolvimento. [10,11]

A ocorrência de EAs representa o desempenho dos serviços de saúde, e está diretamente ligado à qualidade e a confiabilidade do sistema. Diante disto, deve-se rastrear e realizar o controle destes EAs, pois eles configuram os indicadores de qualidade da assistência à saúde, refletindo na necessidade de investimento na educação continuada e de reconhecimento do erro como parte integrante de uma cultura de segurança entre a equipe de saúde.[8]

Os EAs em centro cirúrgico podem desencadear danos consideráveis aos pacientes e, tais incidentes como procedimento cirúrgico em paciente errado, amputação de membro errado e cirurgias realizadas em órgãos do lado errado (erro de lateralidade), têm sido cada vez mais relatados na mídia devido à incapacidade permanente ou morte de pacientes, decorrentes da desatenção ou falha de comunicação entre a equipe. Ao mesmo tempo em que ocorrem esses eventos, torna-se visível a escassez de informações e registros à nível nacional, dificultando o delineamento e a abrangência dessa questão no Brasil. [12]

Não obstante, acredita-se que a avaliação da assistência prestada ao paciente por meio da utilização de indicadores, possa representar a qualidade no processo de trabalho bem como pontuar aspectos à serem melhorados no sistema. Entretanto, cabe ressaltar a necessidade de utilizar informações válidas nos processos avaliativos. [13]

Atualmente a ocorrência dos EAs comprometem a segurança do paciente, constituindo-se em um grande desafio para o aprimoramento da qualidade no setor saúde. [14] Diante disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou um manual sobre cirurgia segura, com a finalidade de evitar mortes e complicações decorrentes de práticas inadequadas na assistência ao paciente. [10] A OMS destaca dez objetivos fundamentais que deverão ser adotadas pela equipe, em qualquer procedimento cirúrgico, para que seja contemplada a cultura de segurança [9,10]: paciente e local cirúrgico correto; evitar danos na administração de anestésicos, otimizando sua analgesia; reconhecimento e preparo para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida; reconhecimento e preparo para o risco de grandes perdas sanguíneas; evitar a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente; utilizar métodos conhecidos para reduzir o risco de infecção no sítio cirúrgico; certificar-se que não houve retenção de instrumentais e/ou compressas na cavidade cirúrgica; manter seguro e identificado toda amostra anatomopatológica e manter comunicação para troca de informações que visem o manejo adequado do paciente e estabelecer vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos.

Diante dos resultados obtidos, torna-se indispensável o levantamento de indicadores que viabilizem a revisão das práticas empregadas e das contribuições obtidas. Desta forma, permite a análise da qualidade da assistência ao paciente em busca de melhorias no que se refere à segurança.

Nesse sentido, considerando os objetivos da OMS em prol da cultura de segurança e os principais eventos adversos em cirurgias assim como o indicador considerado como uma unidade de medida

de uma atividade, foram elencados os indicadores que evidenciam a adesão da equipe cirúrgica à cirurgia segura: identificação do paciente; identificação do procedimento cirúrgico; demarcação sítio cirúrgico; confirmação do consentimento informado; revisão dos equipamentos/materiais necessários para o procedimento cirúrgico; verificação da validade de materiais e medicamentos; identificação de risco de perda sanguínea; confirmação de presença alergia; administração correta de medicamentos e hemoderivados; realização de antibioticoprofilaxia; reconhecimento de via aérea difícil; realização da contagem de compressas/gases/instrumentais e agulhas antes do fechamento da pele e identificação e encaminhamento de anatomopatológico.

Considerações Finais

Os EAs refletem a performance das instituições de saúde, afetando diretamente na qualidade e a confiabilidade da assistência prestada ao paciente. O levantamento e controle dos EAs são transformados em indicadores da qualidade da assistência à saúde, implicando na necessidade de reconhecimento na cultura de notificação de erro e investimento em educação continuada para as equipes.

A auditoria no enfoque a procedimentos para a cirurgia segura é fundamental, seja na avaliação da assistência, bem como, na sua capacidade em usar as informações obtidas por meio de indicadores para tomada de decisão, tornando essencial a cultura de segurança entre os profissionais de saúde em busca da excelência na assistência.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Motta, ALC. Auditoria de Enfermagem nos Hospitais e Operadoras de Planos de Saúde. 2ªed. São Paulo: Iátria, 2013.

2. Kurcgant, P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU, 2006.

3. Silva MVS, Silva LMS, Dourado HHM, Nascimento AAM, Moreira TMM. Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos. Rev Bras Enferm Brasilia. 2012 Mai/Jun; 65(3): 535-8.

4. Fernandes, I A et al. Análise comparativa da auditoria aplicada pela enfermagem. Revista Gestão & Saúde, Curitiba 2013. Vol.8 (1): 13-24.

5. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 266, de 05 de outubro de 2001. Aprova atividades de Enfermeiro Auditor. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resolucao266.htm>.

6. Scarparo FA, Ferraz CA, Chaves LDP, Rotta CSG. Abordagem conceitual de métodos e finalidade da auditoria de enfermagem. Rev Rene Fortaleza. 2009 Jan/Mar.Vol.10 (1): 124-130.

7. Silva, J.A, Arndt, ABM**.** Índices operacionais e taxa de ocupação de leito de centro cirúrgico**.** Acta de Ciências e Saúde. 2013. Vol. 01 (2).

8. Souza LP, Bezerra ALQ, Silva ABC, Carneiro FS, Paranaguá TTB, Lemos LF. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. Rev Enferm UERJ. 2011 Jan/Mar; 19(1):127-33.

9. World Health Organization (WHO). More than words. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS); technical report. Geneva: World Health Organization; 2009.

10. World Health Organization. World Alliance for patient safety. The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives. Genebra; 2008.

11. Moura, MLO, Mendes, W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. Rev. Bras. Epidemiol. 2012; 15(3): 523-35.

12. Araújo, MPS, Oliveira, ACR. Quais mudanças poderão ocorrer na assistência cirúrgica após a implantação dos núcleos de segurança do paciente? Enferm Cent Min. 2015 Jan/Abr; 5(1): 1542-1551.

13. Vituri DW, Matsuda LM. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(2): 429-37.

14. Paiva MMS, Paiva SAR, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2010; 44 (2): 287-94.

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

20.BRINQUEDO TERAPÊUTICO: POSSIBILIDADE PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

THERAPEUTIC TOY POSSIBILITY FOR NURSING

POSIBILIDAD DE JUEGO TERAPÉUTICO PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

PINTO,Edith[1]; FREITAS, Hilda. M. B.[2]

Introdução: O ato de brincar tem grande importância para a criança, tanto para desenvolvimento sensório-motor e intelectual, como para a socialização, o desenvolvimento e aperfeiçoamento da autoconsciência e da criatividade. Brincar facilita para a reduçãodo estresse, estimula a criança para a criatividade e reinventa o mundo, explorando seus limites, a afetividade e as emoções[1].Na assistência à saúde, o brincar deve ser utilizado para cumprir a função tantorecreacional quanto terapêutica. O brinquedo terapêutico (BT) é uma técnica baseada nos princípios da ludoterapia, adaptada para aliviar ou diminuir a ansiedade da criança hospitalizada, gerada por experiências atípicas para sua idade[2].Pode ser classificado em três tipos: dramático, que propicia à criança dramatizar experiências novas, difíceis de serem verbalizadas e, tornar-se emocionalmente segura; capacitador de funções fisiológicas, no qual a criança participa de atividades para melhorar seu estado físico, por intermédio de brincadeiras que reforçam e envolvem seu cuidado; e o instrucional ou preparatório, prepara a criança, por meio da brincadeira, para os procedimentos que será submetida, com o intuito de promover compreensão sobre o tratamento. O uso do BT pela equipe de enfermagem durante o cuidado à criança, tem evidenciado resultados significativos diante da doença e hospitalização, que remetem a procedimentos dolorosos e desconhecidos[2].A brincadeira é essencial para o bem-estar físico, mental, social e espiritual da criança, sendo extremamente necessária durante a hospitalização. Este estudo justifica-se pela necessidade dos profissionais de enfermagem conhecerem e compreenderem a relevância da adesão ao BT no cuidado à criança doente. Assim, questiona-se: o que existe na literatura científica sobre o cuidado à criança hospitalizada por meio do BT? E como objetivo: Conhecer o que existe na literatura científica sobre o cuidado à criança hospitalizada por meio do BT.**Metodologia:** O presente estudo consiste em uma revisão narrativa[3]. A coleta dos dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2016. Como critérios de inclusão, optou-se por artigos que contemplassem a temática proposta, disponíveis na íntegra, em Língua Portuguesa, a partir de 1990, por ser o ano que iniciou a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) a 2016[4].E, como critérios de exclusão, teses, dissertações, monografias e Resumos expandidos. O levantamento bibliográfico foi nasbases de dados: *ScientificElectronic Library Online* (*SciELO)* e Latino Americano e Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a partir das palavras-chave: “criança”; “hospitalização”; “brinquedo”.Os artigos foram identificados com a letra A de artigo seguindo a ordem numérica. Referente aos aspectos éticos por ser uma pesquisa bibliográfica, não foi necessária a aprovação do Comitê de Ética nem a

[1]Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde e da Vida pelo Centro Universitário Franciscano. edithpintoap@gmail.com

[2]Enfermeira Especialista em Enfermagem Pediátrica da UTI Pediátrica do HUSM. Doutora em Ciências da Saúde pela UNIFESP.

concessão dos autores.**Resultadose discussão:** Foram encontrados 82 artigos no *SciELO* e 38 no LILACS. No SciELO44 dos artigos abordavam a temática, destes,6 artigos atenderam os critérios de inclusão. No LILACS apenas 8 artigos contemplaram os critérios de inclusão, 4 se repetiam e 3 foram encontrados na íntegra, mas não contemplavam os objetivos do estudo, restando apenas 1 artigo, totalizando 7 artigos. A hospitalização na infância fragiliza a criança por ser um ambiente desconhecido, frio, que aflora sentimentos e reações pelo medo do que possa acontecer. O BT utilizado por meio da brincadeira, possibilita ao enfermeiro cuidar e interagir com a criança no ambiente hospitalar, amenizando os sentimentos referentes a doença[2]. O A1 intitulado *"Brinquedo Terapêutico no Procedimento de Punção Venosa: Estratégia para reduzir alterações comportamentais"*, teve como objetivo comparar as reações manifestadas pela criança frente ao preparo para punção venosa antes e após o uso do BT. Evidenciou que a utilização do brinquedo ajuda a minimizar o estresse da hospitalização, facilita a compreensão e aceitação dos cuidados realizados pela equipe de enfermagem eproporciona melhor adaptação, tornando este momento menos traumático.Concluiu que oBT constitui relevante intervenção para a enfermagem pediátrica, sendo necessário, para sua aplicação sistematizada, articular ações que visem uma sensibilização dos gestores em pediatria, capacitação dos profissionais envolvidos e abordagem nos cursos de graduação de enfermagem. O A2 intitulado *"Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas"*, objetivouanalisar como o BT estruturado em um Modelo de Cuidado de Enfermagem contribui no cuidado à criança hospitalizada.Destaca a relevância do cuidado por meio do BT para acriança no ambiente hospitalar, minimizando suas angustias e facilitando o enfrentamento da doença. Favorece para compreender o que será realizado e o porquê da necessidade dos procedimentos, formando o vínculo entre equipe de saúde e criança.O cuidado lúdico é uma ferramenta que proporciona a compreensão da criança durante o período de internação, descrevendo de forma simples como será sobre os cuidados necessários para o seu tratamento[1].O A3 intitulado *"Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado a criança hospitalizada"*, teve como objetivo verificar os benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem à criança hospitalizada.A utilização do BT contribui para compreensão da criança sobre os cuidados a serem realizados, diminuindo o estresse da hospitalização. Conclui a importância de instrumentalizar a equipe de enfermagem para que conheça os benefícios da prática do cuidar aliada à terapêutica do brinquedo.O diálogo com a criança é de extrema importância antes, durante e após o procedimento realizado pela equipe de enfermagem, proporcionando, segurança e conforto[2].O A4 Intitulado *"Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada"*, objetivou utilizar o brinquedo como recurso terapêutico no alívio das tensões reais e inconscientes da criança em relação à hospitalização.Evidenciouque o BT tem importância no cuidado a criança hospitalizada, por transmitir segurança e tranquilidade na hora dos procedimentos dolorosos, favorecendo a adaptação e aceitabilidade nas intervenções. É uma ferramenta que proporciona a compreensão da criança, descrevendo de forma simples como será os cuidados necessários para o seu tratamento[5]. O A5 intitulado *"Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças"*, teve como objetivo comparar as reações manifestadas pela criança durante o curativo realizado antes e após o preparo emocional com o BT.Destaca o BT como estratégia efetiva na redução do medo, da tensão e da dor da criança durante os procedimentos.O A6 Intitulado *"Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa,*

com utilização do BT", como objetivo de propor um modelo de protocolo para a utilização do BTno preparo do pré-escolar submetido à punção venosa.Evidenciouuma lacuna nas escolas de enfermagem e nas instituições de saúde, sobre o brincar como uma necessidade da criança. As crianças têm direito a brincar, pois a brincadeira faz parte de sua vida; privá-las disso é tirar a oportunidade de crescimento e desenvolvimento com saúde.Esta pesquisa teve como foco aplicar um protocolo assistencial para realização da punção venosa na criança, e as autoras reforçam a importância de iniciar essa atividade durante a graduação, para que os futuros enfermeiros tenham a concepção da importância do BT na hospitalização. O A7 intitulado *"O efeito da utilização do BT, pela enfermeira pediatra, sobre o comportamento de crianças recém-hospitalizadas"*, teve o objetivo de investigar a influência do BT, utilizado pela enfermeira, sobre o comportamento de crianças de 3 a 5 anos de idade, recém-hospitalizadas.Concluiu que o BT auxilia nocomportamento, crescimentoe desenvolvimento da criança, tendo uma influência positiva para o cuidado da enfermagem. O efeito do BT no cuidado de enfermagem àcriança,favorecepara seu bem-estar tanto no âmbito emocional como no quadro clínico[5], além de contribuir para a confiança entre os familiares, criança e equipe de enfermagem. **Considerações finais:** Esta pesquisa evidenciou a importância do BT no cuidado à criança hospitalizada, amenizando os traumas. OBT no ambiente de trabalho pode ser aplicado pelo enfermeiro e sua equipe, sendo importante que tenha conhecimento e habilidade de facilitar a brincadeira no ambiente hospitalar.O enfermeiro possui capacidade para estimular e promover o cuidado por meio do BT, principalmente, por construir uma relação com a criança e sua família ao longo da hospitalização. Além de estimular os familiares a utilizarem as atividades lúdicas no cuidado da criança, ameniza o estresse da hospitalização. Os artigos apresentados evidenciaram que a utilização do BT como estratégia para minimizar os traumas sofridos durante a internação hospitalar é eficaz, pois este período é traumático, tanto para a criança, quanto para sua família.

DESCRITORES: Criança; Hospitalização;Brinquedo.

Eixo temático: Processo de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1 Hockenberry MJ; Wilson D. **Wong:** fundamentos de enfermagem pediátrica. [8ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011].

2 Maia EBS; Ribeiro CA; Borba RIH. Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinquedo terapêutico na prática assistencial à criança.[**RevEscEnferm USP**; 45(4):839-46, 2011].

3 Ursi ES; Gavão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.[**Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.14, n.1, p.124-131, 2006].

4 Brasil. **Lei n.8069 de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. [Diário oficial da União, Brasília,16 de julhode1990].

5 Souza LPS et al. O Brinquedo Terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem.[**J Health Sci Inst**.2012;30(4):354-8].

21.BURNOUT E FORMAÇÃO ACADÊMICA: UM DESAFIO PARA OS ESTUDANTES

BURNOUT AND ACADEMIC TRAINING: A CHALLENGE FOR STUDENTS

BURNOUT Y EDUCACIÓN: UN RETO PARA LOS ESTUDIANTES

SCHUTZ, Thais Costa[1];MACHADO, Bruna Parnov[2]

Resumo

Introdução: A síndrome de burnout é conceituada como esgotamento, estresse, causa impacto na produção do estudante, provocando aumento de faltas e dificuldade para concentração. OBJETIVO: descrever a partir da literatura aspectos relacionados a Síndrome de Burnout na formação acadêmica. **Metodologia**: realizou-se na LILACS, a partir dos DESCRITORES encontrados. **Resultados**: A academia transforma a vida do estudante, devido a isso, aos estudos diários e responsabilidades, pode haver diversas ocorrências que podem causar danos na saúde dos mesmos. A síndrome de burnout é um desses fatores, essa pode influenciar negativamente na rotina dos estudantes. **Conclusão**: Destaca-se a importância de mudanças que interfiram no processo de estresse e burnout do estudante, a fim de diminuir os fatores que possam desencadear agravos à sua saúde, pois o estudo deve ser algo que traga prazer e desenvolvimento adequado às atividades de rotina.

DESCRITORES: Esgotamento profissional; Estudantes de enfermagem; Burnout.

Abstract

Introduction: The burnout syndrome is conceptualized as exhaustion, stress, causes impact on the student's production, provoking an increase in absences and difficulty concentrating. PURPOSE: to describe from the literature aspects related to Burnout Syndrome in academic training. **Methodology**: it was carried out in LILACS, from the descriptors found. **Results:** The academy transforms the student's life, due to this, to the daily studies and responsibilities, there can be several occurrences that can cause harm in their health. Burnout syndrome is one of these factors, which can negatively influence the students' routine. **Conclusion:** The importance of changes that interfere in the student's stress and burnout process is emphasized, in order to reduce the factors that may trigger health problems, since the study should be something that brings pleasure and development appropriate to routine activities .

DESCRIPTORS: Professional exhaustion; Nursing students; Burnout.

Resumen

Introducción: El síndrome de burnout se define como el cansancio, el estrés, los impactos sobre la producción de los estudiantes, provocando un aumento de la escasez y dificultad de concentración. **Objetivo:** Describir los aspectos de la literatura relacionada con el síndrome de burnout en la educación académica. **Metodología**: en LILACS, desde descriptores encontrado. RESULTADOS:

[1]Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA. E-mail: thais.schutz@hotmail.com

[2]Profª Enfª Me. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA.

La Academia transforman la vida del estudiante, debido a esto, los estudios y las responsabilidades diarias, pueden ser de varios sucesos que pueden dañar la salud de la misma. El SAP es uno de los factores que pueden influir negativamente en la rutina de los estudiantes. **Conclusión:** Hacemos hincapié en la importancia de los cambios que interfieren con el proceso de estrés y el agotamiento del estudiante con el fin de reducir los factores que pueden desencadenar daño a su salud debido a que el estudio debe ser algo que da placer y el desarrollo adecuado de las actividades de rutina .

PALABRAS CLAVE: Burnout; Estudiantes de enfermería; Agotamiento.

Introdução

É sabido que, a maioria dos autores entende que burnout é uma síndrome atribuída ao espaço laboral, sendo que esta acontece a partir da cronificação do estresse ocupacional, que por sua vez gera resultados negativos ora individual e familiar, ora profissional e social. Não obstante, salienta-se que o burnout, com seus inúmeros efeitos, causa impacto tanto na produção como na qualidade do trabalho desenvolvido, além de provocar aumento significativo no absenteísmo, rotatividade de funcionários, acidentes ocupacionais, causando impacto negativo na imagem da empresa e trazendo prejuízos financeiros para a mesma[13].

No Brasil, a primeira publicação foi feita por França, que em 1987 na Revista Brasileira de Medicina, falou sobre "A Síndrome de Burnout". Assim, as primeiras teses e demais produções começam a surgir na década de 90, com a finalidade de mostrar uma visão ampliada sobre o tema. Logo, devido à importância abrangente e significante da síndrome, em seis de maio de 1996, a síndrome de burnout foi incluída no anexo II da Regulamentação da Previdência Social, que se referem aos Agentes Patogênicos Causadores de Doenças Profissionais[10].

Destaca-se ainda que, apesar dos mais diversos estudos relacionados à saúde do trabalhador, na década de 90 eram poucos os que traziam a palavra burnout. Assim, para referenciar a síndrome de burnout surgiram diversas denominações, são elas: estresse laboral, profissional, assistencial, ocupacional assistencial ou simplesmente estresse ocupacional. Esse se evidencia em pessoas que se preocupam com o bem-estar do próximo dando-lhe uma atenção adequada e bem qualificada[3].

Em contrapartida, há diversas pessoas que tratam a síndrome de burnout como estresse ou depressão, essa atitude acaba trazendo malefícios para os acometidos, pois a causa principal do problema não é acometida. Além disso, a sobrecarga fica atribuída elementos da própria pessoa, o que gera grande transtorno na vida da mesma, pelo fato de não conseguir lidar sozinha com o problema verdadeiro[13].

Objetivo

Descrever a partir da literatura aspectos relacionados a Síndrome de Burnout na formação acadêmica

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo que segundo Minayo (2014) é o método que permite revelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propiciando a

construção de novas abordagens, revisões e criações de novos conceitos e categorias durante a investigação. Do tipo narrativa, que tem como objetivo descrever a arte do assunto estudado, na perspectiva teórica ou contextual, possibilitando uma temática mais abrangente, por se tratar de uma pesquisa mais ampliada[7].

A pesquisa foi-realizada na Base de Dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para seleção dos artigos, ~~serão~~ foram utilizados DESCRITORES registrados nos DESCRITORES em Ciências da Saúde (DECS), sendo eles: "esgotamento profissional", "estudantes de enfermagem" e "burnout", com os operadores booleanos "AND"; "OR" e "NOT".

Como critérios de inclusão foram utilizados textos na íntegra, disponíveis em português. Os critérios de exclusão para seleção deste estudo foram: estudos sobre discussões e reflexões, publicações em língua estrangeira.

Para análise dos dados obtidos foi utilizada a proposta realizada por Minayo (2014). Este método propõe três etapas para análise dos resultados: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação.

A pré-análise, corresponde à organização das informações obtidas nas entrevistas e à retomada da proposta de pesquisa. Deve-se ser feita uma leitura flutuante para se familiarizar-se com o tema; fazer uma constituição do corpus, termo que reverência o tema estudado na sua totalidade; formulação e reformulação de hipóteses e objetivos são a retomada da etapa exploratória, lendo exaustivamente para captar toda a riqueza do material[8].

Na fase de exploração do material há a construção de unidades de registro, de contexto, segmentos significativos e categorias através de leitura que objetiva extrair a essência do texto[8].

A fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação é a etapa de indução de significados e interpretação do conteúdo recortado de acordo com o referencial teórico adotado. Neste momento, unem-se as informações contidas nas unidades de registro com as impressões de quem realizou a busca para que o produto final desta fase seja o mais próximo possível da intencionalidade de quem o referiu[8].

Resultados e discussões

O ser humano vive em constante aprendizagem, desde o momento em que nasce até a hora de sua morte. O primeiro contato com o mundo faz com que haja sentimento de alegria, com isso caracteriza-se a atividade do lúdico, que permeia durante toda sua vida e assim, chega-se a escola formal, onde há o ensino diferenciado, que contempla todas as atividades desenvolvidas[9].

Após o ensino médio completo, vem à graduação. Ao ingressar nesta, os alunos partem para uma nova etapa de sua vida, permeada por aspectos diferentes daqueles os quais estavam acostumados na escola regular. A partir daí, surgem novos interesses, novas dúvidas, novos medos e maneira de pensar. Não obstante, há diversas disciplinas, porém que contemplam uma a outra e, professores com pensamentos diferentes e modo de agir com muita cautela e disciplina, cobrando do aluno o seu máximo, para ser um ótimo profissional[9].

A busca pela realização de um curso superior tem aumentado gradativamente desde muito tempo, pelo fato de o mercado de trabalho estar exigindo melhores qualificações, neste caso, um

profissional graduado. Com isso, o indivíduo tenta ingresso não somente em universidades públicas, mas também em particulares, devido às grandes oportunidades que essas estão oferecendo[6].

Assim, se torna de suma importância o ambiente em que o aluno faz o seu curso, com isso haverá uma grandiosa aprendizagem e experiência universitária. Constantemente, definem-se diferentes mudanças no ambiente de estudo, isso faz com que haja uma preocupação considerável com a aprendizagem, que vai depender de grande influência social. De tal modo, torna-se difícil a avaliação do ensino superior, pois o impacto da universidade depende da aprendizagem, dedicação e características de cada aluno[12].

São muitas as dificuldades encontradas no âmbito de universidade, as quais se apresentam em questões propriamente ditas dos alunos, e nas cobranças acadêmicas, que precisam ser cumpridas de maneira eficiente e rápida, tendo uma boa adaptação para realizá-las no próprio local das aulas, assim como fora dele. Esses fatores têm impacto no comportamento acadêmico e desenvolvimento psicossocial do aluno, que podem ter como resultado falta de motivação no aprendizado, assim constata-se que o professor tem grande importância nesse aspecto[14].

A universidade é um espaço de aprendizagem e socialização, com isso há o desenvolvimento cognitivo e afetivo do estudante. Contudo, a maneira do professor dar aula, o estilo do mesmo para desenvolver as atividades e o preparo da grade curricular no contexto acadêmico são imprescindíveis para se ter um aluno motivado e bem referenciado em sala de aula[14].

Atualmente a vida das pessoas, principalmente as mais jovens, está de certa forma muito conturbada. Isso acontece devido às diversas mudanças que existem no seu dia-a-dia, porém, devem encontrar maneiras para direcionar as atividades e manter uma organização multitarefas no seu cotidiano[11].

No âmbito acadêmico, essa rotina perturbada mostra-se mais impactante, devido ao nível de dificuldade ser maior, havendo também necessidade de competição, cumprimento de prazos e metas estudantis[5]. Além disso, ainda podem surgir situações conflituosas entre colegas, professores, orientandos e orientadores, pois se exigem capacidade de produção e aprendizagem, tendo que emergir teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso e demais trabalhos para publicação em eventos diversos que visam o conhecimento científico[14].

No caso do cumprimento da elaboração dos Trabalhos de Conclusão de Curso, muitas vezes, a relação do orientador com o orientando é a causa de desistências dos alunos, devido a não parceria entre ambos. E, quando essa desistência não acontece pode haver problemas, tanto para o aluno quanto para o professor, pois pode ter falta de confiança, baixa autoestima e estresse[1]. Assim, segundo Borges, Carlotto (2004), geralmente nos semestres finais dos cursos de graduação os alunos percebem suas limitações e, com isso sentem-se incapazes de realizar determinadas tarefas individualmente. A partir disso, diversos estudos têm mostrado a presença da síndrome de burnout em graduandos correlacionada com as variáveis: estresse, autoestima, ansiedade, depressão, satisfação e estratégia de copping. Deste modo, surge a necessidade de mecanismos de controle para ajudar os envolvidos em tal situação[15].

Desse modo, a pressão e a exigência de produtividade podem ser causas de fatores estressantes que vão levar a constatação de presença da síndrome de burnout, pois deve haver dedicação total e exclusiva, que muitas vezes não tem apoio financeiro e oportunidade de

publicação em revistas de alto nível. Não obstante, ainda salienta-se que existem dificuldades financeiras e de estabilidade profissional, o que pode levar ao esgotamento mental, prejudicando assim a saúde do estudante[16].

O estresse tem sido utilizado como fator que atinge vida humana, contudo, diante vários estressores existentes no dia-a-dia das pessoas é de suma importância o conhecimento sobre tal assunto. Assim, define-se estrese como qualquer determinante do meio externo ou interno que modifique a vida diária do indivíduo interferindo em sua plena adaptação[4].

A faculdade é um ambiente que modifica significativamente a vidas dos acadêmicos e, quando esses estão em plena mudança de semestre a dificuldade aumenta mais ainda. Com isso, surgem as intercorrências, e o estresse faz parte dessa vivência interferindo gradativamente na produção dos alunos[4].

No que se refere ao período acadêmico dos semestres finais, sabe-se que diversas passagens e atribuições são consideradas estressoras. Isso fica claro quando há dois turnos de aula, estágio curricular tendo que acompanhar as aulas teóricas, tendo que assim, cumprir uma carga horária atribuída semanalmente, necessidade de conseguir uma quantidade exata de atividade complementar da graduação e disciplina complementar de graduação, cursos para especialização e publicações. Não obstante, os alunos ainda precisam ter participação em grupos de pesquisa e projeto de extensão, monitorias voluntário-remuneradas e eventos diversos[15].

A funcionalidade de muitas atividades atribuídas aos acadêmicos exigem adaptações e, ao manter um esforço árduo para realiza-las acaba prejudicando o bem-estar do mesmo quando esses não se sentem confortáveis naquilo que estão fazendo. Assim, destaca-se que pode haver o desgaste acadêmico e, isso interfere simultaneamente no processo de aprendizagem, causado assim um estresse excessivo e pouca produção, além da desmotivação e desinteresse no próprio curso que esta a desenvolver[15].

Conclusão

As novas regras e exigências para a formação acadêmica tornam-se cada vez mais acirrada no contexto acadêmico. Neste sentido, o impacto do aprendizado passa a ser maior e mais difícil durante um curso de graduação quando comparado às etapas anteriores.

Ainda assim, salienta-se que por mais complexo que seja a graduação, ora no início, ora na reta final, é de suma importância estar sempre realizando estudos e pesquisas que identifiquem às situações da academia que são potenciais geradoras de estresse, em especial a síndrome de burnout.

Estudos citados neste trabalho salientam que a sobrecarga é maior ainda nos semestres finais do curso, devido as suas particularidades e também somadas à insegurança dos estudantes que estão prestes a adquirir a sua autonomia na área de atuação escolhida, com isso, o estudante fica amedrontado com o que poderá vir pela frente. Assim, destaca-se a importância de mudanças que interfiram no processo de estresse e burnout do estudante, a fim de diminuir os fatores que possam desencadear agravos à sua saúde, pois o estudo não deve ser fonte de infortúnio, mas sim algo que traga prazer e desenvolvimento adequado às atividades de rotina.

Referências

1. BERNDT, A. **A questão da orientação na pós-graduação em administração**, 2003. Disponível em: <http://www.forvm.org.br/educarnav.html>. Acesso em 25 de março de 2017.

2. BORGES, A. M. B.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de burnout e fatores de estresse em estudantes de um curso técnico de enfermagem. **Aletheia.** Canoas, v. 19, n. 1, p. 45-56, jun, 2004.

3. CARLOTTO, Mary Sandra. (1999). Síndrome de Burnout: um tipo de estresse ocupacional**. Caderno Universitário** -ULBRA – RS.

4. COSTA, Ana Lucia Siqueira; POLAK, Catarina. Construção e validação de instrumento para Avaliação de Estresse em Estudantes de Enfermagem (AEEE). **Rev Esc Enferm**. USP. v. 43, p. 1017-26, São Paulo, 2009.

5. DUQUE, J. C.; BRONDANI, J. T.; LUNA, S. P. L. Estresse e pós-graduação em medicina veterinária. **Revista brasileira de pós-graduação**, v. 2, n. 3, p. 134-148, mar, 2005.

6. FILHO, Roberto Leal Lobo e Silva; MOTEJUNAS, Paulo Roberto; HIPÓLITO, Oscar; LOBO, Maria Beatriz de Carvalho Melo. A evasão no ensino superior brasileiro. **Cadernos de Pesquisa.** v. 37, n. 132, p. 641-659, set/dez, 2007

7. GUENAGAK, A. Et al. Mechanical bowel preparation for electine colorectal surgery. **cochrane data base syst rev**, 2005.

8. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12º ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2014.

9. OLIVEIRA, Gian Márcio Paiva de; ARAÚJO, Ana Cristina; NASCIMENTO, Jose Mancinelli do**. O ato de estudar na vida acadêmica**. X encontro de iniciação à docência, Pernambuco, 2008.

10. PEREIRA, Ana Maria Benevides. O Estado da Arte do Burnout no Brasil. **Revista eletrônica Interação PSY.** v. 1, n. 1, p. 4-11, agosto, 2003.

11. SANTOS, A. F.; ALVES JÚNIOR, A. Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrandos de ciências da saúde. **Psicologia; reflexão e crítica.** v. 20, n. 1, p. 104-113, 2007.

12. SANTOS, Acácia Aparecida Angeli dos; POLYDORO, Soely; SCORTEGAGNA, Silvana Alba; LINDEN, Maria Salete. Avaliação da integração do aluno ao ensino superior brasileiro. **Casa do psicólogo**, p.165-188. São Paulo, 2010.

13. SCHMITZ, Giliane Aparecida. **Síndrome de burnout**: Uma proposta de análise sob enfoque analítico-comportamental. Dissertação, Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2015.

14. SILVA, Andressa Henning; VIEIRA, Kelmara Mendes. Síndrome de burnout em estudantes de pós-graduação: análise da influência da autoestima e relação orientador-orientando. **Revista online,** v. 16, n. 1, p. 52-68, jan/mar, 2015.

15. SOUZA, F. G. de M.; MENEZES, M. da G. C. Estresse nos estudantes de medicina na Universidade Federal do Ceará. Rev. **Bras. educ. med**. v. 29, n. 2, p. 91-96, maio-ago, 2005.

16. VOLTARELLI, J. C. Estresse e produtividade acadêmica. **Revista medicina Ribeirão Preto.** v. 35, n. 4, p. 451-454, 2002.

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

22. CAPACITAÇÕES SETORIAIS: ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM CARDIOLOGIA INTENSIVA

SECTOR TRAINING: STRATEGY FOR QUALIFICATION OF INTENSIVE CARDIOLOGY ASSISTANCE

CAPACIDAD SECTOR: ESTRATEGIA DE CUALIFICACIÓN EN CARDIOLOGÍA INTENSIVO

ALVARENGA, Marina Sanes[1];ZAMBERLAN, Cláudia[2];NICOLETTI, Andrelise[3] ;MALDANER, Claudia Regina[4] HILLESHEIM, Suélen Feijó[5];ROSA, Neidiane da[6]

Introdução: A educação em serviço configura-se como preocupação contínua nas organizações de saúde no intuito de aprimorar, capacitar e instrumentalizar os recursos humanos a fim de prestarem uma assistência qualificada aos usuários. Nessa acepção a educação em serviço otimiza de modo singular o cuidado prestado, em especial, por atingir as especificidades e particularidades de um setor, considerando as dificuldades e potencialidades dos profissionais e, ainda, tem por objetivo o desenvolvimento, fortalecimento do serviço e dos profissionais para estarem mais capacitados para o trabalho(1). No ano de 2015 o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) passou por um período de mudança de gestão e, a incorporação de novos trabalhadores no seu quadro de pessoal. No mesmo ano a Unidade de Cardiologia Intensiva (UCI) concluiu a confecção do manual de gerenciamento de rotinas, do qual fazem parte os procedimentos operacionais padrão (POP) específicos do setor. Isso gerou uma demanda, tornando imprescindível a realização de capacitações a seus profissionais. A UCI é uma unidade de alta complexidade em cardiologia destinada à internação de pacientes clínicos e cirúrgicos acometidos por agravos cardiológicos ou com potencial para intercorrências que exijam imediata intervenção, sendo referência no centro do estado para o Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma compreende-se que a qualificação dos profissionais e a produção de conhecimento devem fazer parte de um processo contínuo, de disseminação de informações e avaliação dos recursos humanos(2). Assim as capacitações nos serviços de saúde possibilitam benefícios ao próprio indivíduo que participa do processo educativo sendo que estes, repercutirão para a instituição sob a forma de satisfação, motivação, conhecimento, maior produtividade e otimização durante as atividades assistenciais prestadas. O desenvolvimento dessas capacitações teve o objetivo de qualificar os profissionais que atuam na UCI, no que diz respeito às particularidades do serviço ofertado, para a melhoria do atendimento ao paciente, além de proporcionar aos profissionais o conhecimento das rotinas da unidade, os procedimentos

1 Enfermeira Especialista em Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS pelo IEP do Hospital Sírio Libanês. Enfermeira Assistencial da Unidade de Cardiologia Intensiva HUSM. marinasanes@yahoo.com.br

2 Enfermeira Doutora em Enfermagem FURG. Especialista em Terapia Intensiva UNIFRA. Enfermeira Assistencial da Unidade de Cardiologia Intensiva.

3Enfermeira Mestre em Terapia Intensiva. Especialista em Cardiologia pelo Hospital Sírio Libanês e em Circulação Extracorporea e Assistência Circulatória Mecânica- Incor. Enfermeira perfusionista HUSM

4 Enfermeira Mestre em Enfermagem UFSM. Especialista em Nefrologia UFRGS. Enfermeira Assistencial da Unidade de Cardiologia Intensiva

5 Enfermeira Especialista em Cardiologia IC-FUC. Enfermeira Assistencial da Unidade de Cardiologia Intensiva HUSM.

6 Enfermeira, Especialista em Urgência, Emergência e Trauma FACISA. Especialista em saúde pública com ênfase em saúde da Família UNINTER. Enfermeira Assistencial da Unidade de Cardiologia Intensiva - HUSM.

.

operacionais padrão específicos do setor, bem como treinar a manipulação de equipamentos utilizados do serviço de cardiologia, conhecer as diferentes patologias dos pacientes atendidos e os procedimentos aos quais são submetidos durante a internação na cardiologia. Na área da saúde, um recurso utilizado para melhor captação e absorção do conteúdo são as simulações realísticas. A metodologia de simulação realística se apresenta como recurso didático metodológico que permite ao indivíduo o desenvolvimento de um olhar crítico que favorece o aprendizado eficaz, sendo uma alternativa viável e capaz de impactar positivamente na redução do cenário de insegurança que envolve a área de saúde, minimizando erros e falhas pelos profissionais[3]. Outro autor salienta que a simulação para ser bem-sucedida, necessita suspender a realidade e interagir como se o simulador fosse um paciente real[4]. Diante do exposto, torna-se pertinente o relato dessa trajetória para que outros serviços tomem conhecimento do trabalho desenvolvido na UCI. **Objetivo:** Relatar a experiência do desenvolvimento de um projeto institucional de capacitações setoriais em uma unidade de cardiologia intensiva no interior do Rio Grande do Sul. **Metodologia**: Configura-se como relato de experiência o qual foi pautado na vivência prática de enfermeiros de uma Unidade de Cardiologia Intensiva de um Hospital Universitário, situado na região central do Rio grande do Sul. O relato descreve a experiência da realização de capacitações setoriais na unidade referenciada. O início das atividades deu-se no primeiro semestre de 2015 até o presente momento. **Resultados**: No ano de 2015 foi elaborado um projeto que contou com o apoio do Núcleo de Ensino e Pesquisa do hospital e as capacitações foram realizadas de forma ordinária, mensais, com temas pré-determinados que envolviam os próprios profissionais na sua organização e execução; sendo ministradas por enfermeiras, perfusionistas, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas lotados na unidade. Os assuntos que foram tratados nas capacitações partiram de apontamentos da equipe como lacuna e necessidade de estudo e revisão. Nesse ano, foram realizados nove encontros, cada um com duração de 6 horas, previstos em escala para cada trabalhador. As escalas de trabalho foram organizadas para que todos os funcionários pudessem participar da capacitação e para que a unidade não ficasse desassistida, funcionários da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foram escalados para esse suporte assistencial. Foram abordados os seguintes temas: Alguns POPs gerais de enfermagem como: higiene Corporal e capilar, tricotomia, arrumação do leito e troca de eletrodos; Manejo ventilatório: cuidados com oxigenoterapia, parâmetros ventilatórios, aspiração de vias aéreas, entubação orotraqueal, traqueostomia; Punção venosa; Arritmias cardíacas; Manejo adequado de monitores multiparâmetros, Eletrocardiograma, Monitorização cardíaca, Cateterismo cardíaco, Angioplastia Hemodiálise, diálise, Parada cardiorrespiratória, Marcapasso, Balão Intra-Aótico, Cateter de Swan Ganz, Cuidados pré e pós operatório de Cirurgia Cardíaca, Transporte de pacientes, Cardiopatia isquêmica, Doenças da Aorta, Conhecimentos básicos sobre germes resistentes, Curativos de cobertura e Medicações. Após a explanação do tema proposto os participantes eram convidados a responder a um teste com questões de múltipla escolha sobre o conteúdo tratado na capacitação. Este mesmo teste era repetido em aproximadamente 30 dias, a fim de verificar se o conhecimento adquirido se mantinha com o passar do tempo. Embora a análise não tenha sido estatisticamente significante, as notas dos testes no primeiro e segundo momento de sua aplicação demonstram que o conhecimento adquirido se manteve em 30 dias. No ano de 2016, foram realizados dez encontros de março a dezembro, com duração de 6 horas também previstas em escala de trabalho, nos mesmos moldes do ano anterior, revisando os principais temas de interesse dos profissionais. Contudo, houve a inclusão de temas transversais, apontados pela instituição como

necessidade de capacitação, ministrados por profissionais de diferentes áreas do HUSM. Deste modo, entendeu-se que não seria viável a aplicação de questionários e optou-se por uma avaliação subjetiva das atividades educacionais. Os temas transversais abordados no ano de 2016 foram: Comissão Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Segurança do Paciente/ Cuidado Seguro e envolvimento multiprofissional, Ato transfusional. Para o ano de 2017 foi proposto um novo método para as capacitações setoriais, pois percebeu-se que além do conhecimento teórico, existe a necessidade de um avanço em termos de didática nas capacitações, fazendo com que a teoria se aproxime cada vez mais à prática. Deste modo, a proposta é a realização de simulações realísticas sobre os temas específicos de Cardiologia. Nos meses em que o hospital ofertará os temas transversais não serão realizados os encontros específicos sendo, portanto, previstas a realização de 5 simulações realísticas onde serão abordadas as seguintes temáticas: Parada cardiorrespiratória, equipamentos, medicamentos e exames, infarto agudo do miocárdio (IAM) e dissecções e arritmias cardíacas. Na prática diária, percebeu-se um envolvimento e empenho por parte dos profissionais, na busca de sanar dúvidas e pendências, o que na nossa avaliação foi válido e contribuiu para a melhor qualidade na assistência prestada pela equipe. A expectativa em relação ao desenvolvimento da metodologia de simulação realística é assimilar a prática dos conteúdos já apresentados de uma maneira mais dinâmica, condizente com a realidade e especificidades da UCI em prol de melhores resultados terapêuticos. C**onclusões:** O desenvolvimento desse projeto propiciou aos profissionais a execução de suas atividades diárias de acordo com os procedimentos operacionais padrão específicos do setor, proporcionou conhecimento necessário para utilizar os equipamentos de forma adequada e condizente com sua função, prestar assistência de qualidade aos pacientes internados, além de viabilizar que o ambiente de trabalho seja um local de diálogo e aprimoramento profissional, o que contribuiu para integração da equipe multiprofissional**.**

DESCRITORES: Educação em Saúde; Enfermagem; Capacitação; Cardiologia.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Farah, BF. Educação em Serviço, Educação continuada, Educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções. Revista APS. jul./dez.2003, p.123-125.

2. Paschoal AS, Mantovani MF, Lacerda MR. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. Rev gaúch enferm. 2006; 27(3):336-43.

3. Ferreira C, Carvalho JM, Carvalho FLQ. Impacto da metodologia de simulação realística, enquanto tecnologia aplicada a educação nos cursos de saúde; II Seminário de Tecnologias Aplicadas à educação e saúde. UNEB-Salvador (BA) 2015:32-40.

4. Santos MC, Leite MCL. A avaliação das aprendizagens na prática da simulação em enfermagem como feedback de ensino. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2010 set; 31(3):552-6.

23.CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS SUBMETIDOS A PUNÇÃO VENOSA

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PREMATURE NEWBORNS SUBJECT TO VENOUS PUNCTURE

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA SUJETO NACIDOS PREMATUROS PARA PERFORAR VENOSA

CRUZ, Cibele Thomé da[1]

Introdução: A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1) classifica recém-nascidos (RNs) como a criança que acabou de nascer, até o 28° dia de nascimento. Os RNs a termo são crianças nascidas no período que compreende da 37° à 41° semana e 6 dias de gestação. Recém-nascidos pré-termo (RNPT) são aqueles que possuem idade gestacional inferior a 37 semanas e baixo peso, menor que 2.500 g constituem um grupo de risco devido à maior probabilidade de morbimortalidade. A prematuridade pode ser classificada em: pré-termo limítrofe, com idade gestacional de 35 a 36 semanas, pré-termo moderado, com idade gestacional de 31 a 34 semanas e pré-termo extremo, com idade gestacional ≤ 30 semanas (2). A punção venosa é um procedimento essencial e realizado frequentemente na assistência aos RNs em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (3). Esta é uma das práticas mais difíceis e rotineiras no neonato, que desencadeiam dor moderada e forte (4). Além disso, requer do profissional conhecimento, habilidade técnica, organização do material e medidas de conforto com vistas a minimizar a dor e o estresse desencadeado pelo referido procedimento. No recém-nascido pré-termo (RNPT) as terminações nervosas sensoriais diferem sensivelmente a estímulos dolorosos. Algumas áreas do corpo possuem mais terminações nervosas sensoriais livres sensíveis a estímulos dolorosos. A pele, paredes arteriais, articulações e o periósteo tem um suprimento abundante de terminações nervosas, no entanto outros órgãos como cérebro e alvéolos pulmonares não possuem. Quando um tecido sofre agressão as células liberam prostaglandinas, que causam maior permeabilidade capilar, atraem células que desempenham a fagocitose, aumentam a sensibilidade dos nociceptores, que hipersensibilizados transformam em dor todo tipo de impulso, mesmo que mínimo. A informação dolorosa aumenta a atividade do sistema nervoso autônomo, a síntese de catecolaminas e hormônios. A liberação intensa e prolongada dessas substâncias produz alterações, tais como: taquicardia, vasoconstrição periférica, aumento do débito cardíaco e pressão arterial, taquipnéia, retenção hídrica, hiperglicemia, alterações na coagulação e redução da resposta imune. O estímulo do sistema nervoso simpático reduz o tônus intestinal, retarda o esvaziamento gástrico, predispõe à ocorrência de náusea e vômito, aumenta o tônus do esfíncter vesical e pode levar à retenção urinária (5). Com base nessas considerações, é importante que os profissionais de saúde que prestam assistência aos RNPT em UTIN, saibam avaliar e reconhecer suas características e necessidades clínicas, para um cuidado individualizado e humanizado. **Objetivos:** Descrever as características clínicas de recém-nascidos prematuros

[1]Enfermeira, Mestre em Atenção Integral à Saúde, Enfermeira coordenadora da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Associação Hospital de Caridade de Ijuí. E-mail: ci_thome@hotmail.com

submetidos a punção venosa em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, transversal, proveniente de dissertação de mestrado. A coleta dos dados ocorreu por meio de um protocolo de pesquisa composto por: Formulário com dados de identificação, sociodemográficos e clínicos dos Recém-nascidos, Escala Neonatal Infant Pain Scale (NIPS), e amostras de diurese para análise do cortisol dos RNs. O respectivo formulário compreende as seguintes variavéis: idade gestacional, sexo, tipo de parto, apgar, peso de nascimento, motivo da internação na UTIN, acesso venoso, ventilação assistida; sondagens, uso de sedativos, uso de corticoide no pré-natal. Ressalta-se que esses dados foram coletados diretamente dos prontuários dos neonatos participantes da pesquisa. Participaram do estudo 32 RNPT submetidos a punção venosa, que foram caracterizados clinicamente e avaliados quanto a dor pela Escala Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) e estresse com a mensuração de cortisol urinário, quando submetido ao referido procedimento. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética e Pesquisa, em dezembro de 2015, CAAE nº 50914015.8.0000.5350, Parecer Consubstanciado nº 1.354.128. **Resultados:** Dos 32 RNs participantes da pesquisa, 46,8% (15) eram do sexo feminino e 53,1% (17) do sexo masculino. Quanto a idade gestacional, 20% (3) do sexo feminino e 47,1% (8) do sexo masculino foram classificados com prematuridade limítrofe, enquanto, 53,3 (8) e 29,4% (5) respectivamente, prematuridade moderada e 26,7% (4) e 23,5% (4) com prematuridade extrema. Quanto ao tipo de parto, constata-se prevalência de cesárea 86,7% (13) nos RNs do sexo feminino e 70,6% (12) no masculino. Em relação ao escore de apgar no 1º minuto de vida, verifica-se que os RNs do sexo feminino apresentaram escore de 4 a 7 pontos 60% (9), no sexo masculino de 8 a 10 pontos 52,9% (9). No 5º minuto de vida os RNs do sexo feminino tiveram maior escore entre 8 a 10 pontos 80% (12) e o mesmo ocorreu com os demais RNs 82% (12). No que se refere ao uso de sedação, 13 RN utilizaram fentanil e midazolan, 3 apenas fentanil e os demais não utilizaram. Em relação a ventilação mecânica 18 estavam sob ventilação invasiva e os demais em ventilação não-invasiva. O local de punção venosa mais utilizado foi os membros superiores (68,8%), seguido dos membros inferiores (15,6%). Em 18 RNs (56,3%) a punção ocorreu para passagem de cateter central de inserção periférica (PICC) e nos demais para acesso venoso periférico (43,8%) **Conclusões:** A saúde materno-infantil merece atenção em razão do aumento de nascimentos de recém-nascidos pré-termo, especialmente por parto cesárea. Além disso, as condições de nascimento e o quadro clínico instável, que requer ventilação invasiva, uso de sedativos e procedimentos invasivos, como a punção venosa, seja para acesso periférico ou para passagem de cateter central de inserção periférica, implicam diretamente na elevação da incidência de morbiletalidade neonatal, aliada aos altos custos das internações e sequelas neuropsicocomportamentais nos RNs, especialmente quando os recém-nascidos são prematuros extremos, pois estarão expostos a maior risco de complicações. Nesse contexto, o RN de alto risco é exposto a inúmeros procedimentos dolorosos, dentre eles a punção venosa, e eventos repetitivos e prolongados, que podem estar relacionados às alterações de desenvolvimento do cérebro e anomalias comportamentais. Nesse sentido, torna-se relevante aos profissionais de saúde, especialmente ao enfermeiro, avaliar adequadamente o perfil clínico dos RNPT para trata-lo de modo que, respeite à especificidade e individualidade de cada paciente, de forma humanizada. Desse modo será capaz de criar estratégias de prevenção e de manejo da dor e do estresse de RNPT por meio de protocolos assistenciais, e a partir disso, capacitar a sua equipe para implementação efetiva dos protocolos, o que resultará em melhora na qualidade da assistência aos RNPT.

DESCRITORES: Recém-nascido prematuro; Enfermagem; Medição da dor; Unidades de terapia intensiva;

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. World Health Organization. Public health aspects of low birth weigth. (Technical report, series, 217). 1961.

2. Vieira MEB, Linhares MBM. Desenvolvimento e qualidade de vida em crianças nascidas pré-termo em idades pré-escolar e escolar. J Pediatr. 2011;87(4):281-91.

3. Pacheco STA, Silva AM, Lioi A, Rodrigues TAF. O cuidado pelo enfermeiro ao recém-nascido prematuro frente à punção venosa. Rev enferm UERJ. 2012;20(3):306-11.

4. Cruz CT, Stübe M, Benetti ERR et al. Evaluation of pain in newborns hospitalized to a neonatal intensive care unit. Rev enferm UFPE on line. 2015;9(7):8504-11.

5. Saça CS, Carmo FA, Arbuleia JPS et al. A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). J Health Science Institute. 2010;28(1)1:35-41.

IX Seminário Internacional
Acendo Redes na Enfermagem e na Saúde
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

24.CARACTERIZAÇÃO DAS OCORRÊNCIAS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: REVISÃO NARRATIVA

CHARACTERIZATION OF THE OCCURRENCES OF THE MOBILE URGENCY SERVICE: NARRATIVE REVIEW

CARACTERIZACIÓN DE LAS OCURRENCIAS DE SERVICIO DE URGENCIAS MÓVIL: REVISIÓN NARRATIVA

STEINDORFF, Gabriela Medeiros[1] ; SIMON, Bruna Sodré[3] ; OLIVEIRA JUNIOR, Sidnei Batista de[4]

Resumo

Introdução: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência visa garantir o atendimento precoce as vítimas. **Objetivo:** descrever o perfil dos atendimentos realizados pelo SAMU, a partir da produção científica nacional. **Metodologia:** revisão narrativa realizada em fevereiro de 2017, na Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, e na *Scientific Eletronic Library Online*, e na Biblioteca Virtual em Saúde, pela estratégia das palavras: atendimento, atendimento de emergência, atendimento de emergência pré-hospitalar, atendimento de urgência, SAMU, serviços médicos de emergência e perfil. **Resultados/discussão:** as publicações são em revistas brasileiras, a causa clínica foi o principal motivo das ocorrências, os homens representaram a maioria dos atendimentos, a média de idade dos usuários foi de 35 anos, a maior incidência foi nos finais de semana. **Considerações finais:** os achados podem auxiliar na elaboração de estratégias que possam reduzir e prevenir as ocorrências comuns.

DESCRITORES: Serviços Médicos de Emergência; Serviços de Saúde; Ambulâncias; Primeiros Socorros.

Abstract

Introduction: The Mobile Emergency Care Service aims to guarantee the early care of the victims. **Objective:** To describe the profile of the services performed by SAMU, based on national scientific production. **Methodology:** A narrative review carried out in February 2017, in the Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences, and in the Scientific Electronic Library Online, and in the Virtual Health Library, by the strategy of the words: care, emergency care, Hospital, emergency care, SAMU, emergency medical services and profile. **Results / Discussion**: The publications were in Brazilian journals, the clinical cause was the main cause of the occurrences, the men represented the majority of the visits, the average age of the users was 35 years, the highest incidence was at the weekends. **Final considerations:** The findings can help in the elaboration of strategies that can reduce and prevent common occurrences.

Descriptors: Emergency Medical Services; Health services; Ambulances; First aid.

[1]Graduanda do sétimo semestre de Enfermagem, Universidade Federal do Pampa, Campus Uruguaiana. E-mail gsteindorff20@gmail.com.
[2]Enfermagem, Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Universidade Federal do Pampa – Campus Uruguaiana. Doutoranda em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
[3]Graduando do sétimo semestre de Enfermagem, Universidade Federal do Pampa, Campus Uruguaiana.

Resumen

Introducción: el Servicio de Atención Móvil de Urgencia tiene como objetivo garantizar que las víctimas de tratamiento temprano. **Objetivo:** describir el perfil de la atención prestada por el SAMU, a partir de la producción científica nacional. **Metodología:** revisión narrativa llevó a cabo en febrero de 2017, la Ciencias de la Salud de América Latina y el Caribe, y Scientific Electronic Library Online, y la Biblioteca Virtual en Salud, las palabras de la estrategia: la atención, atención de emergencia, atención de emergencia pre hospital, servicio de emergencia, SAMU, los servicios médicos de emergencia y el perfil. **Resultados / Discusión:** publicaciones se revisan las revistas, causa clínica fue la principal razón de los acontecimientos, los hombres representaron la mayoría de los casos, la edad media de los usuarios era de 35 años, la incidencia más alta fue de los fines de semana. **Consideraciones finales:** Los hallazgos podrían ayudar a desarrollar estrategias para reducir y prevenir situaciones comunes.

Descriptores: Los servicios médicos de emergencia; Servicios de Salud; ambulancias; Primeros auxilios.

Introdução

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) de 2003 trouxe a proposta de sistematizar a atenção em saúde às urgências, tanto estaduais quanto regionais e municipais, sendo norteada pelos conceitos básicos do Sistema Único de Saúde (SUS).[1] Essa política tem como diretrizes a universalidade, a integralidade, a descentralização, a participação social, ao lado da humanização, a que todo cidadão tem direito. Sua estrutura é composta por cinco eixos básicos que compreendem a promoção da qualidade de vida, a organização em rede, a operação de centrais de regulação, a capacitação e/ou educação continuada dos profissionais e a humanização da atenção.[1-2]

A criação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) deu-se por meio da instituição da Portaria nº1864/GM, em 29 de setembro de 2003, que se encontra inclusa na PNAU.O SAMU tem como objetivo garantir o atendimento precoce as vítimas, sobretudo nas situações potencialmente mais graves e que demandam maiores cuidados, garantindo um tempo resposta efetivo aos chamados. Atualmente este serviço cobre uma área de 5.570 municípios, o que equivale a mais de 204 milhões de habitantes.[3]

Os atendimentos do SAMU são efetuados a partir de uma ligação telefônica, neste momento já são prestadas as orientações necessárias para as primeiras medidas a serem tomadas no fornecimento do socorro necessário. Este serviço tem acesso gratuito pelo número 192, podendo ser efetuado de qualquer telefone fixo ou móvel. A ligação é atendida por técnicos das centrais reguladoras que coletam as primeiras informações e transferem ao médico regulador o qual irá prestar informações de condutas aos solicitantes e também acionar as ambulâncias quando tratar-se necessário.[4]

Há dois tipos de ambulâncias, as de suporte básico (SB) compostas por condutor e técnico de enfermagem, e as de suporte avançado (SA) constituída por condutor, médico e enfermeiro.[2] Dentre as unidades móveis estão englobadas também as motolâncias, aeronaves e embarcações, utilizadas conforme a singularidade da situação de cada atendimento, com o objetivo de garantir a maior agilidade e êxito nos atendimentos.[4]

Existem sete núcleos prioritários de promoção da qualidade de vida e saúde, os quais reúnem urgências clínicas e decorrentes de causas externas, são eles: traumatismos não intencionais, violências e suicídios; e as urgências cardiovasculares, ginecológicas e obstétricas, pediátricas, psiquiátricas, metabólicas e respiratórias.[1] Destaca-se que a partir de 2011 com a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e instituição da Rede de Atenção às Urgências no SUS, o SAMU é constituinte da Rede de Atenção às Urgências, juntamente com outros componentes.[5]

Dados da Secretaria Estadual de Saúde mostram que nos anos de 2008 a 2013, as equipes do SAMU já salvaram mais de um milhão de vidas no Rio Grande do Sul.[6] Justificando assim a relevância deste estudo, tendo em vista a necessidade e magnitude no serviço prestado pelo SAMU, os resultados também podem auxiliar os profissionais da área da saúde na elaboração de estratégias, que de forma indireta posam minimizar os agravos e riscos que a população esta exposta diariamente.

Assim, questiona-se: Qual a produção científica nacional sobre o perfil dos atendimentos realizados pelo SAMU? Tem-se por objetivo descrever o perfil dos atendimentos realizados pelo SAMU, a partir da produção científica nacional.

Metodologia

Trata-se de uma revisão narrativa, a qual é constituída basicamente por análises de literatura publicadas em livros, artigos publicados em revistas sejam elas eletrônicas e/ou impressas na interpretação e análise crítica e pessoal de cada autor, são publicações amplas próprias para promover a discussão de um determinado assunto.[7]

A coleta de dados deu-se em fevereiro de 2017, na base de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), na biblioteca virtual *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A estratégia de busca utilizada foi composta pelas palavras: (((("ATENDIMENTO") OR "ATENDIMENTO DE EMERGENCIA") OR "ATENDIMENTO DE EMERGENCIA PRE-HOSPITALAR") OR "ATENDIMENTO DE URGENCIA") AND (("SAMU") OR "SERVICOS MEDICOS DE EMERGENCIA") AND ("PERFIL"), sendo utilizada igualmente em todos locais de busca.

Como critérios de inclusão utilizaram-se os artigos que se apresentavam com Resumos completos, de acesso livre *online* em qualquer idioma, originados de pesquisas que se enquadravam na temática abordada. No entanto, excluíram-se as publicações que se tratavam de teses, dissertações, manuais, Resumos simples e expandidos, revisões de literatura e relatos de experiência.

Assim, foram encontradas 94 publicações na base de dados Lilacs, 60 publicações na BVS e 26 publicações na Scielo, totalizando 180 publicações. Dessas, 143 não contemplavam os critérios de inclusão, e 29 eram repetidos, resultando para a leitura na íntegra oito[8-15] artigos.

Para a colaboração na extração e organização dos dados coletados foi utilizado um quadro sinóptico que contemplava: número do artigo na base de dados, título, Resumo, objetivo, materiais e

métodos, resultados, conclusão, palavras-chave, ano de publicação, estado de origem do estudo e a profissão dos autores. A análise dos resultados deu-se por similaridade de temas.

Resultados e discussão

Os dados das produções científicas analisadas serão apresentados no formato caracterização dos estudos, e após agrupamento de temas referente ao perfil dos atendimentos. Relacionado ao ano de publicação dos artigos selecionados, dois são de 2014[8,15], dois de 2013[12-13], dois de 2012[9,14], um de 2010[10] e um de 2008.[11]Este achado crescente dos últimos anos, pode ser esclarecido devido à implementação de novas tecnologias nos últimos sete anos que tornam o acesso à informação mais prático.

A utilização dos bancos de dados para o controle das centrais de atendimentos, contendo todas as informações que são coletadas nos boletins de atendimentos, surgiu como um fator benéfico que auxilia na compilação dos resultados enviados pelas bases.[5] Dentre os estados brasileiros que tiveram publicações na área, encontrou-se um artigo originado de cada, sendo os estados do Espírito Santo[8], Piauí[9], Rio Grande do Sul[12], São Paulo[13], Santa Catarina[14] e Paraná[15], e Pernambuco[10-11] resultou em duas publicações. Desse modo, somaram-se três publicações na região Nordeste[9-11], três publicações na região Sul[12,14-15] e duas publicações na região Sudeste.[8,13] Percebeu-se que as regiões Norte e Centro-oeste não apresentaram nenhuma publicação referente a esta temática. Infere-se que este achado pode estar relacionado ao fato destas regiões não terem a mesma cobertura do SAMU como as demais regiões citadas anteriormente com publicações.[3]

Referente ao idioma são todos em português. Quanto à abordagem seis são artigos quantitativos[8-10,12,14,15], um artigo quantitativo e qualitativo[13], e um não explicitou no método o tipo de abordagem.[11]Justifica-se a maioria dos estudos ser de abordagem quantitativa pelo fato dos artigos abordarem o tema de perfil de atendimentos realizados pelo SAMU, necessitando assim uma quantificação, ou seja, uma precisão.

Destaca-se assim, que a abordagem quantitativa traz a objetividade como principal característica, trata-se de fatos concretos e mensuráveis.[16]Relacionado à profissão dos autores, o primeiro artigo[8] foi elaborado por dois professores da Universidade Federal do Espírito Santo e uma professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, segundo[9] é composto por três alunos de graduação em enfermagem e uma secretária municipal de saúde. O terceiro[10] é composto por duas enfermeiras e um médico que é coordenador de urgência e emergência do estado e do resgate aéromédico de Pernambuco e médico do SAMU. O quarto[11] é feito por uma nutricionista do departamento de saúde coletiva – NESC do centro de pesquisa Aggeu Magalhães e um tecnologista sênior da fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ), o quinto[12] é composto por uma enfermeira assistencial do SAMU, uma enfermeira mestranda e uma enfermeira doutora e docente. Sexto artigo[13] é composto por cinco médicos da área de urgência e emergência e um professor, o sétimo[14] é composto por duas acadêmicas do curso de graduação em enfermagem, uma enfermeira e psicóloga mestra em enfermagem e docente do curso de graduação em enfermagem, e uma enfermeira mestre em enfermagem e docente do curso de graduação em enfermagem. E o oitavo

artigo[15] é composto por um mestre em tecnologia em saúde e três professores do programa de pós-graduação em tecnologia em saúde.

A maioria dos autores dos artigos estudados são professores, tanto de graduação quanto de pós-graduação.Essa identificação pode estar relacionada com a aproximação do meio acadêmico e de produções científicas. Sendo que nestes cenários a pesquisa e consequentemente a publicação tornam-se uma necessidade profissional no que diz respeito à produção e a atualização nas áreas de atuação, atentando para a singularidade de cada professor.[17]

Todas as publicações analisadas são em revistas Brasileiras, acredita-se que este achado seja pela própria origem dos artigos, ou seja, todos brasileiros, assim fomentando e incentivando as publicações no País de origem do estudo, acarretando em certa propagação destas publicações.

Corroboram com essa realidade, o entendimento de que os periódicos que estão sediados no Brasil vêm ganhando maior visibilidade no contexto internacional ultimamente, assim proporcionando maior visibilidade para as publicações.[17]

Dos oito artigos, cinco apontam causas clínicas como a maioria dos atendimentos[11-15], dois abrangem somente causas externas[8,9], e um aponta as causas externas como maioria.[10] Dentre as causas clínicas estão urgências respiratórias, neurológicas, metabólicas, cardiovasculares dentre outras. Quanto às externas estão acidentes de trânsito, ferimentos por arma de fogo, ferimentos por arma branca, afogamentos, colisões, capotamentos, dentre outros. O fato da inversão da pirâmide etária do Brasil, reflete diretamente no perfil dos atendimentos as urgências médicas, pelo fato do envelhecimento da população os atendimentos derivados de causas clínicas tendem a aumentar.[18]

O sexo masculino representou a maioria dos atendimentos em todos os artigos[8-15], tanto nos atendimentos de causas clínicas quanto nos atendimentos de ocorrências externas. Isso pode ser justificado pelo fato dos homens terem um comportamento audaz e estarem mais suscetíveis a doenças tanto no sentido das atividades econômicas, quanto às recreativas. Aliado a isso, pode ser evidenciado pelo consumo de álcool excessivo entre a população masculina.[8]

A média de idade dos usuários traçados pelos perfis foi de 35 anos, porém ressalta-se que um[15] dos artigos não apresentava faixa etária e sim somente a classificação “adulto”.Esta média justifica-se pelo fato de os adultos jovens estarem mais vulneráveis a violência e mais expostos a riscos que possam ocasionar acidentes.[19]Já no que diz respeito ao dia da semana de maior incidência de ocorrências atendidas pelo SAMU, o final de semana teve um número elevado em comparação aos demais dias. Dois artigos apontam o domingo como dia mais incidente[9,14] e um aponta a sexta-feira[8], os outros artigos não apresentam este resultado.[10-13,15]

O fato de maior incidência nos finais de semana pode ser justificado por maior número de festas, consumo de álcool mais recorrente, diminuição de fiscalização nos finais de semana acarretando em mais imprudências no trânsito. Este dado foi encontrado também em outra pesquisa.[9]

Considerações Finais

Este estudo revelou informações importantes sobre o panorama da produção nacional sobre o perfil de atendimento do SAMU. No entanto, percebe-se um quantitativo reduzido de estudos

ainda nesta temática, tal fato fomenta a necessidade de pesquisar mais a cerca do perfil de atendimento.

Referente aos dados e informações levantadas, todas as publicações são em revistas brasileiras, maioria dos artigos trouxe a causa clínica como o principal conteúdo de ocorrências atendidas, o sexo masculino representou a maioria dos atendimentos, a média de idade dos usuários traçados pelos perfis foi de 35 anos, e quanto ao dia da semana de maior incidência de ocorrência atendidas pelo SAMU, os finais de semana tiveram um número elevado em comparação aos demais dias.

Com esta pesquisa espera-se que os resultados evidenciados sobre o perfil dos atendimentos realizados pelo SAMU, possam estimular novos estudos sobre a temática abordada, além disto, o estudo evidencia subsídios para futuros planejamentos e a elaboração de estratégias que possam de alguma maneira reduzir e prevenir as ocorrências mais comuns.

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

Referências

1.Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção as urgências / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 228p.

2.Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2011 June [cited 2017 Mar 07] ; 45(3): 519-528. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300010&lng=en. Epub Apr 15, 2011. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000022.

3.Ministério da Saúde, SAGE – Sala de apoio à Gestão Estratégica [acesso em 08 mar 2017]. Disponível em: http: http://sage.saude.gov.br/#

4.Portal da Saúde [acesso em 09 mar 2017]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/951-sas-raiz/dahu-raiz/forca-nacional-do-sus/12-forca-nacional-do-sus/13407-serviço-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-192

5.Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1600, de 07/07/2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 2011.

6.Secretaria Estadual de Saúde [acesso em 13 mar 2017]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/lista/144/SAMU

7.Editorial. Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. Edna Terezinha Rother. Editora Técnica da Acta Paulista de Enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem. 2007; 20(2).vi

8.Tavares, F. L., Coelho, M. J., & Leite, F. M. C. (2014). Homens e acidentes motociclísticos: caracterização dos acidentes a partir do atendimento pré-hospitalar. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, *18*(4), 656-661.

9.Neta R, Sá D, Alves AK, Leão GDM, Araújo AAD. (2012). Perfil das ocorrências de politrauma em condutores motociclísticos atendidos pelo SAMU de Teresina-PI. Rev Bras Enferm, 936-941.

10.Nardoto EML, Diniz JMT, Cunha CEG. (2011). Perfil da vítima atendida pelo serviço pré-hospitalar aéreo de Pernambuco. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45(1), 237-242.

11.Cabral APDS, Souza WVD. (2008). Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. Revista Brasileira de Epidemiologia, 11(4), 530-540.

12. Casagrande D, Stamm B, Leite MT. (2013). Perfil dos atendimentos realizados por uma Unidade de Suporte Avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Rio Grande do Sul. Sci Med, 23(3), 149-55.

13. Gonsaga RAT, Brugugnolli ID, Zanutto TA, Gilioli JP, Silva LFCD, Fraga GP. (2013). Características dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil, 2006 a 2012. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 22(2), 317-324.

14. Giaretta V, Ferronato M, Ascari TM, Krauzer IM. (2012). Perfil das ocorrências em um serviço de atendimento móvel de urgência. Revista Baiana de Enfermagem, 26(2).

15. Gomes DC, Carvalho DR, Cubas MR, Shmeil MAH. (2014). Mineração de Dados no Serviço de Atendimento de Urgências. Journal of Health Informatics, 6(4).

16.Figueiredo AM. Como elaborar projetos, monografias, dissertações e teses: da redação cientifica à apresentação do texto final / Antônio Macena de Figueiredo e Soraia Riva Goudinho de Souza. – 4.ed. – Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. 304p.

17. Scochi CG., Munari DB, Pedreira MDLG, Padilha MI, Marziale MHP. (2012). A importância da qualificação dos periódicos para o avanço da produção e visibilidade da pesquisa em enfermagem. Texto & Contexto-Enfermagem, 21(2), 251-253.

18.BRASIL. Em dez anos cresce o número de idosos no Brasil. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2016/12/em-10-anos-cresce-numero-de-idosos-no-brasil. Acesso em: 21 mar 2017.

25.CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM: TENDÊNCIAS NAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS BRASILEIRAS

NURSING WORKLOAD: TRENDS IN BRAZILIAN SCIENTIFIC PRODUCTIONS

CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA: EVOLUCIÓN CIENTÍFICA PRODUCTIONS BRAZILIAN

PINHEIRO, Ana Lúcia Uberti[1];CAMPONOGARA, Silviamar[2];CUNHA, Quézia Boeira da[3];BIN, Aline[4]; PINNO, Camila[5]

Resumo

Introdução: Os profissionais de enfermagem podem estar submetidos à sobrecarga de trabalho. **Objetivo**: conhecer a produção sobre carga de trabalho de enfermagem pelos programas de pós-graduação brasileiros. **Metodologia:** busca bibliográfica no Catálogo de Teses e Dissertações (CEPEn) em maio de 2016, utilizando o Índice de Assunto "Carga de Trabalho", 25 estudos compuseram esta revisão. As informações foram submetidas à análise temática. **Resultados/Discussão**: A caracterização apontou que os estudos foram realizados entre 2000 e 2014, 64% são de abordagem quantitativa. Os cenários são unidades hospitalares, com destaque para as Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) e os sujeitos investigados são trabalhadores de enfermagem e pacientes. Os achados foram dispostos em duas categorias. **Considerações finais:** Destaca-se o baixo número de produções em cenários distintos da terapia intensiva, além disso, este estudo possibilitou uma visão geral do que vem sendo produzido e o que ainda representa uma lacuna do conhecimento.

DESCRITORES: Carga de trabalho; Enfermagem; Enfermagem do trabalho.

Abstract

Introduction: Nursing professionals may be subjected to work overload. **Objective:** To know the production of nursing workload by Brazilian graduate programs. **Methodology:** bibliographic search in the Catalog of Thesis and Dissertation (CEPEn), in May 2016, using the Subject Index "Workload", 25 studies composed this review.
The information was submitted to thematic analysis. **Results / Discussion:** The characterization pointed out that the studies were conducted between 2000 and 2014, 64% are of quantitative approach.
The scenarios are hospital units, with emphasis on Intensive Care Units (ICUs) and the subjects investigated are nursing workers and patients. The findings were arranged in two categories. **Final considerations:**

1 Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGENF UFSM). E-mail: aninhaupinheiro@yahoo.com.br
2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem da UFSM
3 Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo PPGENF UFSM
4 Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pelo PPGENF UFSM
5 Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pelo PPGENF UFSM

It is worth noting the low number of productions in different scenarios of intensive care, in addition, this study provided an overview of what has been produced and what still represents a knowledge gap.

DESCRIPTORS: Workload; Nursing; Occupational Health Nursing.

Resumen

Introducción: Los profesionales de enfermería pueden ser sometidos a la sobrecarga de trabajo. **Objetivo**: conocer la producción de la carga de trabajo de enfermería en los programas de posgrado en Brasil. **Metodología:** búsqueda bibliográfica en Tesis y Disertaciones Catálogo (CEPEn), en mayo de 2016, mediante el Índice de Temas "carga de trabajo" 25 estudios compuestos por esta revisión. La información fue entregada a análisis temático. **Resultados / Discusión**: La caracterización indicó que se llevaron a cabo los estudios entre 2000 y 2014 es de 64% con un enfoque cuantitativo. Los escenarios son los hospitales, especialmente las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y los sujetos de investigación están amamantando personal y los pacientes. Los hallazgos fueron dispuestos en dos categorías. **Consideraciones finales:** Es de destacar el bajo número de producciones en diferentes escenarios de cuidados intensivos, además, este estudio permitió una visión general de lo que se produce y lo que es todavía una brecha de conocimiento.

DESCRIPTORES: Carga de Trabajo; Enfermería; Enfermería del Trabajo.

Introdução

Os trabalhadores da enfermagem brasileira sentem-se desgastados. Esse é um dos resultados encontrados em uma pesquisa inédita realizada pela Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), por uma iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que apontou desgaste profissional em 66% dos entrevistados. O estudo traça o perfil da profissão e é considerado o mais amplo levantamento sobre uma categoria profissional já realizado na América Latina[1]. No cotidiano de trabalho da enfermagem, observa-se, muitas vezes, profissionais sobrecarregados com as demandas do trabalho, devido principalmente à complexidade dos cuidados prestados aos pacientes, somado a um quantitativo elevado de pacientes sob responsabilidade destes trabalhadores no turno de trabalho e ainda, número insuficiente de trabalhadores para suprir estas demandas. Estudo destaca que esta sobrecarga caracteriza, principalmente, as instituições hospitalares públicas, e tem relação, especialmente, com o número, muitas vezes, insuficiente de trabalhadores de enfermagem, o que afeta diretamente os serviços prestados aos pacientes que fazem uso das referidas instituições de saúde[2]. Autoras entendem que avaliar a carga de trabalho de enfermagem é importante para a instituição de saúde, tendo em vista que o dimensionamento inadequado de pessoal implica em elevação de custos para a instituição e, da mesma forma, uma equipe reduzida, gera prejuízo na qualidade da assistência prestada[3]. Com isso, torna-se relevante buscar na literatura científica, a produção acerca da carga de trabalho destes profissionais, assim como suas relações com a qualidade dos cuidados prestados e a saúde dos trabalhadores. Diante disso, com base nas implicações que a carga de trabalho pode trazer para os trabalhadores de enfermagem, destaca-se a relevância desta revisão. Para tanto, elegeu-se a seguinte questão de pesquisa: O que vem sendo produzido sobre a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem atuantes em unidades

hospitalares? Assim, objetivou-se conhecer o que tem sido produzido sobre carga de trabalho de enfermagem, no cenário hospitalar, pelos programas de pós-graduação brasileiros.

Metodologia

O presente estudo foi realizado por meio de uma busca bibliográfica desenvolvida no Catálogo de Teses e Dissertações (CEPEn), da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), no período de maio de 2016. Optou-se por realizar as busca no CEPEn devido às produções científicas serem específicas da enfermagem e, por disponibilizar um recorte temporal maior, de 2000 a 2014. Para esta busca foi utilizado o Índice de Assunto "Carga de Trabalho". A partir desta busca, foram encontradas 44 produções, dentre as quais 18 teses, 26 dissertações. Posteriormente, para a seleção dos estudos, realizou-se a leitura dos títulos e Resumos dos mesmos, utilizando-se como critérios de inclusão o fato de os trabalhos apresentarem reflexões acerca da temática escolhida, sem recorte temporal delimitado. Foram excluídos os estudos que abordavam a carga de trabalho de outros trabalhadores, que não de enfermagem e ainda, que apresentavam outro cenário, que não o hospitalar. Após esta etapa, constituiu-se o *corpus* da revisão com 25 produções, sendo 14 dissertações de mestrado e 11 teses de doutorado. As mesmas foram identificadas pela letra D, referente à dissertação de mestrado, e T, referente à tese de doutorado, seguidas de uma numeração (1, 2, 3, sucessivamente). Para a visualização e organização dos dados das produções selecionadas, foi utilizado um quadro, contemplando informações como: título, autor, e ano de publicação. As informações relativas às conclusões das publicações foram submetidas à análise temática. Esta é uma das modalidades da análise de conteúdo, a qual "consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado", desdobrando-se em três etapas distintas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação[4].

Quadro 1 – Produções selecionadas.

	Título	**Autor**	**Ano**
D1	Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de gravidade na UTI: TISS-28 Therapeutic Intervention Scoring System.	NUNES, Berenice	2000
D2	Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (NAS.).	QUEIJO, Alda Ferreira	2002
T1	Ocorrências iatrogênicas em unidade de terapia intensiva: impacto na gravidade do paciente e na carga de trabalho de enfermagem.	SILVA, Sandra Cristine da	2003
D3	Erros de medicação em unidades de terapia intensiva e	TOFFOLETTO, Maria	2004

	semi intensiva: consequências nas condições clínicas do paciente e na carga de trabalho de enfermagem.	Cecília	
T2	Acidentes e cargas de trabalho dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do Norte do Paraná.	SECCO, Iara Aparecida de Oliveira	2006
D4	Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva de adultos no primeiro dia de internação.	GONÇALVES, Leilane Andrade	2006
D5	Construção de instrumento para identificação da carga de trabalho da equipe de enfermagem em unidades pediátricas.	SANTOS, Nanci Cristiano	2006
D6	Aplicação do Nursing Activities Score - N.A.S. - como instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em UTI Cirúrgica Cardiológica.	DIAS, Marcia Cossermelli Cana Brasil	2006
D7	Estudo sobre a problemática de saúde dos trabalhadores de enfermagem: perspectivas para vigilância à saúde.	CRUZ, Eliane Bezerra da Silva	2006
D8	Efeitos da alocação de pessoal e da carga de trabalho de enfermagem nos resultados da assistência em unidades de internação médico-cirúrgicas.	KROKOSCZ, Daniella Vianna Correa	2007
D9	Nursing Activities Score (NAS): estudo comparativo dos resultados da aplicação retrospectiva e prospectiva em unidade de terapia intensiva.	DUCCI, Adriana Janzantte	2007
	Título	**Autor**	**Ano**
D10	Efeitos da alocação de recursos humanos e da carga de trabalho de enfermagem nos resultados da assistência em unidades de terapia intensiva.	BENTO, Sheila Cristina Tosta	2007
T3	Avaliação do instrumento Nursing Activities Score (NAS) em neonatologia.	BOCHEMBUZIO, Luciana	2007
T4	Estudo comparativo da carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva geral e especializadas, segundo o Nursing Activities Score (NAS).	QUEIJO, Alda Ferreira	2008
T5	Carga de trabalho de enfermagem no sistema de alojamento conjunto. São Paulo. Universidade de São Paulo.	SOARES, Alda Valéria Neves	2009
D11	Tempo médio de cuidado ao paciente de alta dependência de enfermagem segundo o Nursing Activities Score (NAS).	TSUKAMOTO, Rosângela	2010

D12	Carga de trabalho de profissionais de enfermagem: proposta metodológica.	ROSSETTI, Ana Cristina	2010
T6	Dimensionamento de profissionais de enfermagem em centro cirúrgico especializado em oncologia: análise dos indicadores intervenientes.	POSSARI, João Francisco	2011
T7	Carga de trabalho de enfermagem: indicadores de tempo em unidades de clínica médica, cirúrgica e terapia intensiva adulta.	MELLO, Maria Cristina de	2011
T8	Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva: carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes.	GONÇALVES, Leilane Andrade	2011
T9	Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes internados em um hospital universitário.	MAGALHÃES, Ana Maria Muller de	2012
T10	Vítimas de trauma admitidas em unidade de terapia intensiva: características e fatores associados à carga de trabalho de enfermagem.	NOGUEIRA, Lilia de Souza	2012
D13	Tempo das intervenções e atividades em sala de recuperação pós - anestésica: subsídio para determinação da carga de trabalho.	RICARDO, Carolina Martins	2013
D14	Carga de trabalho e dimensionamento de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.	GARCIA, Berenice Rubik	2013
T11	Carga de trabalho de enfermagem em unidade de pediatria.	ROGENSKI, Karin Emilia	2014

Fonte: Autoras

Resultados/discussão

A caracterização do *corpus* desta revisão apontou que uma dissertação apresentada pertence à modalidade de Mestrado Profissional e, as demais, a modalidade de Mestrado Acadêmico. A grande maioria, 92% das dissertações e teses, são resultantes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo. Apenas 8% das produções são originadas de outras instituições: Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Com relação às regiões onde foram produzidas as publicações, destaca-se a região Sudeste, com 92% dos estudos e a região Sul com 8%. Não foi encontrado nenhum trabalho das regiões, Centro Oeste, Nordeste e Norte entre as produções selecionadas. No que se refere ao ano das publicações, os mesmos variam de 2000 a 2014, conforme disponibilidade da fonte de consulta. Destacam-se os anos de 2006, com 20% das produções, e 2007 com 16%. O período de 2011 concentrou 12% dos estudos, seguido pelos anos de 2010, 2012 e 2013, que, com duas produções a cada ano, totalizou

24%. Nos demais anos (2000, 2002, 2003, 2004, 2008, 2009 e 2014) houve uma publicação por ano, perfazendo os 28% restantes das produções selecionadas. Nesta amostra, não foram encontradas publicações nos anos de 2001 e 2005. Quanto à abordagem metodológica, 64% dos estudos são quantitativos, 24% metodológicos (estudos de tradução e/ou validação), e 12% utilizaram método misto, ou seja, abordagem qualitativa e quantitativa. Os cenários pesquisados são unidades hospitalares variadas, com destaque para as Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) com 52% dos estudos, seguido das Unidades de Internação, com 24%, 12% das produções utilizaram o cenário hospitalar como um todo. Em percentual menor, com apenas uma publicação por local, destacam-se estudos realizados em Pronto Socorro (4%), Centro Cirúrgico (4%) e Sala de Recuperação Anestésica (4%). Os sujeitos pesquisados são trabalhadores de enfermagem e pacientes internados nas respectivas unidades. Justifica-se os pacientes como participantes dos estudos, uma vez que os cuidados com os mesmos refletem, diretamente, na carga de trabalho dos profissionais de enfermagem, sendo que, a maioria dos instrumentos de mensuração citados nas publicações utiliza como critério de pontuação, os cuidados de enfermagem realizados. Por meio da leitura exaustiva dos Resumos das 25 produções selecionadas, foi possível correlacionar os achados em duas categorias, quais sejam: carga de trabalho de enfermagem e suas relações com a gerência e assistência de enfermagem e, carga de trabalho de enfermagem e seus instrumentos de mensuração/avaliação. Os estudos analisados na categoria "carga de trabalho de enfermagem e suas relações com a gerência e assistência de enfermagem" apresentam a carga de trabalho de enfermagem relacionada a fatores como o dimensionamento de pessoal, segurança do paciente e saúde do trabalhador. Considera-se relevante conhecer a carga de trabalho de enfermagem para uma argumentação efetiva, junto à gestão institucional referente ao quadro de profissionais de enfermagem adequado, tanto para a segurança do paciente, quanto para a saúde do trabalhador. Algumas evidências apontam que, apesar da elevação de custos operacionais, um número adequado de trabalhadores de enfermagem qualificados pode contribuir para diminuição de custos relacionados a resultados negativos da assistência prestada[5]. Assim, um quantitativo adequado de pessoal de enfermagem é fundamental, pois, além de expor a equipe a níveis mais baixos de carga de trabalho, promove a realização de cuidado integral, suprindo as necessidades de cuidado ao paciente e a segurança do mesmo[6]. Avaliar as demandas de trabalho de enfermagem, juntamente com os fatores que as influenciam, torna-se indispensável para o dimensionamento de pessoal[7]. Assim, algumas produções vêm ao encontro desta afirmação e apresentam, como objetivo geral, o dimensionamento de pessoal de enfermagem, por vezes, utilizando instrumentos específicos para este fim. Com o objetivo de analisar os efeitos da alocação de pessoal e da carga de trabalho de enfermagem nos resultados da assistência em unidades de internação e de terapia intensiva, autoras identificaram que a média de horas de enfermagem disponível foi maior que o recomendado, contrapondo às solicitações dos enfermeiros por maior quantidade de pessoal (D8, D10). Com a finalidade de analisar os indicadores intervenientes do dimensionamento de pessoal de enfermagem, para a assistência no período transoperatório do centro cirúrgico (CC) foi realizado o mapeamento das atividades e intervenções de enfermagem por meio da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e identificação dos indicadores para o cálculo de profissionais de enfermagem, o que possibilitou reformular a equação proposta por Possari em 2001 e obter valores mais próximos à realidade do CC (T6). No que tange a segurança do paciente, os estudos buscam relacionar a carga de trabalho com ocorrências iatrogênicas, como exemplo, os erros de medicação,

na assistência de enfermagem, evidenciando seu impacto na carga de trabalho destes profissionais, reiterando, assim, a necessidade de investir na capacitação dos profissionais que atuam em setores de cuidados críticos, principalmente (T1, T9, D3). Os objetivos dos estudos são diversos e abordam a temática carga de trabalho de enfermagem em diferentes perspectivas. A carga de trabalho de enfermagem, mensurada de acordo com as horas de assistência requeridas pelos pacientes e a alocação da equipe de enfermagem para suprir essa demanda, pode ser relacionada com a ocorrência de eventos adversos e incidentes na assistência, evidenciando uma média de eventos adversos maior quando há alocações inadequadas de pessoal de enfermagem (T8). Percebe-se, nesta produção, as diversas relações da temática carga de trabalho de enfermagem, com o dimensionamento de pessoal e a segurança do paciente. Na perspectiva de analisar as repercussões da carga de trabalho de enfermagem na saúde do trabalhador, estudos analisaram o perfil epidemiológico dos registros dos acidentes de trabalho notificados, identificando as cargas de trabalho presentes nos processos de trabalho, relacionando-as com as ocorrências dos acidentes. Ao identificar as cargas a que os trabalhadores de enfermagem estão expostos durante o processo de trabalho, torna-se possível elaborar estratégias de prevenção para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida no trabalho (T2, D7). Na categoria "carga de trabalho de enfermagem e seus instrumentos de mensuração/avaliação", os estudos acerca da temática carga de trabalho de enfermagem abordam diversos instrumentos que atingem o objetivo de mensurar, avaliar, quantificar a carga de trabalho. Os enfermeiros têm buscado instrumentos que lhe dêem objetividade para mensurar a carga de trabalho em sua área de atuação. Observa-se que, a partir de 2005, houve um aumento da produção científica nacional relacionada a cargas de trabalho, o que pode estar relacionado com a resolução do COFEN 293/2004. Essa resolução fixou parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados[8]. Apesar disso, alguns autores apontam uma lacuna na realização de estudos com esse delineamento nas diversas áreas dos serviços de saúde e, em especial, na área hospitalar[9]. Neste sentido, esta categoria apresenta os instrumentos que foram identificados por meio da pesquisa efetivada, os quais se constituem em tendência da produção científica. O instrumento mais utilizado, para medir carga de trabalho de enfermagem, identificado neste estudo, foi o *Nursing Activities Score - NAS*, com 44%. O NAS é um instrumento que foi desenvolvido por Miranda e colaboradores, traduzido e validado para a língua portuguesa por Queijo em 2002 (D2). O referido instrumento mensura a carga de trabalho de enfermagem, por meio de atividades que resultam em uma pontuação, correspondendo às necessidades de assistência direta e indireta ao paciente[10]. A finalidade primeira do instrumento foi medir a carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Com o objetivo analisar a carga de trabalho de enfermagem e os fatores a ela associados, o NAS surge como o instrumento de escolha para medir a carga de trabalho de enfermagem, associado à utilização do SAPS II para medir a gravidade dos pacientes das UTI's (D4, D6, T10). Outras publicações também realizaram aplicação do NAS, em UTI geral ou especializada (cardíaca, neonatal, pediátrica, entre outras), com o objetivo de medir a carga de trabalho, embora sem correlacioná-lo com instrumentos para mensuração de gravidade dos pacientes (T3, T4). Na busca de investigar a carga de trabalho de enfermagem, e ainda, escolher o método ideal para tal, o NAS foi utilizado juntamente com o instrumento de Avaliação de dependência do paciente, comparando-os. O estudo apontou que ambos os instrumentos utilizados são compatíveis com a terapia intensiva, suscitando novas reflexões (D14). Em uma abordagem

também comparativa, agora entre as medidas retrospectiva e prospectiva do NAS, estudo [D9] analisa seu desempenho. Destacam-se, no estudo, os objetivos que cada tipo de medida atende, sendo, a prospectiva, indicada para projetar os cuidados de enfermagem a serem prestados, quando se tem a intenção de distribuir os profissionais de enfermagem necessários para prestar esses cuidados. Embora o NAS tenha sido criado, originalmente, para medir carga de trabalho em UTI, com o passar do tempo, esse instrumento passou a ser utilizado em outros cenários, tais como unidade de clínica médica e pronto socorro. Em unidade de clínica médica, o NAS foi utilizado a fim de identificar o tempo médio de assistência de enfermagem necessário para assistir ao paciente adulto, juntamente com o Instrumento de Classificação de Pacientes (ICP), buscando-se classificar pacientes com alta dependência de enfermagem [D11]. Com o objetivo comum aos estudos de terapia intensiva, o de identificar a carga de trabalho de enfermagem, em um Pronto Socorro Geral [D12], utilizou-se o NAS para calcular a carga de trabalho em sala de emergência e o Sistema de Classificação de Pacientes em salas de observação. Desta forma, percebe-se a aplicabilidade do instrumento em cenários diversos. Ainda identificou-se, na produção científica selecionada, outras formas de mensurar a carga de trabalho de enfermagem, como exemplo, através da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), com 24% dos estudos selecionados. Contudo, tais publicações apresentam-se em menor proporção, se comparadas a utilização do NAS. Com o objetivo de construir um instrumento para identificação da carga de trabalho de enfermagem em unidades pediátricas, optou-se por utilizar a NIC para compor o instrumento a ser validado no estudo. As intervenções e atividades de enfermagem foram distribuídas em domínios e classes, conservando a taxonomia da NIC [D5]. Ao encontro da produção supracitada, surgem estudos com a finalidade de identificar a frequência e o tempo dispendido nas intervenções ou atividades de enfermagem e, assim, mensurar a carga de trabalho da equipe de enfermagem e, para isto, utiliza a NIC. Identifica-se, neste contexto, a diversidade dos cenários, como unidade de alojamento conjunto, clínica médica e cirúrgica, UTI, sala de recuperação anestésica e unidade pediátrica [T5, T7, D13 e T11]. Identificar a carga de trabalho de enfermagem bem como o tempo de assistência de enfermagem possibilita adequar o quantitativo de profissionais para suprir as demandas de cuidados geradas pelos pacientes, de forma segura para a equipe e pacientes[11]. Ainda, 12% dos estudos identificados nesta tendência da produção científica, utilizaram o *Therapeutic Intervention Scoring System – TISS-28* [D1, T1 e D3]. Este instrumento, traduzido e validado para o português por Nunes em 2000, tem como finalidade principal dimensionar a carga de trabalho de enfermagem em UTI[12]. Na ocasião, os resultados indicaram que o instrumento pode ser aplicado em terapia intensiva com alto índice de concordância, desde que acompanhado de um manual de definições operacionais [D1]. Diante do exposto, observa-se que a avaliação da carga de trabalho de enfermagem tornou-se fundamental, tanto na dimensão administrativa do dimensionamento de recursos humanos, quanto para identificação de riscos no trabalho da enfermagem e para promoção da segurança do paciente. O conhecimento das lacunas no quadro de pessoal de enfermagem em diferentes cenários e realidades institucionais é uma ferramenta importante para qualificação da assistência e para promoção da saúde dos trabalhadores, uma vez que, uma equipe subdimensionada contribui diretamente para a exaustão emocional e física desses trabalhadores, interferindo na segurança do paciente, representada pela ocorrência de eventos adversos e ainda, na saúde destes trabalhadores.

Considerações finais

Frente ao exposto, considera-se a relevância da temática carga de trabalho de enfermagem para os profissionais inseridos em seus ambientes de trabalho. Percebe-se que as investigações acerca da carga de trabalho da enfermagem vem ganhando relevância na produção científica brasileira, especialmente as que utilizam o NAS como instrumento de mensuração. Além disso, destaca-se o baixo número de produções dedicadas a avaliar a carga de trabalho em cenários distintos da terapia intensiva.

Desse modo, diante da busca bibliográfica realizada, observa-se a tendência da produção científica da enfermagem relacionada à carga de trabalho de seus profissionais que aponta 92% dos estudos pertencentes à região Sudeste do Brasil, com os anos de 2006 e 2007 em destaque (36%). Ainda, ressalta-se a abordagem metodológica quantitativa como escolha para 64% dos estudos, sendo que 52% destes têm como cenário a terapia intensiva. Dentre as relações que a carga de trabalho de enfermagem suscita apenas 16% das produções a relacionam com o dimensionamento de pessoal e 44% das mesmas utilizam o NAS para Identificar a carga de trabalho, sendo que 8% o utilizam em outros cenários, que não a terapia intensiva. Este estudo possibilitou uma visão geral do que vem sendo produzido e o que ainda representa uma lacuna do conhecimento.

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

Referências

1. FIOCRUZ E COFEN. Pesquisa retrata perfil de 1,6 milhão de profissionais de enfermagem no Brasil. Portal Fiocruz, 04 mai. 2015. Disponível em: http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-retrata-perfil-de-16-milhao-de-profissionais-de-enfermagem-no-brasil Acesso em: 04 ago. 2015.

2. Lima MKF, Tsukamoto R, Fugulin FMT. Aplicação do Nursing Activities Score em pacientes de alta dependência de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008;17(4):638-46.

3. Queijo AF, Padilha KG. Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(esp):1018-25.

4. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: editora Hucitec, 14 ed., p. 416, 2014.

5. Rogenski, K, Fugulin, F, Gaidzinski, R, & Rogenski, N. Tempo de assistência de enfermagem em instituição hospitalar de ensino. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2011; 45(1):223-29.

6. Nunes BK, Toma E. Dimensionamento de pessoal de enfermagem de uma unidade neonatal: utilização do Nursing Activities Score. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2013;21(1): [08 telas].

7. Queijo AF. Estudo comparativo da carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva geral e especializadas, segundo o Nursing Activities Score (NAS) [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

8. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 293, de 21 setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Rio de Janeiro, 2004.

9. Neis MEB, Gelbcke FL. Carga de trabalho na enfermagem: variável do dimensionamento de pessoal. Enfermagem em foco.2011; 2(1):6-9.

10. Lima LB de et al. Classificação de pacientes segundo o grau de dependência dos cuidados de enfermagem e a gravidade em unidade de recuperação pós-anestésica. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010;18(5): [07 telas].

11. Soares, AVN. Carga de trabalho de enfermagem no sistema de alojamento conjunto [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

12. Nunes B. Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de gravidade na UTI: TISS-28 [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

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

26.CONCEPÇÕES DE ACADÊMICOS SOBRE FERTILIZAÇÃO *IN VITRO* NA FORMAÇÃO DA ENFERMAGEM E DA SAÚDE

ACADEMICS` CONCEPTIONS ON *IN VITRO* FERTILIZATION IN THE FORMATION OF NURSING AND HEALTH

CONCEPTOS DE ESTUDIANTES DE FERTILIZACIÓN IN VITRO EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA Y SALUD

KIST, Daiane Raquel[1]; KRUG, Suzane Beatriz Frantz[2] ; SOMAVILLA, Vera da Costa[3]

Resumo

A fertilização *in vitro* vem repercutindo na formação da enfermagem e da saúde, visto que a infertilidade é um problema de saúde em potencial. O estudo visa identificar aspectos relacionados à compreensão de acadêmicos de saúde em formação sobre a realização da fertilização *in vitro* e problematizar as perspectivas da atuação profissional. Os dados são um recorte de um trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem realizado de agosto a novembro de 2015. Foi analisado o discurso de onze acadêmicos de quatro cursos da área da saúde que participaram do Grupo Focal. Para tratamento dos dados, adotou-se o mapa de associação de ideias. Emergiram múltiplas percepções dos sujeitos em relação ao tema proposto, entre elas o interesse por momentos problematizadores na formação. O estudo indica a necessidade de gerar espaços de discussão que tratem de assuntos que não fazem parte da grade curricular da enfermagem e da saúde.

DESCRITORES: Fertilização *in vitro*; Educação em enfermagem; Pesquisa interdisciplinar.

Abstract

In vitro fertilization has repercussions on nursing and health education, since infertility is a potential health problem. The aim of this study is to identify aspects related to the understanding of academics formation about *in vitro* fertilization and to discuss the perspectives of professional performance.The data are a part of a nursing graduation paper completed from August to November 2015. The discussions of eleven academics from four health courses participating in the Focus Group that was analyzed. For the data analyses, the map of association pf ideas was adopted. There emerged multiple perceptions of the subjects in relation to the proposed theme, among them the interest for more reflective moments in the formation. The study indicates the need to generate spaces for discussion that deal with topics that are not part of the curriculum of nursing and health.

DESCRIPTORS: Fertilization *in vitro*; Education nursing; Interdicisciplinary research.

Resumen

Fertilización *in vitro* está reverberando en la educación de enfermería y la salud, ya que la infertilidad es un problema potencial para la salud. El estudio tiene como objetivo identificar los

[1]Enfermeira, mestranda, Mestrado em Promoção da Saúde Universidade de Santa Cruz do Sul. e-mail: daiark91@gmail.com.
[2]Enfermeira, doutora, docente adjunta do Departamento de Enfermagem e Odontologia e do Programa de Pós-Graduação-Mestrado em Promoção da Saúde da UNISC. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS).
[3]Enfermeira, doutora, docente dos Cursos de Enfermagem e Medicina e Coordenadora do Serviço Integrado de Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul.

aspectos relacionados con la comprensión de la formación académica de salud en la realización de la fertilización in vitro y discutir las perspectivas de la práctica profesional. Los datos es un recorte de un trabajo de conclusión del curso de grado en enfermería realizado entre agosto y noviembre de 2015. Se analizó la expresión de once académicos de cuatro cursos de salud que participaron en el grupo de enfoque. Para el procesamiento de datos, adoptado el mapa asociación de ideas. Surgido múltiples percepciones de los sujetos en relación con el tema, incluido el interés en los tiempos de resolución de problemas en la formación. El estudio indica la necesidad de generar espacios de discusión que abordan temas que no forman parte del plan de estudios de enfermería y salud.

DESCRIPTORES: Fertilización *in vitro*; Educación em enfermeira; Investigación interdisciplinaria.

Introdução

As tecnologias relacionadas à concepção, entre elas a fertilização *in vitro*, estão repercutindo no cotidiano de um contingente cada vez maior de cidadãos, interferindo na qualidade de vida de mulheres, homens e casais que desejam ter filhos biológicos. Neste sentido, as discussões em relação aos múltiplos aspectos relacionados à fertilização *in vitro*, articuladas as discussões sobre formação na enfermagem e na saúde, auxiliam tanto na preparação de profissionais quanto na ampliação do paradigma de saúde, no qual o sujeito ativo é o protagonista de um contexto recriado com aspectos sociais inseridos.

A fertilização *in vitro* caracteriza-se como um procedimento que produz embriões fora do corpo feminino.[1] De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA foram realizadas aproximadamente 67 mil transferências de embriões em pacientes submetidas a técnicas de fertilização *in vitro* (FIV) no Brasil em 2016, com mais de 33 mil ciclos de fertilização *in vitro*, demonstrando a grande procura pelo tratamento. Já a taxa média de fertilização foi de 73%, percentual elevado, mas compatível com os dados sugeridos pela literatura internacional, que variam de 65% a 75%.[2]

Infertilidade se define como a ausência de gravidez após 12 meses de relações sexuais regulares, sem uso de contracepção.[3] Embora não existam estatísticas relacionadas à prevalência da infertilidade no mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que exista de 50 a 80 milhões de casais inférteis. Estima-se que cerca de 8% a 15% dos casais têm algum problema de infertilidade durante sua vida.[4]

No Brasil há aproximadamente 51 milhões de mulheres em idade reprodutiva, destas, pode-se estimar que de 4 a 7 milhões sejam inférteis. Ainda, que mais de 278 mil casais apresentam dificuldades para gerar um filho em algum momento da vida reprodutiva.[3] Estes dados mostram o impacto da infertilidade sobre a qualidade de vida de parte da população.

Considerando que o enfermeiro e os demais profissionais de saúde envolvem-se neste processo, percebe-se a importância da qualificação e atualização ainda na formação referente às novas tecnologias de reprodução humana, para atender também esta necessidade em potencial. A formação acadêmica constitui-se como um campo que os avanços científicos e tecnológicos, de modo que as tensões sociais, políticas e econômicas precisam ser problematizadas na medida em que afetam a vida das pessoas e interferem na atuação dos futuros profissionais. Deste modo, os

currículos deveriam propiciar discussões que instrumentalizassem os acadêmicos em relação a tais avanços, entre eles, a fertilização *in vitro*.[5]

A partir disso, este estudo visa identificar aspectos relacionados à compreensão de acadêmicos de saúde em formação sobre a realização da fertilização *in vitro* e problematizar as perspectivas da atuação profissional.

Metodologia

Este estudo é um recorte do trabalho de conclusão de curso de Graduação de Enfermagem intitulado "Fertilização *in vitro* é recurso para realizar o sonho de muitas famílias": uma discussão sobre o tema no âmbito acadêmico, realizado no período de agosto a novembro de 2015. Insere-se na perspectiva pós-estruturalista de pesquisa, a partir de uma análise qualitativa descritiva dos dados.

A pesquisa qualitativa visa à ação humana, não podendo ser quantificada nem generalizada para compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, explorando uma realidade para identificar características que necessitam de maiores informações.[6] Este método coloca o pesquisador em contato direto com a situação investigada contendo dados predominantemente descritivos.[7] Isso justifica a perspectiva pós-estruturalista, pois libera uma pluralidade de sentidos, considerando a realidade como uma construção social e subjetiva. Possibilita pensar em múltiplas experiências vivenciadas em diferentes contextos que auxilia na interpretação das diferentes posições que emergem nos momentos de tomada de decisão.[8]

O estudo foi realizado nas dependências do Serviço Integrado de Saúde (SIS) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), localizado em um município da região central do Rio Grande do Sul, Brasil com 118.374 habitantes, de acordo com a estimativa do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010. O local foi escolhido devido à disponibilidade de recursos audiovisuais e maior integração da população amostra.

O universo empírico foi formado por onze acadêmicos de quatro cursos da saúde: enfermagem, nutrição, psicologia e medicina. A coleta de dados foi realizada a partir de dois grupos focais, ambos registrados através da gravação de voz, permitida pelos integrantes e após, transcritas, sem identificação das falas. Para atender as questões éticas, cada integrante recebeu e assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias de igual teor atendendo ao sigilo, individualidade e privacidade dos participantes, ficando uma em poder do sujeito e outra com o pesquisador.

Os grupos se constituíram por pesquisados e moderador/pesquisador. Os critérios de seleção para execução dos grupos foram: presença de seis até doze acadêmicos, para não diminuir as chances de todos participarem e facilitar o controle do processo pelo pesquisador. Ainda, os sujeitos precisavam ser dos cursos: enfermagem, psicologia, nutrição e medicina, devidamente matriculados em disciplinas com execução no SIS/UNISC. As discussões foram conduzidas por questões norteadoras sugeridas pelo pesquisador a partir de recursos audiovisuais. Cada encontro teve duração de, aproximadamente, duas horas. O indicador para a finalização do grupo focal se deteve na saturação das respostas.

Cabe ressaltar que os sujeitos compareceram nos dois encontros. Entre os onze sujeitos havia cinco homens e seis mulheres. No que se refere ao curso, quatro eram acadêmicos do curso de

enfermagem, três do curso de medicina, dois do curso de nutrição e dois do curso de psicologia. Estavam em semestres distintos, desde o terceiro semestre ao nono semestre.

De acordo com a metodologia dos estudos pós estruturalistas, a análise das falas é desenvolvida sem a identificação das mesmas, pois nesta perspectiva, não importa quem fala e sim o conteúdo do discurso. Deste modo, as falas foram organizadas em mapas de associação de ideias e não foram identificadas.[11]

A análise e a interpretação dos dados foram norteadas a partir de mapas de associação de ideias os quais possibilitam explorar a existência de múltiplas modalidades de diálogos, remetendo ao processo de interpretação a partir da sistematização de dados. A construção dos mapas possuem categorias, de natureza temática, refletindo nos objetivos da pesquisa. Procura-se preservar a sequência das falas, apenas sendo deslocadas para colunas que correspondem aos objetivos da pesquisa.[12] A pesquisa obteve aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul sob protocolo nº1.172.595.

Resultados e discussão

Os discursos originaram-se a partir da categoria Formação, advindos de múltiplas percepções dos sujeitos em relação ao tema proposto, e exercem um importante papel na constituição dos modos como estes estudantes pensam sobre a fertilização *in vitro* na perspectiva da atuação profissional. Também, a importância de espaços como este para discussões sobre temáticas que envolvem a prática da enfermagem e as demais áreas da saúde, porém não fazem parte do currículo acadêmico.Os depoimentos expressam a necessidade de equipes multiprofissionais para a atuação na área, sendo clínicas de fertilização como uma possibilidade para o mercado de trabalho:

[...] se tem uma clínica onde existem profissionais, acho que isso é uma coisa importante pra gente, é que uma das exigências para a composição das equipes, é que, uma clínica de fertilização in vitro tem que ter uma nutricionista, porque a paciente tem que estar num peso ideal, tem que ter um médico, tem que ter um enfermeiro e tem que ter um psicólogo, são as quatro áreas que são obrigatórias na constituição das equipes, então, todos nós estaríamos incluídos como futuramente uma possibilidade de se inserir nesse mercado de trabalho[...].

"Acho interessante pensar nessa tecnologia, mas tem que pensar em tudo que está implicado [...] quando destina a fazer um trabalho em equipe, como estamos fazendo aqui, como vai ser, se realmente essa pessoa tem condições de fazer esse processo."

Nesta problemática, os discursos apontam para o interesse do tema e também por encontros que propiciem uma reflexão multiprofissional na formação. Desse modo, a universidade pode ser promotora de momentos de pausa e de reflexão, possibilitando mudanças na forma de se repensar a concepção e as necessidades de saúde, assim como transformações no cuidado e no trabalho em equipe.[13]

Visto isso, o grupo desenvolveu uma espécie de avaliação de seus currículos, com relato de percepções em relação às disciplinas e à abordagem da fertilização *in vitro* em sala de aula:

"Na área acadêmica, na enfermagem, é discutido muito pouco, é passado como uma opção."

"Na nutrição também não, é muito por cima."

"Para medicina também é visto como um método para infertilidade ou algum problema genético que tenha algum risco também é uma opção."

Acredito que temos uma carência em relação a esse tipo de assunto, [...] e isso que estas proporcionando no teu trabalho de TC que vai muito além do espaço de pesquisa, mas ação que suscita no mínimo em uma curiosidade. Mas é importante o entendimento do contexto para a condução e me sinto preparada para atender um caso, mas ainda precisa de discussões sobre isso.

"Talvez mudando para uma metodologia diferente, como seminário que o pessoal possa pesquisar, dar sua opinião, discutir."

Tais manifestações sugerem que parece haver a necessidade de ampliar as abordagens deste tema nos seus cursos. A abordagem em relação às novas tecnologias no ensino no âmbito das graduações e pós-graduações se recomenda importante, já que a evolução tecnológica é rápida e o processo de formação deve seguir o mesmo curso para que os estudantes e futuros profissionais estejam habilitados para o mercado de trabalho.

Salientam também nos discursos que a abordagem do tema ocorre de forma superficial e articulada aos aspectos biológicos devido à didática inapropriada para abordar esta temática de forma reflexiva. Talvez este método de abordagem expositivo seja decorrente do fato de que durante décadas as discussões foram pautadas num modelo predominantemente conservador, centrado em concepções normativas, supervalorizando normas e códigos, ao invés de um ensino reflexivo-crítico.[15]

Há diversos subsídios para as reflexões acerca das metodologias de ensino, a utilização excessiva de aulas expositivas e a carência de espaços para problematização de temáticas que envolvam a utilização de novas tecnologias em saúde. A formação em saúde deve ter como premissa a busca constante de novas estratégias de ensino, a fim de que a formação profissional esteja em consonância com as necessidades assistenciais, incluindo as discussões em relação à utilização das biotecnologias. Entretanto, estudos mostram que os docentes do curso de enfermagem possuem pouco conhecimento sobre metodologias ativas de ensino aprendizagem na formação acadêmica.[16,17]

O estudante deve ser visto e estimulado a ser um construtor de seu conhecimento, tornando-o capaz de adquirir habilidades necessárias para atuar na área da saúde como sujeito proativo a ponto de provocar reflexão e transformação nas práticas de saúde. Em face disso, não se pode ser aceita somente a formação voltada ao desenvolvimento de habilidades técnicas, mas à ampliação de outros conhecimentos.[18] Para que isso aconteça são necessárias duas condições: disposição para aprender e conteúdos interessantes e significantes, contemplando abordagens que estimulem o estudante para a problematização e o debate. Assim, o aprendizado ocorrerá de forma efetiva.

Neste recorte há uma série de vivências decorrentes da realização de suas práticas acadêmicas que envolveram situações relacionadas à fertilização *in vitro*:

"[...] a gente tem um casal de professoras que traz as crianças pra vacinar aqui e quando ela chegou aqui, ficou uma confusão, porque a gente não conseguia entender "é nossa filha", tá, mas é

filha dela com... "não! É nossa filha! Nós pegamos dois óvulos, um meu e um dela, fomos numa clinica de fertilização, fertilizamos um do lado do outro e vieram as crianças que são nossas filhas, minha e dela. Isso tem uma questão que é entender, nós estamos discutindo isso no âmbito acadêmico, como é isso lá no ESF, como que é isso lá hospital, como isso impacta nessas questões, e, além disso, tem a questão biológica, que tem DNA, que tem as doenças hereditárias, tem todos estes aspectos, é um mundo muito amplo pra pensar e discutir.

Também tive um caso na saúde pública que o homem fez vasectomia e relatou a preocupação por não poder mais ter filho, pois já tinha problema conjugal e queria saber se em outra relação poderia tentar ter um filho novamente, pois pra ele a base da família era o filho.

"Acho fantástica tua proposta de discutir sobre isso."

"Também acho legal essa discussão, pois ao menos se me deparasse com alguma situação já saberia conduzir melhor."

Os relatos incitaram uma espécie de avaliação sobre a preparação dos sujeitos para atuar em casos que envolvam a reprodução humana assistida. Pode perceber que a maioria não se sente preparado para se deparar com este tipo de situação, para contemplar um cuidado integral. Por outro lado, este estudo também foi visto como uma possibilidade de aprendizado sobre o tema. Neste aspecto "a utilização de metodologias ativas e inovadoras de ensino, como a problematização, são estratégias eficazes que podem gerar aprendizagem significativa".[19:21]

Estudo referente ao posicionamento acadêmicos de Enfermagem frente às situações dilemáticas em saúde, indica que os profissionais de saúde, não estão plenamente preparados para lidar com as questões relativas à vida, ao menos, não se verifica a preocupação neste sentido nas grades curriculares, principalmente no que se refere às novas tecnologias de reprodução humana.[15]

Parece haver fragilidades relacionadas às oportunidades de momentos multiprofissionais e interdisciplinares durante processo de formação tanto da enfermagem quanto dos demais cursos da saúde analisados. Desse modo, acredita-se que este processo de produção de dados pode promover reflexão e discussão sobre o tema de maneira multiprofissional, visto que são raros os momentos problematizadores que oportunizam tais discussões entre acadêmicos de diferentes cursos.

Considerações Finais

Os discursos indicam que há pouca compreensão sobre a realização da fertilização *in vitro* na formação acadêmica e que os sujeitos parecem estar pouco preparados para lidar com as aspectos relativos à reprodução assistida. Salienta-se o interesse e o engajamento dos sujeitos nas discussões fomentadas nos grupos focais, indicando a importância de momentos como este na formação acadêmica.

Neste sentido, faz-se necessária a realização de novas pesquisas, com enfoque na problematização do processo de ensino aprendizagem nas universidades. Indica-se a possibilidade de utilizar metodologias ativas de ensino na formação da saúde, especialmente na enfermagem, para que haja o desenvolvimento de espaços para troca de experiências, autorreflexão e protagonismo.

Em termos de contribuição para a enfermagem, acredita-se que a relevância do estudo foi e será o de ampliar as discussões durante a formação de forma multiprofissional, como também a experiência do quanto à interdisciplinaridade pode ser produtiva na saúde. Ainda, acredita-se que mais estudos precisam ser realizados neste âmbito para ampliar as discussões da formação da enfermagem e da saúde.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

Redlara. Red Latinoamericana de Reproducción Asistida. Glossário revisado da terminologia das técnicas de reprodução assistida (TRA). Comitê Internacional para normatização da Tecnologia Reprodutiva Assistida (ICMART) e Organização Mundial da Saúde (OMS). 2010.

Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 10º Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões – SisEmbrio, 2016.

Brasil. Resolução n 23, de 27 de maio de 2011.Regulamento Técnico para o funcionamento dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos. Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0023_27_05_2011.html. Acessado em: 12 de abril de 2017.

WHO. World Health Organization. Mother or nothing: the agony of infertility. Genebra: WHO, 2010. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/bulletin_88_12/en/. Acessado em:13 de abril de 2017.

Kapp AM, Freitas D, Miranda EM. Possibilidades para o Desenvolvimento do Processo Formativo dos Docentes no Campo Biotecnológico. In: II Simpósio Internacional de Educação a Distância e o II Encontro de Pesquisadores em Educação a Distância, São Carlos, 2014.

Leopardi MT. Metodologia da Pesquisa em Saúde. 2 ed. Florianópolis : UFSC, 2002.

Goldim JR. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. 2 ed. Porto Alegre : Dacasa, 2000.

Laclau E. Universalismo, particularismo y la cuestion de la identidade. Emancipación y diferencia. Lisboa: Difel, 1996.

Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco 2014.

Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios e metodológicos. Paidéia, 2003;12(24)

Foucault M. A arqueologia do saber. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2012. 236 p.

Spink MJP. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

Vasconcelos ACF, Stedefeldt E, Frutuoso MFP. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. Interface, 2016;20(56):147-58.

Batista BC. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. Revista Barbarói, 2013;1(38):97-125

Rates CMP, Pessalacia JDR. Posicionamento ético de acadêmicos de Enfermagem acerca das situações dilemáticas em saúde. Revista Bioética, 2010.

Paim AS. Iappe NT. Rocha DLB. Metodologias de ensino utilizadas por docentes do curso de enfermagem: enfoque na metodologia problematizadora. Enfermería Global. 2015

Mesquita SKC, Meneses RMV, Ramos DKR 3. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. Trab. Educ. Saúde. 2016;14(2): 473-486

Alberti1GF, Schimith MD, Budó MLD, Neves GL, Rosso LF. Atributo do primeiro contato na atenção básica e práticas de cuidado: contribuições para a formação acadêmica do enfermeiro. Texto Contexto Enferm, 2016.

Meira MDD, Kurcgant P. Nursing education: training evaluation by graduates, employers and teachers. Rev Bras Enferm. 2016; 69(1):10-5.

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

27.CONTEXTO DE TRABALHO E RISCO DE ADOECIMENTO DA ENFERMAGEM EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

CONTEXT OF WORK AND ILLNESSES RISK NURSING IN FAMILY HEALTH STRATEGY

CONTEXTO TRABAJO Y EL RIESGO DE ENFERMEDAD DE LA ENFERMERÍA EN ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

VARGAS, Daíse dos Santos[1] ;DALMOLIN, Graziele de Lima[2], ZANON, Roosi Eloiza Bolzan[3]

Introdução: A saúde do trabalhador vem sendo alvo de discussões no campo saúde, em virtude do processo saúde/doença estar, também, relacionado às condições de trabalho. O contexto de trabalho se refere ao espaço social onde operam a organização e as condições laborais, bem como as relações sócioprofissionais[1]**.** Cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho, o qual pode conter elementos facilitadores ou não da saúde mental e/ou física do trabalhador[2]. O trabalho dos profissionais de saúde situa-se no setor de serviços e envolve uma relação entre sujeitos da mesma natureza, um trabalho em que o resultado depende da colaboração entre quem realiza e quem é cuidado. O modo de realizar o trabalho, assim como a complexidade dos ambientes de trabalho e as condições disponíveis para a sua realização, interfere na qualidade e segurança do resultado assistencial, em todos os níveis de atenção. A equipe de enfermagem corresponde à maior categoria dentre os profissionais da área e exerce função central nos serviços de saúde e na garantia da segurança dos usuários. Na Estratégia de Saúde da Família, os profissionais de enfermagem estão presentes em todas as equipes e seu trabalho impacta a qualidade dos cuidados prestados[3]. Dessa forma, a eficácia na Estratégia de Saúde da Família supõe o trabalho em equipe e a interação organizada entre indivíduos com competências e habilidades distintas. Sendo assim, no âmbito da gestão do trabalho em saúde, é relevante analisar, além do contexto, a dinâmica do processo de trabalho, a experiência subjetiva, os valores tomados em consideração nas decisões durante o curso da atividade, assim como os desgastes e prazeres e os riscos de adoecimento destes profissionais[4]. **Objetivo:** Avaliar o contexto de trabalho e risco de adoecimento da enfermagem em Estratégia Saúde da Família. **Metodologia**: Estudo do tipo transversal de abordagem quantitativa, cujo cenário foi a Atenção Básica à Saúde do município de Santa Maria/RS. Participaram do estudo 30 profissionais de enfermagem que atuam na Estratégia de saúde da Família. Adotaram-se como critérios de inclusão ser trabalhador de enfermagem da Atenção Básica de Saúde do município, especificamente, da Estratégia de Saúde da Família e estar atuando no serviço, no mínimo, há seis meses. O critério de exclusão dos sujeitos da pesquisa limitou-se àqueles trabalhadores que estavam em período de férias ou qualquer afastamento do trabalho no período da coleta dos dados. A mesma ocorreu no período de março a agosto de 2015 por meio de um instrumento que foi composto por informações referentes aos dados

1Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: dadavargas@hotmail.com

2Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

3 Enfermeira. Especialista em Educação na Área de Enfermagem. Coordenadora do Serviço da Gestão de Riscos Relacionados às Tecnologias em Saúde do Hospital Universitário de Santa Maria.

sociodemográficos, laborais e a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT). A EACT é uma das quatro subescalas que compõe o Inventário sobre o Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA). Este se trata de um instrumento validado no Brasil[5], autopreenchível, que avalia dimensões da inter-relação entre o trabalho e risco de adoecimento, e é composta por três fatores: Organização do trabalho, Condições de trabalho e Relações socioprofissionais. A Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) apresenta-se como escala likert de cinco pontos, em que: 1- nunca, 2- raramente, 3- às vezes, 4- frequentemente, 5- sempre. De acordo com as instruções dos autores para uso e análise da escala, o risco de adoecimento deve ser avaliado pela média, onde: acima de 3,7=avaliação negativa, grave; Entre 2,3 e 3,69=avaliação moderada, crítico; Abaixo de 2,29=avaliação positiva, satisfatório. Para a inclusão dos dados no processo de análise da pesquisa 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. Para avaliar a confiabilidade dos fatores, utilizou-se o Coeficiente Alfa de Cronbach. Para testar a normalidade dos dados, o teste de Kolmogorov Smirnov. Para o desenvolvimento da pesquisa, foram observados os aspectos éticos, conforme Resolução 466/1211, do Conselho Nacional de Saúde, obtendo parecer favorável para sua realização pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM), Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) sob o número 40264314.4.0000.5346, em 12/01/2015. **Resultados:** Dentre os 30 trabalhadores de enfermagem pesquisados, 90% eram do sexo feminino (n=27); 73,3% casados ou união estável com companheiro (n=22), 16,7% solteiros (n=5) e 10% viúvo ou divorciado (n=3); 26,7% possuíam um filho (n=8), 26,7% nenhum filho (n=8), 40% dois filhos (n=12), 3,3% três filhos (n=1),3,3% quatro ou mais filhos (n=8); 53,3% enfermeiros (n=16) e 43,7% técnicos de enfermagem (n=14);. Em relação às questões laborais 76,7% não tiveram nenhum dia de afastamento do trabalho (n=23) e 23,3% tiveram até nove dias de afastamento; 93,3% já sofreram acidentes de trabalho (n=28); 60% satisfeitos com o seu salário (n=18). Já referente à satisfação com o trabalho 3,3% referem estar 25% satisfeitos; 23,3% referem estar 50% satisfeitos; 53,4% referem estar 75% satisfeitos e 20,0% referem estar 100% satisfeitos. Para uso e análise da escala, o risco de adoecimento deve ser avaliado pela média. Dessa forma, dentre os fatores da EACT, organização do trabalho apresentou média de 3,42; relações socioprofissionais média de 2,39; e condições de trabalho média de 3,09. Pelo teste de normalidade dos dados Kolmogorov-Smirnov foi possível observar distribuição simétrica para os fatores organização do trabalho p=0,200; relações socioprofissionais p=0,200; e assimétrico para o fator condições de trabalho p =0,240, porém todos os fatores foram avaliados pela média, seguindo-se o referencial teórico e instruções do instrumento utilizado. A Confiabilidade Alfa de Cronbach, teste de consistência interna do instrumento (α>0,70), organização do trabalho α=0,70 relações socioprofissionais α=0,89, condições de trabalho α = 0,95. **Conclusões:** Observou-se a predominância do sexo feminino, estado civil casado ou união estável com companheiro, que possuíam dois filhos e enfermeiros. Os dados evidenciaram que a grande maioria destes não esteve afastada do seu labor, porém, sofreram acidentes de trabalho. Além disso, referem estar satisfeitos com sua remuneração em com o seu trabalho. Conforme avaliação dos participantes, o contexto de trabalho foi considerado crítico, salientando os seus três fatores, sendo estes a organização do processo de trabalho, as relações nestes ambientes, bem como as condições de trabalho oferecendo riscos de adoecimento a estes trabalhadores. Dessa forma,

percebe-se que estes estão em exposição constante a riscos ocupacionais, sendo vulneráveis e suscetíveis alterações na qualidade de sua saúde. Assim, é necessário traçar estratégias laborais que minimizem estes riscos, promovendo ações de melhoria nas condições de saúde e do ambiente, o qual, os trabalhadores estão inseridos.

DESCRITORES: Enfermagem; Saúde do trabalhador; Estratégia Saúde da Família; Condições de trabalho; Riscos ocupacionais.

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

Referências

1. Maissiat GS, Lautert L, Dal Pai D, Tavares JP. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. Rev. Gaúcha Enferm 2015; 36(2): 42-49.

2. Freitas PH, Beck CLC, Viero V, Fernandes MNS, Machado KL. Estratégias defensivas do enfermeiro frente ao sofrimento na Estratégia de Saúde da Família. Texto contexto – enferm. 2016; 25(4).

3. Pires DEP, Machado RR, Soratto J, Scherer MA, Gonçalves ASR, Trindade LL. Nursing workloads in family health: implications for universal access. Rev. Latino-Am. Enfermagem . 2016; 24: e2682.

4. Shimizu HE, Carvalho Junior DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17(9): 2405-2414.

5. Mendes AM, Ferreira MC. Inventário de trabalho e riscos de adoecimento - ITRA: Instrumento auxiliar de diagnóstico. In: Mendes AM, organizadora. Psicodinâmica do trabalho: Teoria, método, pesquisas. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2007.

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem

28.CONTRIBUIÇÕES DO RESIDENTE EM ENFERMAGEM NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

NURSING RESIDENT CONTTRIBUTIONS ISERTED IN THE MENTAL HEALTH POLICY

CONTRIBUCIONES RESIDENTES EN ENFERMERÍA POLÍTICA DE LA SALUD MENTAL: RELATO DE EXPERIENCIA

SANTANA, Janaina de Fatima Campagnolo[1] ; ALMEIDA, Patrícia de Mattos[2] ; SIQUEIRA, Daiana Foggiato de[3] ; TERRA, Marlene Gomes[4]

Introdução: A 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ªCRS) está localizada na região central do Rio Grande do Sul, com sua sede alocada no município de Santa Maria. Na sua área de abrangência estão duas regiões de saúde: A Verdes Campos e a Entre Rios. A primeira é composta por 21 municípios e a segunda por 11, sendo, respectivamente, referenciadas pelas cidades de Santa Maria e Santiago. Totalizando assim 32 municípios.[1] Para uma melhor organização e administração da gestão das políticas públicas em saúde, a 4ª CRS está dividida em núcleos e setores, entre eles está o Núcleo Regional de Ações em Saúde (NURAS). Nesse núcleo, está inserido a Política de Saúde Mental, coordenada atualmente, desde 2014, por uma psicóloga Especialista em Saúde. Esta política é responsável pela assessoria e consultoria em Saúde Mental aos 32 municípios da regional. O núcleo de Enfermagem inserido nesta política é motivado a ir ao encontro dos princípios da Política, bem como auxiliar na estrutura de uma linha de cuidado humanizada e resolutiva em Saúde Mental. Neste sentido, as residentes de Enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) vem somar às ações desta política.[2] **Objetivo:** relatar as contribuições de residentes em enfermagem inseridas na política de Saúde Mental da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. **Método:** trata-se de um relato de experiência vivenciado por residentes em enfermagem acerca das suas contribuições na Política de Saúde Mental da 4ªCRS. As residentes estão inseridas nesta política desde março de 2017 até o presente momento. A 4ª CRS é um dos campos práticos de atuação dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da UFSM. As residentes ficam nesse cenário de segunda a sexta-feira em turno integral. **Resultados**: as residentes contribuem com o seu embasamento teórico junto às demais profissionais por meio da participação ativa desde a organização à mediação nas ações que estão sendo realizadas pela Coordenação Regional de Saúde Mental da 4ª CRS, entre elas, cita-se: Grupo de Trabalho Internação, Grupo Condutor em Saúde Mental, Projeto Desinstitucionalização, Projeto Fênix e Projeto Fluxograma. No Grupo de Trabalho Internação, os encontros são mensais, aberto a participação dos serviços da Rede de Atenção Psicossociais (RAPS) dos 32 municípios, estudantes e residentes. Porém o foco é na participação de trabalhadores e/ou coordenadores das unidades

[1]Enfermeira. Residente pela Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: janainasantana297@gmail.com

[2] Enfermeira. Especialista em Formação Pedagógica. Residente pela Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

[3]Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

[4]Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem, Professora Associada do Departamento e Pós-Graduação em Enfermagem e, da Residência Multiprofissional em Saúde da UFSM.

psiquiátricas, com o intuito de provocar reflexões e pactuações frente às práticas e processos de trabalho durante as internações nas unidades psicossociais dos hospitais gerais que são referências em saúde mental da regional.[3] O Grupo Condutor em Saúde Mental, tem encontros mensais, aberto a participação dos serviços da RAPS dos 32 municípios, estudantes e residente. Esse grupo visa orientar, planejar, pactuar estratégias em atenção psicossocial, além de promover um espaço de troca de saberes e vivencias dos serviços da dos municípios de abrangência da 4ª CRS. O Projeto Desinstitucionalização caracteriza-se como um processo contínuo, de assessoria e consultoria. Ele visa promover aos municípios à efetivação de uma RAPS resolutiva, com a implantação e implementação de dispositivos necessários para a promoção da desinstitucionalização de usuários de saúde mental com menos de 60 anos, que residem em clínicas privadas e casas de longa permanência.[4] O Projeto Fênix foi elaborado em 2016 e teve o primeiro encontro em dezembro de 2016, onde foi apresentado aos participantes objetivos e metas do projeto. O segundo foi realizado em março do corrente ano e os demais encontros estão planejados para acontecer, mensalmente, até dezembro. Tem como objetivo principal de prestar assessoria institucional aos centros de Atenção Psicossocial que compões a 4ªCRS, oportunizando espaços de trocas, saberes e vivencias entre os serviços, referente à práticas e possibilidades de ações que podem ser implantadas. E, o Projeto Fluxograma é desenvolvido desde 2015, surgiu a partir de indicadores sobre internação compulsória, entre eles elevado índice para municípios de pequeno porte. A coordenação propõe às comarcas e às RAPS dos municípios, por meio de reuniões, que estas adotem a implantação de um fluxograma para internação compulsória de modo resolutivo, efetivo e humanizado, onde o usuário e sua família sejam assistidos na sua integralidade. Para tal é necessária a realização de uma avaliação multiprofissional antes da abertura do processo, quebrando o tabu das avaliações de exclusividade médica. Assim, o usuário passa a ser inserido nos dispositivos das RAPS antes de uma possível internação, bem como é promovido a inserção da família no tratamento, participando de grupos de apoio e atendimento singular. Além destes projetos que estão sendo desenvolvidos, as residentes realizam atividades do cotidiano da gestão em saúde da 4ª CRS e da Política de Saúde Mental, como o contato com a rede; planejamento e organização de materiais escritos e de recursos audiovisuais (slides, guias, planilhas, gráficos, banners entre outros). Elas contribuem na realização de projetos e grupos, bem como na organização de eventos, atas, relatórios de reuniões, visitas institucionais, reuniões da gestão da 4ª CRS e dos núcleos, reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR), elaboração de planilhas de indicadores em Saúde Mental, elaboração de documentos formais da Política. Ainda, as residentes, participam de grupos de trabalho (GT's) transversal à Política de Saúde Mental, entre outras atividades desenvolvidas pela 4ªCRS. Ressalta-se que a principal contribuição das residentes está pautada na garantia do cuidado integral e resolutivo do usuário em saúde mental com vistas a estabelecer uma linha de cuidado humanizada. Deste modo, buscam fomentar os princípios da reforma psiquiátrica e a legislação brasileira vigente em saúde mental; promover reflexões sobre a temática do cuidado no território superando o modelo hospitalocêntrico, incentivar formas de matriciamento em Saúde Mental e assessorar a implantação e implementação de ações e estratégias em Saúde.[2] Na atualidade o campo de Saúde Mental é uma área de possibilidades e desafios devido a conjuntura política e a forte mercantilização dos dispositivos de saúde, o que faz do profissional desta área, um agente social de resistência, participa e promove o controle social e busca mudanças.[3] Neste ínterim a residente em Enfermagem encontra-se no primeiro semestre do programa, assim está realizando a análise institucional para

empoderar-se das ações que estão em andamento na gestão regional em saúde e da política da Saúde Mental, a fim de visualizar possibilidades de atuação e intervenção. **Conclusões:** por meio deste relato de experiência foi possível relatar algumas contribuições das residentes em enfermagem na política de Saúde Mental da 4ªCRS. Compreende-se que a gestão para a Enfermagem é um campo singular de possibilidades, que vem ao encontro das expectativas da residente e aos objetivos do programa de residência que busca a inserção de profissionais em campos diversos. Por fim até ao final da residência, pretende-se além de garantir um cuidado humanizado ao usuário, contribuir para a eficácia de uma política em Saúde Mental, norteada pelos princípios da reforma. Além de produzir conhecimento científico, facilitar mudanças de práticas conservadoras e paradigmas e afirmar esse campo de atuação para o programa com ênfase em Saúde Mental.

DESCRITORES: Enfermagem; Internato não Médico; Políticas Públicas; Saúde Mental.

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Brasil. Decreto-lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm Acessado em 13 abril. 2017.

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 República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L102016.htm Acessado em 13 30 mar. 2017.

3. Barros S, Salles M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. Rev Esc Enferm USP 45(Esp. 2):1780-5, 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800025. Acessado em 13 abril. 2017.

4. Brasil. Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2011.

29.CONTROLE DE INFECÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE: VIVÊNCIAS DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM

PATIENT INFECTION AND SAFETY CONTROL: NURSING ACADEMIC LIVING

CONTROL DE INFECCIONES Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: VIVENCIAS DE LAS ACADÉMICAS EN ENFERMERÍA.

LIMA, Caroline de[1]; MARQUES, Karoline Ardenghi[2]; SILVA, Daniela de Mattos da[3] ; ROSA, Franciele Teixeira da[4]; [5]OLIVESKI, Cínthia Cristina[5]; SILVA, Luiz Anildo Anacleto da[6]

Introdução: Neste estudo, procurar-se-á descrever as vivências de acadêmicas de Enfermagem no setor de controle de infecção hospitalar. Têm- se por conceito de Infecção Hospitalar (IH) 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/ ambulatoriais ou as manifestadas antes de 72 horas da internação, porém associadas a procedimentos diagnósticos e/ ou terapêuticos, realizados durante este período[1]. E a Segurança do Paciente, é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), refere-se à redução de riscos de danos ou lesões, associada ao cuidado em saúde, dentro de uma aceitação mínima[2]. Contemporaneamente, as infecções hospitalares, tanto quanto a segurança do paciente apresentam- se como um tema de interesse mundial, sendo motivo de preocupação em diversos países, passando a fazer parte da política de estado. A implementação de políticas de segurança nas instituições de saúde, tem por objetivo primeiro a prevenção de eventos adversos, danos. Na implantação de ações seguras na assistência a saúde, precisa-se redimensionar o processo de trabalho. A preocupação com a segurança advém de estudos publicados a partirde1970, que demonstram que os eventos adversos (EA) estão presentes nas instituições hospitalares em vários países, sendo um problema de saúde pública mundial. A principal publicação foi o livro *To Erris Human: Building a Safer Health Care System,* em 2000, o qual identificou que nos Estados Unidos da América (EUA), entre 44 mil e 98 mil pessoas morrem a cada ano em virtude de erros associados a tratamentos e cuidados em saúde realizados nos hospitais, causados por falhas de sistemas, processos e condições que levam as pessoas a cometer erros ou não os impedir. Essa realidade acarreta prejuízos para os pacientes, profissionais, instituições de saúde e aos cofres públicos[3]. **OBJETIVO:** Diante do exposto, objetiva-se com o presente trabalho descrever as principais atividades realizadas por acadêmicas do curso de Enfermagem juntamente com a Enfermeira da Comissão de Controle de Infecção (CCIH) de uma unidade hospitalar e a

[1] Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria- campus Palmeira das Missões. E- mail: carolinedelima01@hotmail.com
[2] Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria- campus Palmeira das Missões.
[3] Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria- campus Palmeira das Missões.
[4] Acadêmica do 9º semestre do curso de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria- campus Palmeira das Missões.
[5] 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.
[6] Enfermeiro, doutor em enfermagem, Professor Associado do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria campus Palmeira das Missões.

relevância dos temas Controle de Infecção e Segurança do Paciente na atualidade. **Metodologia**: Trata-se de um relato sobre a experiência de acadêmicas do Curso de Enfermagem da UFSM/Campus Palmeira das Missões, bolsistas voluntárias de um projeto de extensão denominado Gestão da Segurança do Paciente no Controle de Infecção, o qual desenvolve atividades simultaneamente com o Serviço de Controle de Infecção de um Hospital de médio porte em um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul em paralelo com a Segurança do Paciente. Este projeto teve início no mês de outubro de 2015, com carga horária de 10 horas semanal cada integrante. **Resultados e conclusão**: 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, orientações aos profissionais da instituição quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e quanto à prestação de assistência em si, como técnicas assépticas para a realização da troca de curativos em acessos venosos centrais, por exemplo. E também, discursamos sobre dada é a importância de prestarmos um cuidado seguro e limpo minimizando ou até mesmo excluindo os casos de IH. Além das atividades citadas acima, após 30 dias de alta hospitalar realiza-se a busca ativa de pacientes no pós-operatório, através de pesquisa fonada tendo como objetivo a investigação da incidência de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS), principalmente, no pós-operatório Deparamo-nos em nosso dia a dia, com um entrave que é a assistência sendo prestada por profissionais mais antigos e que efetuam suas práticas usuais de forma que sujeita os pacientes as mais diversas complicações, observa- se nesses casos que não houve uma reciclagem das técnicas outrora aprendidas levando em consideração que novos protocolos foram e continuam sendo criados, remodelando assim, a forma de cuidar. A cultura de segurança é compreendida como um fator de desempenho, formação e comportamentos dos profissionais da saúde que os faz visualizar a segurança do paciente como uma de suas prioridades. Confere- se a Enfermagem, sendo a maior força de trabalho em saúde no Brasil, com uma estimativa de 1.500.000 profissionais atuantes neste espaço de oferta de cuidados aos pacientes, sendo a profissão que atua diretamente e desenvolve ações desde a prevenção de doenças e promoção da saúde até a reabilitação, para tanto se destaca a importância deste trabalho ser realizado com a equipe de enfermagem [3-4]. Este grande quantitativo de profissionais exprime a necessidade de uma relação direta da categoria com as estratégias de segurança do paciente e prevenção de iatrogenias. Para o profissional da equipe de enfermagem, a ocorrência dos eventos adversos pode suscitar diversas problemáticas, dado o estresse emocional, os preceitos éticos e as punições legais a que está exposto[4]. Desta forma, enfatizamos na importância de se investir em uma cultura de segurança, através da disseminação do conceito de segurança do paciente e de uma discussão não punitiva sobre os eventos adversos. O Ministério da Saúde (MS), no ano de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a fim de dar um retorno ao apelo individual e coletivo dos profissionais da saúde e da população em geral, por uma atenção segura, livre de incidentes que possam ocasionar danos à saúde do indivíduo. Neste sentido, mensurar o clima de segurança por meio da percepção dos profissionais, sendo considerado um ponto de partida para as instituições, pois trata- se de um componente mensurável da cultura de segurança. O diagnóstico desta avaliação, contendo as percepções e as atitudes dos profissionais relacionadas à segurança, permitirá a identificação de pontos problemáticos, contribuindo para a implementação de intervenções[4]. As instituições de saúde estão cuidando de pessoas com processos de doença, tratamentos e tecnologias cada vez mais complexos, o que exige maiores esforços para

se obter a curto prazo um grande sistema de cultura de segurança do paciente. Existe a necessidade de melhorias referentes ao gerenciamento dos erros, discussão e aprendizado organizacional a partir da abordagem sistêmica dos erros, retorno adequado sobre o desempenho dos profissionais, encorajamento entre os colegas do setor para relatar preocupações com a segurança do paciente. Importante destacar, que uma assistência de qualidade, envolve atendimento de qualidade, com a utilização de protocolos, uma equipe multiprofissional, efetividade, eficiência, segurança, inovação e tecnologia. Mas para além destas características envolve uma gestão estratégica, com objetivos bem definidos, e com a valorização dos colaboradores pelos integrantes da equipe e gestores, pois esta ação implica em uma associação direta com a diminuição dos eventos adversos e na qualidade da assistência[5].

DESCRITORES: Segurança do Paciente; Enfermagem; Doença Iatrogênica; Vigilância Epidemiológica.

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

Referências

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2916, de 12 de maio de 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html. Acesso em 09 de março de 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde (OMS). Infecção hospitalar. Disponível em: www.opas.org.br/sistema/fotos/hospitala1.PDF Acesso em: 09 de março de 2017.

Fermo VC, Radunz V, Rosa LM, Marinho MM. Patientsafetyculture in a bonemarrowtransplantationunit. RevBrasEnferm. 2015; 68(6):827-34. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680620i Acesso em 10 de março de 2017.

Duarte Sabrina da Costa Machado, StippMarluci Andrade Conceição, Silva Marcelle Miranda da, Oliveira Francimar Tinoco de. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2015 Feb; 68(1): 144-154. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120pAcesso em 18 de março de 2017.

Toso GL, Golle L, Magnago TSBS, Herr GEG, Loro MM, Aozane F, et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2016 dez; 37(4):e58662. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1983- 1447.2016.04.58662Acesso em 10 de março de 2017.

30.CORTISOL SALIVAR EM POLICIAIS MILITARES E A SUA RELAÇÃO COM AS DIMENSÕES DO ESTRESSE PSICOSSOCIAL E RESILIÊNCIA

SALIVAR CORTISOL IN MILITARY POLICIES AND ITS RELATIONSHIP WITH THE DIMENSIONS OF PSYCHOSOCIAL STRESS AND RESILIENCE

CORTISOL SALIVAL EN POLICÍA MILITAR Y SU RELACIÓN CON ESTRES DIMENSIONES PSICOSOCIALES Y LA RESILIENCIA

TAVARES, Juliana Petri[1];DAL PAI, Daiane[2]; GLANZNER, Cecília[3]

Introdução: Policiais militares constituem uma das categorias de trabalhadores com maior risco de morte e de exposição ao estresse. No caso específico dos policiais militares, o nível de estresse tem sido apontado como superior ao de outras categorias profissionais, devido à natureza das atividades realizadas, à estrutura hierárquica, à baixa remuneração e à sobrecarga de trabalho decorrente das relações internas à corporação[1]. Então, o estresse pode ser oriundo das altas demandas e esforços laborais e do baixo reconhecimento, que é materializado em baixa remuneração, condições de trabalho precárias, pouca valorização da sociedade e pouca autonomia sobre o trabalho. Um dos Modelos teóricos que avalia o estresse psicossocial é o Desequilíbrio Esforço-Recompensa (DER), o qual é usado para medir o nível de estresse psicossocial a que o trabalhador está exposto[2]. Dessa forma, uma pessoa com maior necessidade de controle responde de maneira inflexível às situações de trabalho que exigem muito esforço e oferecem baixa recompensa, acarretando estresse e predispondo ao adoecimento. O estresse psicossocial pode estimular os sistemas biológicos, ativando as respostas autonômicas, neuroendócrinas, imunes e inflamatórias pelo sistema nervoso central. Estes processos causam uma série de efeitos sobre diferentes sistemas do organismo, nos quais o comprometimento da função e alterações estruturais podem desencadear doenças orgânicas[2]. Dentre as alterações fisiológicas desencadeadas pelo estresse psicossocial está a liberação de cortisol, um hormônio glicocorticoide secretado e liberado pela suprarenal, como consequência da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), que tem a função de preparar o organismo para desafios fisiológicos ou ambientais, e é importante marcador biológico da resposta ao estresse[3]. Os níveis de cortisol salivar e o estresse psicossocial podem estar tanto associados a fatores organizacionais do trabalho quanto a aspectos individuais dos trabalhadores. Dentre os aspectos individuais destaca-se a resiliência, que é caracterizada por uma adaptação criativa e individual frente aos riscos e adversidades do cotidiano[4]. **OBJETIVO**: Analisar a relação entre nível de cortisol salivar, dimensões do estresse psicossocial e resiliência em policiais militares do Batalhão de Operações Especiais (BOE) da Polícia Militar de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Desenvolveu-se um estudo transversal, vinculado ao projeto intitulado “Impacto do

[1]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Medico-Cirúrgica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: jupetritavares@gmail.com
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Medico-Cirúrgica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Medico-Cirúrgica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

estresse e de técnicas de relaxamento na variabilidade da frequência cardíaca em policiais militares", que foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS sob o nº 19785. A amostra se constituiu de 134 policiais militares. Os dados foram coletados no período de junho de 2012 a julho de 2013, na sede do Batalhão de Operações Especiais, pela pesquisadora e coletadores acadêmicos de enfermagem previamente treinados. A escala do Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa (DER) e a escala de resiliência desenvolvida por Wagnild e Young[5] mensuraram o estresse psicossocial e a resiliência respectivamente. O desfecho foi o cortisol salivar, coletado em três amostras (ao acordar, 30 minutos após acordar e à noite) de cada policial. Utilizou-se a estatística descritiva e analítica para a análise dos dados. Foram utilizados os testes: t de Student, Mann-Whitney, ANOVA, Bonferroni, Kruskal-Wallis e Dunn bem como regressão linear múltipla, considerando estatisticamente significativo $p<0,05$. Realizou-se a análise fatorial das escalas de estresse e resiliência. Respeitaram-se os preceitos éticos de acordo com a Resolução 466/12 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). **Resultados:** Identificou-se que os policiais militares apresentavam idade mediana de 35 (29-43) anos, 11 (11-23) anos de estudo, 41% (18,5-51) de satisfação com o rendimento mensal e 6 (6-7) horas de sono diárias. Quanto à situação conjugal, o maior percentual possuía companheiro (100, 75,2%); 124 (92,5%) não eram tabagistas; 87 (64,9%) possuíam pouco tempo para lazer; 112 (83,6%) faziam uso de psicoestimulante diariamente, e houve 15 (11,2) com consumo de bebida alcoólica nas últimas 24 horas; 36 (26,9%) apresentavam problemas de saúde; 24 (17,9%) faziam uso de medicações. No que se refere ao setor de trabalho dos policiais militares, o maior percentual pertencia ao Choque (41,8%, n=56), seguido do Grupo de Operações Táticas Especiais (GATE) e administrativo, com os mesmos percentuais cada (20%, n=14,9), Patrulha Especial (PATRES) (16%, n=11,9), Canil (9%, n=12), Motociclistas (7,5%, n=10). O tempo de trabalho dos policiais militares na instituição apresentou uma mediana de 9 (4; 23) anos, e 7 (3-20) anos no setor. A mediana da carga horária semanal foi de 43 (40-50) horas, e 12 (8-12) horas diárias. O maior percentual dos policiais militares pertencia ao posto de soldado (70,7%, n=94), executava horas extras (72%, n=95), possuía tempo para descanso (82,8%, n=111), considerava o seu lugar de trabalho parcialmente organizado (60,4%, n=81), recebeu treinamento específico para a função no último ano (78,8%, n=104). Adicionalmente, 56 (41,8%) trabalhavam no período diurno e noturno, no regime de plantão de 24 horas de trabalho e 48 horas de descanso; 51 (38,3%) trabalhavam em outro lugar e 67 (50,4%) consideravam o número de pessoas na escala de trabalho insuficiente. O estresse psicossocial foi identificado em 17,2% dos policiais do BOE. Quando associado às dimensões do Modelo DER e escores de resiliência, observou-se correlação positiva entre escores fatoriais de Recompensa e resiliência ($r=0,380$; $p<0,001$) e negativa entre escores de esforço e resiliência ($r=-0,243$; $p=0,005$). No modelo final de regressão verificou-se que as variáveis pertencer ao Grupo de Operações Táticas Especiais (GATE) e pressão arterial diastólica explicaram 13,5% da variabilidade do cortisol ao acordar. Identificou-se que os setores GATE, Patrulha Especial da Tropa de Elite da Polícia Militar (PATRES) e Motociclistas explicaram 21,9% da variabilidade do cortisol de 30 minutos após acordar. As variáveis setor GATE e a Dimensão Esforço explicaram a variabilidade do cortisol Noite em 27,7%. **CONCLUSÃO:** A partir dos resultados deste estudo foi possível identificar a baixa prevalência de estresse psicossocial entre os policiais, embora alguns aspectos laborais estejam associados às alterações de cortisol salivar. Além disso, o setor GATE apresentou-se como o mais estressante, o que pode ter implicações sobre sua

saúde física e psíquica destes trabalhadores. Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para gestão da saúde destes trabalhadores, indicando as variáveis associadas ao estresse psicossocial, resiliência e cortisol salivar que necessitam de intervenções que visem à prevenção destes danos aos trabalhadores. Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para a proteção da saúde dos policiais militares. Nesse sentido, a enfermagem tem um papel fundamental alicerçado na prática da educação em saúde, na medida em que se propõe despertar a consciência crítica das pessoas e grupos sociais, envolvendo-os nos aspectos relacionados à sua saúde.

DESCRITORES: Saúde do trabalhador; Polícia; Estresse psicológico; Estresse fisiológico; Resiliência psicológica.

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

Referências

Souza ERS. et al. Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2012; 28(7):1297-1311.

Siegrist J. et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. Social Science & Medicine. 2004; 58(8):1483-1499.

Joca SRL, Padovan CM, Guimarães FS. Estresse, depressão e hipocampo. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2003; 25(supl. II): 46-51.

Wagnild GM. Young HM. Development and psychometric evaluation of resilience scale. Journal of Nursing Measurement. 1993; 1(2):165-178.

Cyrulnik B. O que é resiliência? In: POLETTI, R., DOBBS, B. A resiliência: a arte de dar a volta por cima. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

31.CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: TENDÊNCIAS TEMÁTICAS DAS PRODUÇÕES DE ENFERMAGEM

GROWTH AND CHILD DEVELOPMENT: THEMATIC TRENDS ON NURSING SCIENTIFIC PRODUCTION

CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL: TENDENCIAS TEMATICAS DE LA PRODUCIÓN DE LA ENFERMERÍA

FERREIRA, Tamiris[1]; PAULA, Cristiane Cardoso de[2]; CHERUBIM, Daiani Oliveira[3]; ZANON, Bruna Pase[4]; RIBEIRO, Aline Cammarano[5]; LANGENDORF, Tassiane Ferreira[6]; KLEINUBING, Raquel Einloft[7]; DIOGO, Emanuella Freitas[8]

Introdução: o crescimento e o desenvolvimento compreendem indicadores das adequadas condições de saúde da criança. O crescimento é considerado como aumento do tamanho corporal, que cessa com o término do aumento em altura. Avalia-se o crescimento infantil mediante a mensuração e acompanhamento das medidas antropométricas da criança, tais como: peso, estatura, perímetro cefálico e torácico, relacionando-os entre si.[1] Já o desenvolvimento é entendido como uma mudança e expansão gradual, refere-se a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais.[1] A importância do acompanhamento, com avaliação periódica, do crescimento e desenvolvimento infantil possibilita a detecção precoce de alterações, viabiliza as condutas em tempo hábil, e proporciona à criança oportunidades para um desenvolvimento adequado durante a infância, contribuindo para que suas potencialidades sejam desenvolvidas, de forma a refletir positivamente por toda a vida.[2] Compete ao profissional enfermeiro realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, o qual deve considerar os fatores que influenciam na saúde da criança, para além das questões biológicas, como seu contexto social, cultural e familiar, oferecendo uma atenção à saúde longitudinal e integral.[3] **Objetivos:** caracterizar e analisar as tendências das produções de Programas de Pós-graduação em Enfermagem acerca da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. **Método:** trata-se de uma revisão narrativa de literatura. As revisões narrativas são publicações amplas, 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.[4] Para o alcance do objetivo proposto utilizou-se a

[1] Enfermeira, mestranda em enfermagem do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Email: tamirisf26@hotmail.com
[2] Enfermeira, doutora, docente do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
[3] Enfermeira, mestranda em enfermagem do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
[4] Enfermeira, mestre, doutoranda em enfermagem do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, professora substituta do departamento de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
[5] Enfermeira, doutora, docente do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
[6] Enfermeira, doutora, pós-doutoranda em enfermagem do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, professora substituta do departamento de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
[7] Enfermeira, mestre, doutoranda em enfermagem do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
[8] Enfermeira. Pós-graduanda materno-infantil. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado a Saúde das Pessoas Famílias e Sociedade.

seguinte questão de pesquisa: o que tem sido produzido nos Programas de Pós-graduação em Enfermagem referente à avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil? A busca ocorreu em junho de 2016 no Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) utilizando os catálogos dos anos de 2001 a 2014, no índice de assuntos, com as seguintes palavras: "criança", "crianças", "saúde da criança", "enfermagem pediátrica", "crescimento", e "desenvolvimento infantil". Como critérios de inclusão: dissertação ou tese da área de concentração da Enfermagem que abordassem a temática, pesquisas de campo e com Resumo na íntegra. E critérios de exclusão: produções que não respondessem a questão de pesquisa, revisões de literatura, e Resumos incompletos. Após a leitura dos títulos e Resumos e aplicação dos critérios de inclusão foram selecionadas 62 produções para a análise. Foi elaborada e utilizada uma ficha documental para extração dos dados contendo referência, tipo (tese ou dissertação), ano, origem, participantes, cenário, objetivo, abordagem e principais resultados e conclusões. Utilizou-se frequência absoluta e relativa para a apresentação da caracterização das produções. A tendência refere-se às contribuições e/ou recomendações que intencionam os estudos, foi avaliada e classificada em quatro categorias temáticas pré-estabelecidas, sendo elas: prevenção, assistência, proteção e vigilância.[5] **Resultados:** obteve-se 53 dissertações (85,5%) e nove teses (14,5%). A distribuição quanto ao ano de publicação tem-se: quatro produções no ano de 2001 (6,5%), duas produções em 2002 (3,2%), oito produções em 2003 (12,9%), quatro produções em 2004 (6,5%), três produções em 2005 (4,8%), seis produções em 2006 (9,7%), e seis produções em 2007(9,7%), três produções em 2008 (4,8%), cinco produções em 2009 (8,1%), quatro produções em 2010 (6,5%), três produções em 2011 (4,8%), nove produções em 2012 (14,5%), duas produções em 2012 (3,2%) e três produções em 2014 (4,8%). Quanto à origem das produções, a Universidade de São Paulo teve 23 produções (37,3%), seguida da Universidade Federal do Ceará com nove produções (14,5%), Universidade Federal de Minas Gerais com oito produções (12,9%), Universidade Federal de Pernambuco com quatro produções (6,5%), Universidade Federal da Paraíba, Universidade Estadual de Maringá e Universidade Federal do Rio Grande ambas com três produções (4,8%), Universidade Federal do Rio de Janeiro com duas produções (3,2%), outras sete universidades obtiveram apenas uma produção cada. Relacionando as instituições de ensino superior com cada região brasileira, verificou-se que, a região Sudeste concentrou o maior número de produções, com 36 publicações (58,1%), seguida da região Nordeste com 18 publicações (29%), região Sul com sete publicações (11,3%), e região Centro-Oeste com uma publicação (1,6%), a região Norte não obteve nenhuma publicação. Os serviços de atenção primária à saúde apresentaram-se como cenário em 17 produções (27,4%), seguido do ambiente escolar (escola ou creche) com 14 produções (22,5%), o domicílio com seis produções (9,7%), o hospital, programas/centro, município/cidade e área/região com cinco produções respectivamente (8,1%), serviço de atendimento especializado e comunidade ambos com duas produções (3,2%), e em aldeia indígena uma produção (1,6%). Em 27 produções os participantes foram as crianças (43,5%), 11 produções criança e o familiar/responsável (17,8%), sete produções crianças e adolescentes (11,3%), seis produções profissionais de saúde e ou enfermeiros (9,7%), cinco produções o responsável/familiar (8,1%), três os profissionais de saúde e o responsável pela criança (4,8%), dois os funcionários de creches e as crianças (3,2%), e um a família e criança ou adolescente (1,6%). Quanto à abordagem metodológica, 48 produções tiveram abordagem quantitativa (77,4%), 12 abordagem qualitativa (19,4%) e duas abordagem quanti-qualitativa (3,2%). No que tange aos

assuntos abordados nas produções, a grande maioria delas esteve relacionada aos aspectos nutricionais (alimentação, déficits vitamínicos, sobrepeso e amamentação) com 26 produções (42%), seguido de assuntos relacionados à consulta de enfermagem, assistência e acompanhamento com nove produções (14,5%), cinco produções falaram de desenvolvimento motor e desenvolvimento psicológico respectivamente (8,1%), três que abordaram o desenvolvimento auditivo e calendário vacinal respectivamente (4,8%). Os demais assuntos (tratamento para verminoses, diabetes, sexualidade, desenvolvimento cognitivo, hipertensão, diarreia, questões sociais, acidentes infantis e cuidados no domicílio) apresentaram-se uma única vez (1,6% cada). Quanto às tendências temáticas, 23 produções tiveram tendência para assistência (37,1%), 18 produções para a prevenção (29%), seis para proteção (9,7%) e quatro para vigilância (6,5%). Em 11 produções (17,7%) não foi possível identificar a tendência, pois, os Resumos limitaram-se aos resultados, impossibilitando definir na conclusão quais foram às contribuições e/ou recomendações que intencionaram cada estudo. As temáticas na tendência assistência foram: importância de vínculo para o cuidado integral e humanizado, o acompanhamento auditivo em crianças com HIV, busca ativa e monitoração da cobertura vacinal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento pelo enfermeiro, abordagem do enfermeiro com relação aos aspectos que ultrapassam o modelo biológico, múltiplos profissionais de saúde no acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento, o acompanhamento contínuo de usuários com excesso de peso, transformação das práticas dos enfermeiros, acompanhamento e estratégias de cuidado para crianças e adolescentes com HIV, instrumento de detecção de déficit motor, intervenções de enfermagem, práticas de enfermagem para o tratamento de distúrbios nutricionais, acompanhamento do crescimento que possibilite melhor prognóstico, acompanhamento de criança com muito baixo peso ao nascer, assistência psicológica a crianças obesas, atividades cotidianas desenvolvidas pelo enfermeiro de estratégia de saúde da família, acompanhamento da situação nutricional de crianças com anemia, registros do enfermeiro na puericultura, diagnóstico da obesidade, a necessidade do enfermeiro planejar, programar e executar atividades assistenciais, e recomendações para a prática profissional. As temáticas na tendência prevenção foram: detecção precoce para prevenção da obesidade infantil, atividades na escola para adoção de hábitos alimentares saudáveis, detecção precoce da alteração da pressão arterial, prevenção de deficiências na infância, atividades destinadas a prevenir e controlar o processo de violência sexual, implementação e adoção de ações efetivas para prevenção e controle da anemia, monitoração rotineira da pressão arterial, promoção de informações e orientações para atentar a detecção de possíveis alterações no desenvolvimento infantil, promoção de conhecimento aos cuidadores de creches acerca do processo saúde e doença e quanto a anemia, ações de promoção à saúde no ambiente escolar sobre a situação nutricional, atividades educativas para prevenção de diarreia, atenção para possíveis vulnerabilidades das crianças filhos de alcoolistas, e detecção precoce de perda auditiva. As temáticas na proteção foram: expansão da estratégia governamental para controle da deficiência de vitamina A, melhorias na operacionalização do Programa Nacional de Suplementação de Ferro, ações governamentais para controle da esquistossomose, replanejamento da política do Projeto Ser Saudável, aumento do quadro de funcionárias e melhoras na área física da instituição, e o acesso à unidade de saúde. As temáticas para a vigilância foram: vigilância de cobertura vacinal e hospitalizações infantis, helmintoses intestinais, desnutrição e déficits cognitivos em populações endêmicas, monitoramento dos indicadores de Aleitamento Materno e Aleitamento Materno e Aleitamento Materno Exclusivo.

Conclusões: observou-se um aumento da produção acadêmica em enfermagem voltada as questões nutricionais na infância, principalmente dissertações com abordagem quantitativa e os serviços de atenção primária ou ambiente escolar como cenário de estudo. A tendência temática assistência destacou o enfoque principalmente, para o acompanhamento, diagnóstico ou tratamento de questões que envolvem ou interferem no crescimento e desenvolvimento infantil; seguido da tendência prevenção com enfoque em ações de prevenção, detecção precoce e promoção da saúde à população infantil. Por fim, foi possível obter um panorama das produções existentes nos catálogos durante o período analisado, o que suscita a necessidade de investimentos em novas pesquisas principalmente acerca dos assuntos e temáticas que apareceram em menor frequência nas produções visando novos apontamentos no campo da saúde infantil.

PALAVRAS-CHAVE: enfermagem; saúde da criança; crescimento; desenvolvimento infantil.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

2. Organização Pan-americana da Saúde. Manual do Desenvolvimento Infantil no Contexto do AIDPI. Washington: OPAS, 2005.

3. Falbo BCP, Andrade RD, Furtado MCC, Mello DF. Estímulo ao desenvolvimento infantil:

produção do conhecimento em Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2012 Jan/Fev; 65(1):148-54.

4. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. [Editorial]. Acta Paul Enferm. 2007; 20(2).

5. Paula CC, Cabral IE, Souza IEO, Brum CN, Silva CB, Padoin SMM. HIV/AIDS in childhood and adolescence. Trends in Brazilian scientific production. Invest Educ Enferm. 2013; 31(2): 277-86.

32.CRIANÇA/ADOLESCENTE COM PARALISIA CEREBRAL: COMPREENDENDO O SEU MODO DE SER NO MUNDO

CHILD/ADOLESCENT WITH CEREBRAL PARALYSIS: UNDERSTANDING YOUR WAY OF BEING IN THE WORLD

NIÑO/ADOLESCENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL: ENTENDER SU MANERA DE SER EN EL MUNDO

MILBRATH, Viviane Marten[1];MOTTA, Maria da Graça Corso[2] ;FREITAG, Vera Lucia[3]; GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi[4]

Introdução: Descrever o mundo fenomenologicamente significa mostrar como ocorre a fixação do ser dentro do mundo, ou seja,"'mundanidade' é um conceito ontológico e significa a estrutura de um momento constitutivo do ser-no-mundo"[1]. Considera-se que a construçãodo ser inicia-se como um projeto de futuro, antes da concepção, no imaginário dos pais. Com o nascimento o ser manifesta-se como pre-sença expressa como corpo. Por meio da corporeidade vão se tecendo as relações que constituem o ser. A partir dessa tessitura das relações constitui-se a corporeidade, ou seja, o ser se estabelece no mundo na relação com o outro. A criança, ao se relacionar com os pais e depois com outros ambientes sociais, vai se constituindo, construindo sua identidade e sua autoimagem. Cada relação que a criança estabelece exerce determinada influência na sua forma de ser-no-mundo. Isso provavelmente ocorra porque "a própria mundanidade pode modificar-se e transformar-se, cada vez, no conjunto de estruturas de 'mundos' particulares, embora inclua em si o a *priori* da mundanidade em geral"[1]. O modo de ser-no-mundo não é uma construção estática; indica o movimento do acontecer da história vivida por cada ser no decorrer de sua existência como ser-aí, como presença[2]. **Objetivo**: Compreendendo o modo de ser criança/adolescente no mundo com paralisia cerebral. **Metodologia**: Este trabalho é um recorte da tese de doutorado "Criança/adolescente com paralisia cerebral: compreensões do seu modo de ser-no-mundo". Pesquisa qualitativa, com abordagem fenomenológica/hermenêutica realizada em uma cidade no extremo sul do Brasil, entre os mesesde outubro de 2011 a junho 2012, com a participação de 11 crianças/adolescentes com paralisia cerebral. Os critérios de inclusão foram ser criança ou do adolescente com diagnóstico de paralisia cerebral com idade entre sete e 19 anos, e que frequentavam as três Instituições: o Centro de Apoio, Pesquisas e Tecnologias para Aprendizagem; Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais; Projeto Carinho, o Segundo Tempo do Núcleo de Estudos em Atividades Física Adaptada da Universidade Federal de Pelotas. Para coleta das informações foram utilizadas a observação participante e entrevista fenomenológica com as famílias, agendadas no domicílio dos participantes. A observação participante ocorreu antes da entrevista, tendo como contexto, diferentes locais, considerando-se o dia-a-dia da criança e do

[1]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas/RS – Brasil. E-mail: vivianemarten@hotmail.com
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre/RS – Brasil.
[3] Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre/RS – Brasil.
[4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas/RS – Brasil.

adolescente e de sua família. As crianças e os adolescentes foram observados em atividades diárias, como atividades recreativas, educativas e de cuidado. As informações foram interpretadas por meio da abordagem hermenêutica de Ricoeur[3], sendo que esta trata da compreensão e da interpretação como processo epistemológico e ontológico. Aprovado sob o número 329/2011 pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, segundo a Resolução nº466/12. **Resultados e Discussões**: Nessa perspectiva de mundo, busca-se a compreensão do ser criança/adolescente com paralisia cerebral sobre o seu mundo vivido, na sua cotidianidade. O ser criança/adolescente, em seu cotidiano, promulga quem/como é, e o que ele é[2]. Algumas crianças/adolescentes quando questionadas sobre o seu dia-a-dia revelaram sua agenda com muitos compromissos e terapias, como brincar, ir à escola, ir ao balé, fazer fisioterapia, ecoterapia, ir à piscina. Com os resultados é possível perceber que essas crianças/adolescentes mantêm uma série de atividades. Muitas vezes, em decorrência da correria do mundo atual pode-se perceber crianças sobrecarregadas de compromissos que não possuem tempo para serem crianças, ou seja, para brincar. As crianças/adolescentes com paralisia cerebral possuem uma gama de terapias e tratamentos que necessitam realizar diariamente[4]. Existe a necessidade constante da realização dessas atividades por parte das crianças/adolescentes com paralisia cerebral, o que as leva ao cumprimento dessa gama de atividades é um motivo distinto daquele que leva as crianças que têm o dito desenvolvimento dentro do esperado, porque o prejuízo na qualidade de vida é diferente quando se compara, por exemplo, não fazer aula de inglês com o não realizar fisioterapia motora. Mesmo assim, as crianças/adolescentes com paralisia cerebral sofrem a mesma pressão ou uma pressão maior ainda da sociedade para atingir determinado padrão (estipulado), pois necessita realizar um esforço muito maior para conseguir, por exemplo, ingressar no mercado de trabalho. Cabe ressaltar que pesquisas têm comprovado que a família pode ser um obstáculo ou um facilitador no processo de aquisição de novas habilidades por parte das crianças em especial as crianças com Paralisia Cerebral[4,5]. Em relação as atividades algumas crianças/adolescentes dizem sentir-se cansadas**.** É possível perceber, além do cansaço que referem sentir em decorrência da sobrecarga de afazeres, afirmam ainda que não são compreendidas como limitações que impossibilitem o viver do dia-a-dia. As necessidades especiais que possuem estão agregadas ao seu ser, ou seja, constituem sua condição existencial que em nenhum momento as percebem como limitações para o seu existir no mundo. A mãe, ao suprir as necessidades da criança/adolescente, como escovar os dentes, lavar o rosto, dificultada pela descoordenação motora, torna-se intimamente próxima ao seu mundo circundante. A criança/adolescente a considera, em alguns momentos, uma extensão da sua própria presença, não sentindo a necessidade de falar o nós, de falar que existe a presença materna naquela determinada ocupação. Segundo Heidegger, a presença "encontra, de saída, "a si mesma" naquilo que ela empreende, usa, espera, resguarda – no que está imediatamente à mão no mundo circundante, em sua ocupação"[1]. As pesquisas tem comprovado que a mãe é identificada como a principal cuidadora da criança/adolescente com paralisia cerebral e de crianças com outros tipos de necessidades especiais de saúde[5]. A Mãe é percebida como extensão da sua corporeidade, a relação entre essa díade é tão acirrada/forte que em alguns momentos o jovem não consegue diferenciar-se de sua mãe. Cabe salientar que o desempenho das atividades de vida diária como banho, vestir-se, arrumar-se, alimentação, uso do banheiro, higiene oral e comunicação, geralmente são referidas como dificuldades vivenciadas no dia-a-dia pelos familiares e até pelas crianças com paralisia cerebral[4]. Outro ponto que merece destaque é que as

crianças/adolescente com paralisia cerebral compreendem-se como seres humanos saudáveis, que vivenciam uma determinada condição existencial que lhes confere limitações e potencialidades. As crianças/adolescentes ao descreverem seu cotidiano (cotidianidade) percebem-se de forma "completa" inserindo-se em diversos ambientes sociais. As relações sociais estabelecidas na escola, clube, igreja contribuem para o desenvolvimento infantil, e mesmo que esses ambientes sejam relevantes a família é considerada o ambiente que traz as implicações mais significativas[4]. A inserção da criança/adolescente na sociedade pode ser prejudicada quando ela possui uma necessidade especial que lhe cause dano motor ou cognitivo. Nesse sentido, a família pode ser um instrumento decisivo na inclusão social da criança. Dentre os ambientes sociais considerados capazes de contribuir para o desenvolvimento infantil está a escola que, do mesmo modo que a família é considerada local formador de pensamentos e de ajustes psicossociais e espirituais[4]. A formação de grupos é uma característica importante no processo de adolescer. Essa interação entre os pares auxilia a busca da autoafirmação da identidade e exercita a interação social. Destaca-se, também, a responsabilidade das famílias de proporcionar oestabelecimento de relações com outras pessoas que não fazem parte do seu núcleo[2]. Os autores dizem que as crianças/adolescentes com necessidades especiais, por possuírem limitações, por vezes apresentam dificuldade de se separar dos pais e fazer amigos. Entretanto, as crianças/adolescentes deste estudo relatam interagir, muito bem, com seus pares. **Conclusões**: As crianças/adolescentes com paralisia cerebral confirmam, em seus depoimentos, que compreendem sua condição existencial, percebendo-se como um ser com limites e possibilidades existenciais. Ao mesmo tempo, elas demonstram a adoção de uma atitude autêntica frente à facticidade de existir com paralisia cerebral. Manifestam-se como seres autênticos que não se deixam levar pelos falatórios discriminativos com que se depara em seu cotidiano.

DESCRITORES: Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Paralisia Cerebral; Cuidado de Enfermagem.

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Heidegger M. **Ser e tempo**. 13ª ed. Petrópolis: Vozes, 2005a. parte 1.

2. Paula CC, Cabral IE, Souza IE. O. O cotidiano do ser-adolescente com AIDS: movimento ou momento existencial? **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro. 13(3): 632-639, 2009.

3. Ricoeur, P. **O conflito das interpretações: ensaios de hermenêutica**. Rio de Janeiro: Imago, 1978.

4. Milbrath VM. **Criança/adolescente com paralisia cerebral: compreensões do seu modo de ser no mundo**. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013.

5. Neves ET, Cabral IE. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis. 17(3): 552-560, 2008.

33.CUIDADO FAMILIAL ÀS CRIANÇAS QUE VIVEM COM HIV: REVISÃO DA LITERATURA

FAMILY CARE FOR CHILDREN LIVING WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS: LITERATURE REVIEW

CUIDADO FAMILIAR A LOS NIÑOS QUE VIVEN CON EL VIH: REVISIÓN DE LA LITERATURA

SILVA, Fernanda Severo da[1]; TOEBE, Thayla Rafaella Pasa[2]; HAUSEN, Camila Freitas[3]; MUTTI, Cíntia[4]; PAULA, Cristiane Cardoso de[5]

Introdução: No Brasil, desde o início da epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), na década de 80, até 2016 foram registrados 16.381 casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em crianças menores de 13 anos. Apenas em 2016 foram notificadas 152 crianças menores de cinco anos com AIDS, para cada 100 mil habitantes[1]. Após três décadas do início da epidemia percebem-se modificações no perfil da população acometida. Os sucessos decorrentes da prevenção da transmissão vertical levaram a uma redução de novos casos da doença em crianças, porém apresentou estabilização somente nos últimos anos[2]. Por meio dos avanços da Terapia Antirretroviral (TARV) a AIDS se tornou uma doença crônica e controlável[2], porém ainda exige que essas crianças mantenham acompanhamento permanente nos serviços de saúde e cuidados domiciliares. Partir dessa realidade a família exerce papel fundamental no cuidado a essas crianças. Segundo Elsen[3], a família é um sistema de saúde para seus membros, onde ocorre todo o processo de cuidado, tomando as iniciativas necessárias diante das situações de doença, supervisiona, avalia e busca ajuda, estando continuamente disponível para cuidar. O cuidado familial realiza-se nas interações entre os membros que constituem um grupo familiar, visando o seu crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar, realização pessoal, inserção e contribuição. Os membros da família possuem relação consanguínea, de adoção, interesse ou afetividade. A família possui e transfere crenças, valores e conhecimentos provenientes da sua cultura e nível socioeconômico[3]. **Objetivo:** Analisar as produções científicas disponíveis acerca do cuidado familial prestado às crianças que vivem com HIV. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, realizada para a Disciplina Complementar de Graduação (DCG) "Seminário de integração: temas da saúde da mulher, do adolescente e da criança", ofertada pelo curso de enfermagem da UFSM. Para iniciar a busca bibliográfica, delimitou-se a questão orientadora: "Como é realizado o cuidado familial às crianças que vivem com HIV?". Buscaram-se produções na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Utilizando-se, como estratégia de busca, a combinação das palavras "saude da crianca" *or* "crianca" *and* "hiv" *or* "aids" *and* "família" *or* "cuidadores". O levantamento dos dados ocorreu no mês de outubro de 2016. O critério de inclusão foi artigos que respondessem a questão orientadora da

[1]Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: feh.severo@hotmail.com.
[2]Acadêmica de Enfermagem na UFSM.
[3]Acadêmica de Enfermagem na UFSM.
[4]Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Professora no Departamento de Enfermagem na Universidade Federal do Tocantins (UFT).
[5]Enfermeira. Drª Profª no Departamento de Enfermagem na UFSM.

revisão. Os critérios de exclusão foram: estudos não disponíveis na íntegra online sem acesso gratuito, estudos que não fossem dos idiomas inglês, português ou espanhol, estudos que não fossem artigos ou pesquisa. Primeiramente, foram identificados 151 artigos. Realizada leitura dos títulos e Resumos, aplicando os critérios de exclusão. Desses foram excluídos 12 por não serem artigos, 34 por não serem pesquisas, 82 por não responderam a questão de pesquisa e nenhum artigo excluído por não ser dos idiomas desejados. Foram selecionados 23 artigos para análise na íntegra. Dos 23 elegidos para análise na íntegra 08 foram excluídos por não responderam a questão de pesquisa e 02 por não estar disponível online e gratuito. O corpus da revisão contou com 13 artigos. **Resultados e Discussão:** Dos 13 artigos incluídos na revisão, a distribuição temporal foi de 2005 a 2016, sendo o número de publicações mais expressivo no ano de 2012. Quanto à abordagem metodológica 11 dos artigos são de abordagem qualitativa e 02 quantitativa. Em relação à procedência 11 são do Brasil, 01 da Argentina e 01 da Colômbia. A área de conhecimento com maior número de publicações foi a Enfermagem, totalizando 05 artigos, seguida por 04 da área multidisciplinar, 01 da Medicina e 01 da Psicologia. Mediante aos estudos analisados foi possível identificar que o cuidado familial é realizado principalmente por meio dos cuidados com a terapia antirretroviral, com a revelação de diagnóstico, prevenção de doenças oportunistas e proteção contra o estigma, tornando esses as categorias da revisão. **Cuidados com a realização da terapia antirretroviral:** Os familiares consideram a realização da TARV importante, sendo que eles apresentam responsabilidade na administração dos medicamentos, fator fundamental para adesão ao tratamento. Essa administração implica no aprendizado de novas habilidades que passarão a fazer parte da rotina diária dessas pessoas. A recusa da ingestão dos medicamentos e os efeitos adversos foram fatores que apareceram como dificultadores para adesão a TARV, porém esses dificultadores criaram nos cuidadores a capacidade de formular estratégias para enfrentar os empecilhos. **Cuidados com a revelação de diagnóstico:** a revelação de diagnóstico mostra-se como algo complexo para os cuidadores e muitos buscam por momentos considerados adequados para a revelação, pois apresentam receio em relação as atitudes que as crianças poderão apresentar. Muitos justificam o ocultamento da soropositividade por causa da imaturidade das crianças, como também apontam a necessidade de revelar em função de explicar o porquê do uso dos medicamentos e das consultas frequentes. **Cuidados para prevenção de doenças oportunistas:** esse cuidado inclui atitudes dos cuidadores que envolve evitar a exposição das crianças a riscos nas atividades em que elas realizam, como em brincadeiras, exposição a ambientes que podem ser facilitadores para aquisição de doenças oportunistas e também cuidados empregados em relação a alimentação fornecida para as crianças. Tudo isso devido ao comprometimento do sistema imunológico que essas crianças podem vir a apresentar. **Cuidados de proteção contra o estigma:** incluem algumas medidas como evitar que a administração dos medicamentos seja observada por outras pessoas, o impedimento dessas crianças de frequentarem escolas e não revelação do diagnóstico do HIV. Sendo essas medidas todas realizadas com intenção de evitar sofrimento pelo estigma existente para com as pessoas soropositivas. **Considerações finais:** Os familiares/cuidadores mostram-se responsáveis quanto ao tratamento das crianças, modificam suas rotinas e desenvolvem estratégias frente a empecilhos. Também dispensam a essas crianças um cuidado aumentado em relação possibilidade do desenvolvimento de patologias, uma vez que as crianças portadoras do HIV podem apresentar uma baixa no sistema imunológico, tornando as mais vulneráveis a complicações. Outros dois pontos do cuidado e que se mostram complexos são a revelação do diagnóstico, que perpassa a

dificuldade dos pais em contarem para a criança como também a imaturidade para receber tal informação. Como a proteção que eles realizam em relação ao estigma que essas crianças possam vir a sofrer, pois o fato de imaginarem a exposição da criança ao preconceito causa nesses cuidadores sentimentos como receio e medo. Todos esses pontos fazem parte do cuidado familial prestado as crianças que vivem com HIV. Percebe-se que os familiares/cuidadores desenvolvem uma reorganização ao seu cotidiano para oferecerem um cuidado adequado a essas crianças e garantir a elas uma boa qualidade de vida. Os estudos analisados permitiram destacar que o cuidado mais citado e visto como prioridade pelos familiares/cuidadores é o cuidado com a administração dos antirretrovirais. Ressalta-se a importância dessa temática para a enfermagem, pois cabe ao profissional de saúde fortalecer e apoiar a família na prestação dos cuidados a criança, e realizar práticas de educação em saúde, a fim de qualificar esse cuidado.

DESCRITORES: Saúde da Criança; HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Família.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico Aids e DST 2016. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

3. Elsen I; De Souza A; Marcon S. Enfermagem à Família: dimensões e perspectivas. 1ª edição. Manringá: Eduem; 2011.

34.CUIDADOR FAMILIAR CUIDANDO NO DOMICÍLIO: UMA REVISÃO NARRATIVA

FAMILY CAREGIVER CARING FOR THE HOME: A NARRATIVE REVIEW

LOS CUIDADORES FAMILIARES QUE CUIDAN EN CASA: UNA REVISIÓN NARRATIVA

COPPETTI, Larissa de Carli[1]; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira[2];ANDOLHE, Rafaela[3] ;GOMES, Joseila Sonego[4]; DALMOLIN, Angélica[5];OBEM, Marielle Kulakowski[6]

Introdução: A transição do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira ocasiona o aumento da ocorrência de doenças crônico-degenerativas, que por sua vez, vem acompanhadas de maior risco de complicações e altos níveis de dependência. Nesse contexto, emerge a necessidade de modalidades de atendimento voltadas as demandas de cuidados exigidos pelas pessoas portadoras de doenças incapacitantes, as quais são dependentes de suporte/apoio de profissionais ou cuidadores(1). Com isso, destaca-se o cuidado domiciliar, que tem como finalidade a atenção e o suporte as pessoas dependentes além de fornecer melhor qualidade de vida aos pacientes, a medida em que esses se encontram em um ambiente familiar, considerado acolhedor e agradável. Considera-se o cuidado domiciliar um fator importante para a diminuição do tempo médio de internação hospitalar, para a redução do número de internações e consequentemente dos custos necessários para a atenção em saúde. Diante disso, existe uma tendência crescente para a diminuição do tempo de permanência hospitalar e a transferência dos cuidados ao domicílio, delegando tal responsabilidade para as famílias. Quando se faz menção ao termo cuidador, faz-se referência a uma pessoa da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de assistência por apresentar limitações físicas ou mentais(2). O cuidado no domicílio requer da pessoa que cuida paciência, tempo(2), como também alguns conhecimentos básicos e habilidades inerentes ao processo de cuidar(3). Mediante isto, com a necessidade de ampliar o conhecimento na temática, elencou-se como **objetivo:** Compreender como ocorre o cuidado no domicílio sob a ótica do cuidador familiar. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão da literatura com abordagem narrativa, na qual utilizou-se como questão norteadora "Como acontece o cuidado no domicílio sob a ótica do cuidador familiar?". A busca foi realizada no mês de maio de 2016, na base de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os DESCRITORES utilizados para organizar a estratégia de busca foram obtidos junto as DeCs (DESCRITORES em Ciências da Saúde) e foram constituídos de: ("cuidadores" OR "familiares" OR "cuidador" OR "família")[Descritor de assunto] AND ("Assistência Domiciliária"

[1]Enfermeira. Especialista em UTI Coronariana e Hemodinâmica. Mestranda no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – PPGENF/UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. Email: lari_decarli@hotmail.com

[2]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - PPGEnf/UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.

[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - PPGEnf/UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.

[4] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria –PPGENF/UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.

[5] Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – PPGENF/UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.

[6] Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – PPGENF/UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.

OR “Assistência Domiciliar aos Idosos” OR “Cuidados Domiciliares de Saúde” OR “Assistência Domiciliar por não Profissionais de Saúde” OR "paciente domiciliar" OR “Pacientes de Resguardo em Casa” OR “Pacientes Retidos em Casa” OR “Pessoas com Incapacidades Temporárias” OR “Pessoas em Tratamento Domiciliar” OR “Pessoas Confinadas em Domicílio” OR “Pessoas Confinadas no Lar”)[Palavras]. Ressalta-se que a seleção foi restrita a estudos com humanos. Utilizou-se como critérios de inclusão: artigos originais, disponíveis na integra gratuitamente nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem o cuidado no domicílio por cuidador familiar de paciente dependentes. Foram excluídos estudos que abordassem crianças e adolescentes, cuidados por profissionais de saúde ou cuidados desenvolvidos no âmbito hospitalar. Foram encontrados 169 artigos, sendo que a seleção dos mesmos foi realizada por dois avaliadores por meio da leitura dos títulos recuperados na base de dados e posteriormente dos Resumos. Todos os resultados foram avaliados de forma independente conforme os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para o estudo. Os artigos discordantes foram discutidos entre os avaliadores e concluiu-se o julgamento, selecionando-se assim, 30 artigos com relevância para o estudo. **Resultados:** As pesquisas apresentaram como características principais o predomínio da abordagem qualitativa em relação à quantitativa e ao método misto quantiqualitativo. Quanto à procedência, todas foram desenvolvidas no Brasil, sendo o maior número de publicações no ano de 2009 com sete estudos, seguido de 2005 com cinco, 2006 com quatro, 2011 com três, 2000, 2002, 2007 e 2012 com dois em cada ano e 2004, 2008 e 2014 com um estudo cada. Constatou-se que a definição de quem assume o cuidado do familiar no domicílio se dá pela opção pessoal, principalmente quando envolve vínculo afetivo, ou pelas circunstâncias impostas, como o fato de ser a única pessoa disponível para assumir esta função. Este cuidador que deverá desempenhar as atividades no domicílio necessita ser dotado de algumas características e potencialidades, como força de vontade, paciência, atenção, disponibilidade para o outro, dedicação, comprometimento, afinidade e amor pelo ato de cuidar e pelo familiar a ser cuidado. As ações mais significativas desenvolvidas pelos cuidadores estão relacionadas as atividades diárias, sendo elas higiene, medicação, alimentação, cuidados com a casa e roupas, realização de curativos, acompanhamento nas consultas médicas, e movimentação do familiar dependente. O cuidar é referido por alguns cuidadores como uma benção, uma missão muito importante que gera sentimentos de felicidade, prazer, satisfação, no qual se sentem úteis e privilegiadas por cuidar. Em contrapartida, alguns referem que o cuidado se caracteriza como uma obrigação e gera sentimentos de apreensão, sobrecarga, estresse, cansaço, preocupação, desânimo e tristeza, o que por vezes pode estar relacionado à falta de reconhecimento e valorização do cuidado prestado, bem como, alterações no cotidiano, na autoestima e na privação de sua liberdade. Como principais dificuldades no cuidar, destaca-se a falta de recursos financeiros, recursos materiais para o cuidado, o desenvolvimento das atividades que exigem esforço físico, bem como algumas atividades diárias, como higienes, mobilidade, alimentação e a estrutura física inadequada. Grande parte dos cuidadores não receberam nenhuma informação de como conduzir o cuidado no domicilio, evidenciando a falta de preparo dos mesmos, o descompromisso dos profissionais da saúde com os cuidadores, com a continuidade do cuidado, e evidenciando a falta de redes de suporte necessários para o desfecho positivo do cuidado domiciliar. A falta de conhecimentos provoca sentimentos negativos nestes cuidadores como medo, aflição, angústia, e insegurança para desenvolver as tarefas do cuidar. Evidenciou-se que os cuidadores aprenderam a cuidar no seu cotidiano, por meio de experiências próprias, e também com base na observação das

ações dos profissionais de enfermagem que atuaram junto a seu familiar nos momentos de internação. Cada cuidador desenvolve estratégias de acordo com as necessidades emergentes e que facilitem o cuidado e melhorem a qualidade de vida do familiar. Neste sentido, os familiares sentem necessidade de aprender com os profissionais sobre os cuidados e obter informações sobre a doença, bem como ensinamentos básicos para desempenhar as atividades no domicilio. **Conclusões**: Este estudo possibilitou conhecer os aspectos envolvidos no cuidado domiciliar pela ótica dos cuidadores. As ações, sentimentos, dificuldades e necessidades que abrangem o cotidiano de cuidados no domicílio, devem ser levados em considerações no momento da preparação da família que virá a ser cuidadora, com vistas a prepará-la e instrumentalizá-la para o desenvolvimento de um cuidado seguro e com qualidade.

DESCRITORES: Assistência domiciliar; Cuidadores; Enfermagem.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

Santos LR, Leon CGRMP, Funghetto SS. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. Ciência & Saúde Coletiva, 2011. 16 (Supl.1):855-63.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

Landeiro MJL, Peres HHC, Martins T. Avaliação das necessidades informacionais dos cuidadores domiciliares. Rev Enferm UFSM, jul/set 2015. 5(3):486-98.

35.UIDADOS DE ENFERMAGEM À PACIENTE COM SÍNDROME DE FOURNIER:RELATO DE EXPERIÊNCIA

NURSING CARE TO PACIENT WITH FOURNIER'S SYNDROM: AN EXPERIENCE REPORT

ENFERMERÍA CUIDADO A PACIENTE CON FOURNIER SÍNDROME: UN RELATO DE EXPERIENCIA

KÖNIG, Dienifer Farias[1]; FRANZMANN, Suélen Pereira[2] ; FASOLIN, Carol Salvador[3]; MELLER, Tiago Rafael da Silveira[4]; ROSANELLI, Cleci Lourdes Schmidt Piovesan[5]; SALBEGO, Cléton[6]

Introdução: A Gangrena de Fournier é uma fasciíte necrosante polimicrobial que envolve o períneo e/ou genitália externa com sinergismo para parede abdominal. O gerenciamento do tratamento envolve desbridamento cirúrgico urgente que geralmente precisam ser repetidos, além da monitorização da possibilidade de complicações que podem levar a escrotectomia total e, menos comumente a penectomia e colostomia.[1] Fournier descreveu três aspectos fundamentais do quadro: início abrupto em homens jovens saudáveis, rápida progressão e ausência de agente causador específico. Apesar do tratamento cirúrgico imediato a mortalidade permanece elevada, alcançando em alguns estudos 30% a 50%, aumentando para até 80% em diabéticos e idosos.[2] Em função da baixa incidência, há uma diversidade terapêutica e carência de parâmetros definidos para caracterizar fatores associados e extensão anatômica do processo infeccioso, o que tem gerado muitas divergências.[3] O papel do enfermeiro no caso de pacientes com Gangrena de fournier é planejar e implementar cuidados adequados ao paciente[4] buscando incluir a família no processo de aprendizagem e cuidado do indivíduo portador da doença. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem frente aos cuidados a um paciente com diagnóstico de Síndrome de Fournier em ambiente hospitalar. **Metodologia:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, acerca dos cuidados de enfermagem implementado junto a um paciente crítico, com diagnóstico médico de Síndrome de Fournier. O acompanhamento se deu durante as práticas extracurriculares em um hospital de pequeno porte da região Noroeste do Rio Grande do Sul no decorrer dos meses de Janeiro e Fevereiro de 2017. **Resultados e discussão:** Este relato de experiência trata sobre o cuidado prestado ao paciente com iniciais F. V. do sexo masculino, de 55 anos, solteiro, o qual deu entrada no hospital, referindo algia na região perianal e escrotal. Este passou por avaliação clínica, realização de exames laboratoriais e de imagem, sendo assim diagnosticado com Síndrome de Fournier. Depois do paciente ser diagnosticado, a primeira conduta foi a sua estabilização. Buscou-se então manter o equilíbrio metabólico e hemodinâmico por meio do uso de soro glicosado a 5%.

[1]Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões, RS. E-mail: dieniferfk@outlook.com
[2]Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões, RS.
[3]Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões, RS.
[4] Acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões, RS.
[5]Enfermeira. Doutoura em Ciências. Professora substituta do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões, RS.
[6]Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor substituto do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões, RS.

A antibióticoterapia foi utilizada em largo espectro, devido às bactérias aeróbicas e anaeróbicas possivelmente presentes na lesão. O exame de identificação bacteriológica não foi realizado nesta etapa por não haver recursos suficientes para a realização do mesmo. Houve a realização do desbridamento ambulatorial, uma vez que o paciente foi encaminhado posteriormente para outro centro a fim de realizar o procedimento cirúrgico onde seria retirada grande parte dos tecidos necróticos e desvitalizados. Durante a visita de enfermagem, no dia da internação, realizou-se o exame físico de acordo com as propedêuticas da semiologia e semiotécnica do sistema musculoesquelético, obedecendo à seguinte ordem: inspeção, palpação, mensuração e comparação. Como resultado pode-se observar: região genital edemaciada, eritema, tecido epitelial escuro e pontos extensos de necrose, odor fétido, secreção fluida e de coloração marrom clara, enfisema subcutâneo e dor a palpação. Na sequencia, realizou-se o planejamento das intervenções de enfermagem que inclui: Nutrição balanceada no intuito de estabilizar o sistema metabólico devido à infecção; medidas de controle da dor através da administração de analgésicos prescritos, uma vez que a dor foi relatada como insuportável; observar o surgimento de novas áreas de necrose e sinais de infecção; orientar sobre o autocuidado, ao passo que a higienização é de extrema importância para manter a condição bacteriostática; realizar medidas de conforto, como a mudança de decúbito e uso de coxins; observar rigorosamente sinais de sepse, por meio do monitoramento da temperatura, freqüência cardíaca e presença de rubor no local; esclarecer dúvidas para o paciente e familiares sobre a doença e tratamento adotado; prevenir trauma devido à extensão do local da lesão; adotar e orientar medidas a fim de evitar a disseminação da infecção e proliferação de bactérias como a lavagem das mãos antes e após o manuseio do paciente e realização de curativos de duas a três vezes ao dia. Nesta mesma semana o paciente foi encaminhado para o centro de referência a fim de efetuar do desbridamento cirúrgico. Ao retornar ao hospital, pode-se observar melhor a extensão da lesão, que por sua vez apresentou-se mais extensa e profunda do que aparentava inicialmente. Os cuidados de enfermagem seguiram-se os mesmos, exceto o curativo. Para este foi-se dado maior atenção, visto que a revitalização celular necessita de um ambiente livre de sujidades e microorganismos que favorecem o crescimento bacteriológico. Contudo, se o curativo não for efetuado corretamente, o tecido necrótico pode reaparecer e haverá a necessidade de um novo desbridamento. Para a realização do curativo oclusivo usou-se Soro Fisiológico 0,9% e PVPI, além de gases, faixas e pinças. O Soro Fisiológico 0,9% foi utilizado para o desprendimento das gases no curativo e na retirada de secreções espessas. A escolha pelo PVPI deu-se a fim de obter a desinfecção de microorganismos presentes na ferida. Durante a realização do curativo o paciente referiu intensa algia local. Com isso foi aplicada a Escala Visual Numérica (EVA) onde o escore 0 (zero) é dado para nenhuma dor e 10 (dez) para dor intensa. O paciente avaliou sua dor com escore de 10, com isso foi administrado, concomitantemente com o curativo, fármacos opiódes a fim de amenizar a dor. O planejamento do cuidado nutricional foi dado juntamente com a nutricionista da unidade. O cardápio foi construído de forma a suprir as necessidades metabólicas uma vez de essas estão aumentadas devido à infecção e prover nutrientes necessários para ajudar no processo de granulação e cicatrização do tecido. Houve também a necessidade do acompanhamento psicológico deste paciente, pois apresentava-se com a imagem corporal denegrida, necessidade de ajuda de terceiros para realizar higiene perianal que, juntamente com a dor intensa desencadeou um acesso de fúria e descontrole emocional. A familiar também necessitou de ajuda psicológica emocional por não saber como reagir às situações anteriormente relatadas. **Considerações:** Pode-se perceber que a

enfermagem tem papel fundamental no desenvolvimento do cuidado do paciente com diagnóstico de Síndrome de Fournier, pois esta é de evolução rápida e progressiva, e se não tratada rapidamente e corretamente pode levar o paciente a óbito. Contudo, os cuidados devem ser estendidos também aos cuidadores/familiares por esta Síndrome causar danos psicológicos a todos que estejam envolvidos no processo de cuidados. Não obstante, para que o profissional possa prestar um serviço de qualidade a esta população, há a necessidade de ações de educação permanente e pesquisa, pois é indispensável a atualização para a adequada assistência de enfermagem.

DESCRITORES: Doença de Fournier; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Sliwinski A, Kavanagh LE, Bolton D, Lawrentschuk N, Crock JG. Fournier`s gangrene - delayed pedicle flap based upon the anterior abdominal wall. Int Braz J Urol [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 10]; 40(3):423-426. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ibju/v40n3/1677-5538-ibju-40-3-0423.pdf

2. Cardoso JB, Féres O. Gangrena de Fournier. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 2007 [cited 2017 Apr 10]; 40 (4):493-9. Available from: http://revista.fmrp.usp.br/2007/vol40n4/1_gangrena%20de%20fournier.pdf

3. Ramalho Neto JM, Fontes WD, Nóbrega MML**.** Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 20]; 66(4):535-542. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a11.pdf

4. Soares RSA, Saul AR, Farão EMD, Lima SBS, Silva FS, Finger A. Nursing care systematization for patient with Fournier syndrome. II Jornada Internacional de Enfermagem Unifra. 2012. Available from: http://www.unifra.br/eventos/jornadadeenfermagem/Trabalhos/4

36.CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE PÊNFIGO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

NURSING CARE FOR PEMPHIGUS CARRIER PATIENTS: EXPERIENCE REPORT

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Al PACIENTE PORTADOR DE PÊNFIGO: RELATO DE EXPERIENCIA

FRANZMANN, Suélen Pere[1]ira[1]; KÖNIG, Dienifer Farias[2]; FASOLIN, Carol Salvador[3]; MELLER, Tiago Rafael da Silveira[4]; PIOVESAN, Cleci Lourdes Schmidt Rosanelli[5]; SALBEGO, Cléton[6]

Introdução: O pênfigo é caracterizado como uma doença autoimune determinado pelo aparecimento de bolhas na pele ou mucosas. Não se sabe específicamente o que leva a formação desses anticorpos. Não são doenças hereditárias, ainda que haja alguns genes envolvidos. Não há fatores do ambiente, da alimentação, ou mesmo emocionais que sejam responsáveis pelo surgimento dos pênfigos. No entanto, medicamentos podem, raramente, desencadear essas doenças. É muito importante lembrar que, como outras doenças autoimunes, os pênfigos não são doenças contagiosas. O paciente atingido por essa patologia necessita de cuidados de enfermagem específicos[1]. Ao eclodirem as bolhas dão origem a lesões erosadas dolorosas, que podem ser localizadas ou generalizadas, deixando o indivíduo propenso á dor, infecções e também infestações, principalmente no ambiente hospitalar[1]. Embora raro, o PV pode ser potencialmente fatal sem o tratamento adequado. A maioria dos indivíduos que desenvolve o pênfigo está entre a quarta e sexta década de vida, homens e mulheres são igualmente afetados. O pênfigo vulgar - PV é o tipo mais comum, responsável por mais de 80% dos casos em todo mundo, envolve a mucosa e a pele, particularmente no couro cabeludo, face, axila, virilha, tronco e pontos depressão. O PV também pode manifestar-se como úlceras orais que podem permanecer por vários meses antes do aparecimento do comprometimento cutâneo. As lesões primárias são vesículas e bolhas superficiais que se rompem facilmente, deixando erosões superficiais recobertas por soro seco e crostas. No tratamento é realizado o emprego de agentes imunossupressores, porém, nos indíviduos com a forma mais grave da doença, o PV, este tratamento diminui a mortalidade, porém, não a previne totalmente[2]. O pênfigo também pode estar relacionado a outras doenças auto-imunines, como a miastenia grave, o lúpus eritematoso, e também pode ser visto como timomas benignos. Outras doenças também podem simular os aspectos histológicos do PV, o pênfigo crônico benigno familiar (doença de (Hailey-Hailey) e a dermatose acontolítica transitória (doença de Grover). Todavia, anticorpos IgG não reagem com antígenos epidérmicos em nenhuma dessas entidades[3]. Assim, os

[1]Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões, RS. E-mail: suelen_erval@hotmail.com

[2]Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões, RS.

[3]Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões, RS.

[4]Acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões, RS.

[5]Enfermeira. Doutoura em Ciências. Professora substituta do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões, RS.

[6]Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor substituto do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões, RS.

cuidados de enfermagem se fazem necessários e indispensáveis ao indivíduo acometido com pênfigo, uma vez que a injúria pode trazer implicação física, psicológica e emocional. Cabe observar o indivíduo sob a óptica da integralidade, considerando sua objetividade e subjetividade, atentando para a vulnerabilidade do corpo. Vulnerabilidade esta explícita no cliente com pênfigo, não somente pela falta da integridade da pele, mas também pelas repercussões do acometimento cutâneo na vida dos mesmos. **Objetivo**: Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem frente ao cuidado de um paciente com diagnóstico de pênfigo. **Metodologia**: Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado em uma Instituição Filantrópica, durante um estágio extracurricular de estudantes do curso de Enfermagem de uma Universidade Federal no Norte do Rio Grande do Sul- RS, no mês de dezembro de 2016. **Resultados e discussões:** Durante a realização de um estágio extracurricular em uma Unidade de Internação Clínica Médica, identificou-se o paciente B.R.D, sexo masculino, casado, 50 anos, portador de câncer de laringe, residente e domiciliado no interior do município. Chegou na unidade ansioso, agitado, abatido, com queixas de disfagia, odinofagia e dor na região abdominal intensa, apontando para presença de bolhas escamosas e secas, rubor e prurido em toda extensão corporal. Ao fazer acolhimento do paciente, verificou-se os sinais vitais os quais estavam dentro dos parâmetros normais, foi então administrado medicação para dor e na seqüência teve pedido de internação. Ao exame físico observou-se bolhas fétidas na região do couro cabeludo, face, axila, inguinal e tronco. Foi verificado por meio do exame, o sinal de Nikolsky que se dá pela pressão exercida com o dedo sobre a pele, o resultado foi positivo pois ocorreu o descolamento parcial ou total da epiderme, as bolhas decorrem da separação das células epidérmicas, processo chamado de acantólise, induzido por autoimunidade. Também aplicou-se a Escala Visual Analógica (EVA), para mensurar o score de dor, que oscila de zero (0) á dez (10). No momento da verificação, identificou-se score 9. Após alguns dias de internação e efetuação da biópsia, a qual foi realizada em um centro de referência visto que o município não tem recursos próprios para este tipo de preocedimento, bem como, alguns exames laboratorias e de imagens, o resultado da biópsia apontou PV, o resultado foi confirmado após a realização do exame de imunofluorecência indireta. Como forma de garantir um cuidado integral e que viesse atender as demanda específica do indivíduo, cuidados estes que são indispensáveis para promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como, o acompanhamento da evolução das lesões e alerta a sinais flogísticos, o tratamento médico foi realizado com a prescrição de antibióticos sistêmicos, juntamente com medicamentos para analgesia. Em relação aos cuidados com as lesões, observou-se a troca dos curativos, que eram realizados duas vezes ao dia pelo enfermeiro, o mesmo fazia uso de Soro fisiológico 0,9% para a limpeza das lesões, uso de ácidos graxos essenciais para minimizar a aderênciada da pele nas gazes e curativo oclusivo para evitar a formação de crostas, infecções e úlceras por pressão. Os cuidados de enfermagem incluíam ainda, mudança de decúbito devido ao risco de úlcera por pressão, cuidado com a limpeza das lesões relacionado ao elevado risco de infecções evidenciado pelas condições de higiene inapropriadas do paciente e uso de lençóis esterelizados. Realizado escuta qualificada, esclarecimento ao paciente e familiar acerca da doença, bem como, risco de infecção. Após semanas de internação e diante da evolução insatisfatória do quadro clínico, o médico assistente decidiu encaminhar o paciente para um hospital de referência para dar continuidade ao tratamento, fato que impossibilitou o efetivo acompanhamento do quadro. **Considerações finais:** Considera-se que cabe ao enfermeiro estar capacitado para promover o conforto, prevenir agravos, estimular o cliente a enfrentar os problemas

decorrentes desta patologia, bem como, atualizar-se permanentemente para ter condições de aplicar e preparar o indivíduo portador para enfrentar a sua condição. Como acadêmicos podemos perceber a importância de saber identificar necessidades do indivíduo e intervir de forma adequada em relação as demandas do mesmo. Essa habilidade, se deu pela oportunidade de acompanhar a rotina de enfermagem e intervenções prestadas ao um paciente com PV, em uma unidade hospitalar.

DESCRITORES: Pênfigo; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem; Bolhas.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Brandão ES, Santos I, Carvalho MR, Pereira SK. Evolução dos cuidados de Enfermagem ao cliente com pênfigo vulgar: revisão integrativa de literatura. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2011 [cited 2017 Apr 10];19(1):479-84. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a24.pdf.

2. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Mitchell RN. Robbins e Cotran: Patologia - Bases patológicas das doenças. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

3. Rubin E, et al. Rubin patologia: bases clinicopatológicas da Medicina. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

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

37.DESAFIOS NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CHALLENGES IN NURSING TRAINING AT THE TECHNICAL LEVEL IN THE CONTEXT OF THE SINGLE HEALTH SYSTEM

RETOS EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERIA EN EL NÍVEL TECNICO EN EL CONTEXTO DE LO SISTEMA ÚNICO DE SALUD

NEVES, Aline Tatsch[1], NEVES, Eliane Tatsch[2]

Introdução: Em pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem, no ano de 2010, foram identificados 1.449.583 profissionais de enfermagem no Brasil. A categoria enfermeiro representou 19,81% do total, ou seja, 287.119 profissionais; os técnicos de enfermagem 625.862 (43,18%), auxiliares de enfermagem 533.422 (36,80%), parteiras 106 (0,01%) e 3.074 (0,21%) profissionais que não informaram sua categoria profissional. Ou seja, do total, 1.159.284 (79.98%) profissionais são formados por auxiliares e técnicos, denotando a representatividade dessa força de trabalho na saúde[1]. Assim, os trabalhadores de enfermagem de nível técnico compõem a maior força de trabalho e são atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, faz-se necessário que sua formação seja permeada pelos princípios norteadores do SUS, pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a Educação Profissional de Nível Técnico na busca de formação de profissionais éticos, críticos, reflexivos e comprometidos com o sistema de saúde e seus usuários. Em uma perspectiva crítico reflexiva, a aprendizagem deve, necessariamente, ser adequada aos interesses do grande contingente da sociedade brasileira, na busca da transformação social. Os conteúdos necessitam ser inseridos na realidade sócio-política e os métodos favorecer a coerência entre a teoria e a prática, de modo que o aluno possa ter aprendizagens significativas[(2)]. A formação deve perpassa pelo desenvolvimento de uma visão crítica sobre a realidade, com a compreensão sobre as contradições que a movimentam na direção da construção de uma prática profissional socialmente comprometida, ética e tecnicamente competente. Atualmente, com o progresso tecnológico, o conhecimento avança a passos largos, sendo preciso aliar informação atualizada com desenvolvimento de consciência crítico reflexiva, o que se relaciona à revisão de concepções pedagógicas, metodológicas e de recursos de ensino. Em uma sociedade da informação, o modelo educacional deve preconizar um ensino que considere o aluno como sujeito ativo e capaz de determinar o seu aprendizado, bem como favorecer a experimentação, o pensamento reflexivo, o levantamento e a solução de hipóteses, com estratégias interativas e participativas. Há a necessidade de que o professor rompa a postura de transmissão de informações, na qual os estudantes assumem papel passivo, preocupados apenas em recuperar informações quando solicitados, bem como reduzir a distância entre teoria e prática[3].Dessa forma acredita-se que a Educação Profissional Técnica (EPT) deve ter como eixo de mudança a ruptura

[1] Enfermeira graduada pela Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA. Especializanda em Saúde Pública pela UNOPAR. Supervisora do Curso Técnico em Enfermagem do SEG/Santa Maria.

[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada no Departamento de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem-UFSM. Bolsista de Produtividade em Pesquisa – CNPq – PQ2

com as concepções pedagógicas tradicionais. Isso se refere às formas de ação/intervenção em sala de aula e constituem os meios para facilitar a construção do conhecimento, sendo um forte componente para o favorecimento da motivação dos estudantes[3]. **Objetivos**: este trabalho tem por objetivo relatar a experiência de supervisão de um grupo de estudantes do curso técnico de enfermagem no contexto do SUS. **Método:** trata-se de um relato de experiência vivenciado por uma enfermeira em um pronto socorro municipal, no contexto do SUS, supervisionando estudantes de um curso técnico de enfermagem. Abrangendo o período de outubro de 2016 a março de 2017. **Resultados**: Um dos desafios desta experiência consistiu na diversidade de faixa etária e condições socioeconômicas dos estudantes. As idades variaram de 20 a 45 anos de idade e estudantes que exerciam atividade remunerada e outros que não necessitavam do mesmo. Os estudantes muitas vezes chegam ao campo de prática após um longo período de aulas teóricas, sendo este o seu primeiro contato com usuários. Assim, muitas vezes, os eles não conseguiam dialogar com os usuários, dificultando a troca de conhecimento e saberes. O que torna o papel do professor fundamental para mostrar que o diálogo e o entendimento entre profissional e usuário são fundamentais para a construção do conhecimento e para o desenvolvimento de uma assistência integral ao usuário. As aulas práticas são desenvolvidas no turno da noite, assim, os desafios perpassam, também, pelo cansaço daqueles que trabalham durante o dia. Entretanto, destaca-se a força de vontade e o empenho dos estudantes em investir na sua formação profissional. Um amor pela profissão aliada ao idealismo era demonstrado por eles. Durante o período, foi possível elaborar, de forma conjunta, estratégias de motivação para o desenvolvimento da prática. Estratégias estas que motivassem os estudantes, construindo uma rede de trocas de saberes e conhecimentos, alicerçados em uma prática dialógica em que estudantes e professor trocam saberes e experiências. Os estudantes, mesmo aqueles que se mostravam cansados ao longo das aulas, conseguiram assimilar melhor o conhecimento teórico e prático no âmbito de ensino. termo educar significa um processo baseado na reflexão da realidade, no diálogo e na troca de experiências entre educador/educando e profissional/ cliente possibilitando a aprendizagem conjunta, por meio do processo emancipatório[4]. Idéia essa que vem ao encontro da pedagogia libertadora e problematizadora, na qual a troca de conhecimentos ultrapassa o campo específico da educação somente, transformando-a em educação para o mundo e do mundo para educação, numa possibilidade de transformação deste mundo por meio de uma ação consciente.(4) É preciso salientar também a importância de um ensino humanizado, onde o aluno consiga enxergar o paciente como ser humano necessitado de cuidados que precisa ser tratado com respeito e dignidade, na perspectiva de um cuidado integral. A humanização no cuidado faz toda a diferença na hora do cuidado e da reabilitação do usuário. **Considerações finais**: ao término do campo de estágio foi possível constatar as mudanças na visão e atuação dos estudantes quanto ao cuidado em saúde e as técnicas realizadas, foi possível ver a evolução e o desenvolvimento em cada um deles. Ao longo Fdo tempo, eles constituíram uma rede de conhecimento em que o diálogo e a troca de saberes mostrou-se essencial na produção do cuidado. Eles mostraram-se mais receptivos com os usuários e, estes, por sua vez, sentiram-se acolhidos pelo sistema e pelos profissionais da saúde, muitas vezes, estabelecendo vínculos, o que torna o atendimento mais humanizado e satisfatório.

DESCRITORES: Educação em Enfermagem; Sistemas de saúde; Humanização da Assistência.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

Conselho Federal de Enfermagem (Internet). São Paulo; COFEN; 2013 [acesso em 21 de março de 2013]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/planejamento-estrategico-2

Feuerwerker LCM, Oliveira CLC. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2007 [acesso em 24 de novembro de 2014];12(4):965-71. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/15.pdf.

Fonseca LMM, Leite AM, Mello DF, Dalri MCB, Scochi CGS. Semiotics and semiology of the preterm newborn: evaluation of an educational software application. Acta Paul Enferm [Internet]. 2008 [cited 2014 November 24];21(4):543-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/en_a02v21n4.pdf.

Freire P. Pedagogia do oprimido. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

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

38.DESAMARRANDO 'NÓS' IMPOSTOS PELA SOCIEDADE SOBRE A HANSENÍASE ATRAVÉS DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

UNTYING THE "KNOTS" IMPOSED BY SOCIETY ON LEPROSY THROUGH ACTIONS OF HEALTH EDUCATION

DESATANDO LOS "NUDOS" IMPUESTOS POR LA SOCIEDAD SOBRE LA LEPRA A TRAVÉS DE ACCIONES DE EDUCACIÓN EN SALUD

RAMPELOTTO, Geórgia Figueira[1]

Resumo

A hanseníase é considerada umas das mais antigas doenças que acometem ao homem. Atinge a pele e os nervos podendo causar incapacidades, gerando deformidades e sequelas, se não for tratada precocemente. Essas incapacidades são os principais temores dos portadores da doença, pois tornam-se visíveis aos outros, não têm reversão, e tornam-se geradoras de preconceito/estigma. Neste entendimento, objetiva-se desmistificar a hanseníase, enfatizando à prevenção e diagnóstico precoce baseado em um relato de experiência acerca da execução de uma atividade realizada em uma UBS rural. Evidenciou-se que as atividades de educação em saúde dirigidas aos usuários do SUS são de fundamental importância, pois denotam a apropriação de conhecimento relacionado à doença. O presente trabalho pode contribuir com a troca de informações relacionadas à hanseníase, visto que, ao possibilitar o empoderamento sobre a temática os usuários poderão se sentir instigados a divulgar as informações a outras pessoas "desamarrando os nós" impostos pela sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Hanseníase; Saúde da População Rural; Enfermagem Rural.

Abstract

Leprosy is considered to be one of the oldest diseases affecting man. It affects the skin and nerves and can cause disability, causing deformities and consequences if not treated early. These disabilities are the main fears of those with the disease, because they become visible to others, do not have reversion, and become generators of prejudice / stigma. In this understanding, the objective is to demystify leprosy, emphasizing prevention and early diagnosis based on an experience report about the execution of an activity performed in a rural UBS. It was evidenced that health education activities directed at SUS users are of fundamental importance, since they denote the appropriation of knowledge related to the disease. The presente study may contribute to the exchange of information related to leprosy, considering that, by enabling empowerment on the topic, users may feel encouraged to disclose information to others by "untying the knots" imposed by society.

KEYWORDS: Primary Health Care; Health Education; Leprosy; Rural Health; Rural Nursing.

Resumen

[1] Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário Franciscano – UNIFRA. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA. Cachoeira do Sul, RS, Brasil. ge.rampelotto@gmail.com

La lepra es considerada una de las enfermedades más antiguas que afectan al hombre. Afecta a la piel y los nervios y puede causar incapacidad, generando deformidades y secuelas, si no tratada a tiempo. Estas incapacidades son los principales temores de los enfermos pues se hacen visibles a los demás, no tienen reversión, y se convierten en generadores de prejuicios / estigma. En este entendimiento, si objetiva desmitificar la lepra, haciendo hincapié en la prevención y el diagnóstico precoz basado en un relato de experiencia sobre la ejecución de una actividad llevada a cabo en una UBS rural. Se demostró que las actividades de educación en salud dirigidas a usuarios de SUS son de fundamental importancia ya que denota la apropiación de conocimientos relacionados con la enfermedad. Este estudio puede contribuir al intercambio de información relacionada con la lepra, ya que al permitir el fortalecimento sobre la temática los usuarios se sentirán instigados a difundir las informaciones a los demás "desatando los nudos" impuestos por la sociedad.

DESCRIPTORES: Atención Primaria de Salud; Educación en Salud; Lepra; Salud Rural; Enfermería Rural.

Introdução

As ações desenvolvidas no âmbito da educação em saúde visam o empoderamento, por parte dos sujeitos, a respeito do processo saúde/doença e das medidas terapêuticas e preventivas, culminando em condições de maior qualidade de vida e bem-estar. Neste entendimento, o presente trabalho trata da aplicação da abordagem educativa com usuários de uma Unidade Básica de Saúde – UBS rural, acerca de considerações importantes sobre a hanseníase.

Assim, faz-se necessária a compreensão do conceito desta, como sendo uma doença infecciosa causada pela bactéria *Mycobaterium leprae*, o qual possui alto poder incapacitante acometendo principalmente a pele e os nervos periféricos, podendo também, se manifestar como uma doença sistêmica comprometendo articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos da pessoa infectada, podendo se multiplicar.[1] Essas incapacidades e deformidades podem acarretar problemas, tais como a diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, sendo responsáveis também pelo estigma e preconceito contra os portadores da doença.[2]

Ao longo dos anos foi considerada como doença incurável, incapacitante e que segregava, com adoção do isolamento compulsório em hospitais colônias como medida de controle, para aqueles acometidos pela hanseníase. Atualmente, seu tratamento é feito com quimioterapia em nível ambulatorial e tem finalidade de eliminar a hanseníase como um problema de saúde pública.[3]

No mundo, em 2011, foram notificados 228.474 novos casos de hanseníase, destes, 33.955 somente no Brasil. Segundo boletim epidemiológico da OMS, o Brasil ocupa a segunda posição em número de casos, perdendo apenas para a Índia. No âmbito das Américas, o Brasil concentra 80% de todos os casos da doença, sendo o único país das Américas em que essa patologia é considerada endêmica.[4] Por este motivo, é considerada uma doença de notificação compulsória, em todo território nacional, e de averiguação obrigatória.[5]

Os casos comprovados devem ser notificados de acordo com a epidemiologia do eventual diagnóstico, utilizando-se a ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação de Notificação de Agravos, portanto, a notificação deve ser enviada por meio físico, ou virtual, ao

órgão de vigilância epidemiológica superior, devendo ser preenchida por profissionais das unidades de saúde no qual o paciente foi diagnosticado, ficando uma cópia no prontuário do paciente.[6]

Neste ínterim, concebe-se a hanseníase como merecedora de destaque por parte das políticas públicas, a fim de que possa ocorrer maior conscientização pelos profissionais inseridos nos serviços de saúde, sobre a importância das ações de educação com a população. Nestas condições, os usuários poderão compreender o que é a hanseníase e suas formas de detecção precoce, o que pode favorecer melhores condições de vida e de cuidado com a saúde.

Assim, corrobora-se a importância de se trabalhar a temática da hanseníase por intermédio da educação em saúde na atenção primária com o objetivo de desmistificar a doença, enfatizando à prevenção e diagnóstico precoce, uma vez que esta enfermidade tem cura, mas se não receber os devidos cuidados e em virtude da falta de conhecimento sobre a mesma, pode gerar incapacidades ou sérias sequelas.

Metodologia

O delineamento do presente estudo caracteriza-se como descritivo, uma vez que descreve a experiência vivenciada durante a execução de uma atividade focada na realização de diálogos relacionados à desmistificação da hanseníase, como forma de educação e promoção da saúde.

A atividade concernente à execução do diálogo ocorreu em uma Unidade Básica de Saúde – UBS, presente na zona rural, do município de Cachoeira do Sul/RS. O atendimento nesta localidade era realizado semanalmente, nas quartas-feiras, por uma equipe multidisciplinar de saúde formada por um enfermeiro, auxiliar de enfermagem, odontólogo, médico clínico geral e duas ACS por intermédio de demanda espontânea dos usuários do serviço, com a média de 20 consultas/dia.

De acordo com o último Censo Demográfico realizado em 2010, no município de Cachoeira do Sul/RS, a população rural é computada por 6.302 homens e 5.825 mulheres, totalizando 12.127 pessoas. Destes, pertencem a área de abrangência da unidade 258 famílias, com a média de 1032 pessoas.

O desenvolvimento da atividade ocorreu em quatro momentos, envolvendo: apresentação da proposta para as Agentes Comunitárias de Saúde – ACS; realização de visitas domiciliares com o propósito de averiguar o interesse da comunidade perante o tema proposto; agendamento do dia para realização da ação e realização da palestra dialogada com foco nas orientações e cuidados de Enfermagem para desmistificação da hanseníase.

A partir do exposto acima, destacamos o ACS como um dos principais componentes que, talvez, seja o que tenha maior carga de responsabilidade no processo de cuidado, uma vez que cabe a ele a tarefa de garantia da longitudinalidade do cuidado, somado ainda ao fato do mesmo ser parte integrante da comunidade que ele cuida.[7]A roda de conversa foi realizada no mês de setembro de 2014, no período da tarde, na sala de reunião da UBS, com a participação de dez (10) usuários do serviço.

Resultados/Discussão

A mera oferta de informações de como o saber médico na atualidade compreende a doença, pode não ser o suficiente para se estabelecer uma comunicação que dialogue com as diferentes

realidades sociais. Para uma interlocução próxima à realidade do público, é preciso conhecer quem são os sujeitos com quem nos comunicamos, quais as suas experiências, as representações e os conhecimentos que apresentam sobre a doença, com vistas à problematização desses discursos.[8]

A falta de compreensão adequada e a constante propagação de mitos e dúvidas tradicionais sobre a doença levaram à acumulação de atitudes sociais negativas que culminam na discriminação social e na estigmatização das pessoas afetadas pela hanseníase e de suas famílias, ou seja, o "ato de rotulagem, rejeição ou medo infundado" é perpetuado.[9]

Sendo assim, espera-se que todos os esforços para demonstrar os benefícios das diversas formas de intervenção educativa devem ser feitos para o controle efetivo da hanseníase.

Diante deste contexto, o conteúdo programático explanado estava relacionado com a definição da hanseníase, mudança da nomenclatura de lepra para hanseníase, agente etiológico, forma de transmissão, sintomatologia, cura e serviço de saúde a ser procurado em caso de suspeita da doença. Portanto, o conteúdo foi trabalho a fim da construção e reconstrução do conhecimento e devida compreensão sobre a hanseníase.

Para a realização da palestra foi utilizado notebook e projetor através da apresentação por slides como recurso material para facilitar a compreensão e estimular a participação dos usuários. Em paralelo a esta apresentação, os usuários expressaram suas dúvidas e questionamentos, sobretudo com relação à transmissão e a cura da hanseníase.

A hanseníase é considerada umas das mais antigas doenças que acometem ao homem. Atinge a pele e os nervos. Quando atinge os nervos, pode causar incapacidades físicas, gerando deformidades e sequelas, se não for tratada precocemente. Essas incapacidades físicas são os principais temores dos portadores de hanseníase, pois elas tornam-se visíveis às outras pessoas, não têm reversão, e tornam-se geradoras de preconceito e estigma.[10]

Corroborando com a literatura, durante a explanação da palestra também foram observados equívocos relacionados a mitos e preconceitos diante da hanseníase, expressos pela comunidade rural. Este foi um momento oportuno para fazer inferência à história da hanseníase, no qual foi relatado ser uma doença milenar que, se não for tratada precocemente, pode levar a deformidades e incapacidades físicas.

A hanseníase tem uma terrível imagem na história e na memória das pessoas como uma doença muito contagiosa, mutilante e incurável, provocando uma atitude de rejeição ao doente, e originando sua exclusão da sociedade. Os doentes eram denominados leprosos, isolados de suas famílias e confinados e tratados em leprosários, intensificando o estigma da doença e o preconceito contra o doente. O objetivo do isolamento, do confinamento, era evitar a propagação da doença a qualquer custo.[10]

Embora tenha sido marcada pelo estigma e segregação social, hoje a hanseníase tem tratamento e cura, e a terapia medicamentosa é de fundamental importância para prevenir incapacidades físicas, assim como quebrar a cadeia de transmissão da doença e atingir a meta de eliminação. Enfatizou-se a importância de se conhecer os sinais e sintomas da hanseníase em prol de promover a autossuspeição diagnóstica e consequente procura pelo serviço de saúde para o esclarecimento do diagnóstico e início imediato do tratamento.

Em princípio não houve dificuldades na condução da palestra porque estavam presentes dois usuários cadastrados na UBS rural que estavam em acompanhamento/tratamento da doença há alguns meses. Os mesmos contribuíram na apresentação compartilhando suas vivências e suas dificuldades no processo de cura e estigma da doença.

Desse modo, enfatizamos que sejam idealizadas alternativas que visem não somente a eliminação da hanseníase como um problema de saúde pública, mas também, e principalmente, um resgate da cidadania e do respeito por essas pessoas.

Considerações Finais

O presente trabalho pode contribuir com a troca de informações relacionadas à hanseníase, visto que, ao possibilitar o empoderamento sobre a temática aos usuários dos serviços de saúde rural, estes poderão se sentir instigados a divulgar as informações corretas a outras pessoas "desamarrando os nós" impostos pela sociedade.

A elaboração de atividades que propiciem o empoderamento dos usuários do serviço auxilia no processo de criação de uma autoimagem positiva, onde estes passam a se reconhecer como cidadãos participativos e conscientes do papel transformador que podem exercer em sua comunidade. Frente ao contexto, salienta-se a importância de os profissionais de saúde estarem aptos ao desenvolvimento de atividades em saúde que permitem a construção do conhecimento, afim de vencer o preconceito e o estigma das doenças milenares.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde:* dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília; 2007. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21) [acesso em 13 mar 2017]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf

2. Duarte MTC, Ayres JA, Simonetti JP. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. Texto Contexto Enferm [periódicos na Internet] 2009 jan/mar;18(1): 100-7. [acesso em 5 mar 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a12

3. Pinheiro MGC, Medeiros IBG, Iwata AM, Simpson CA. O enfermeiro e a temática da hanseníase no contexto escolar: relato de experiência. J res: fundam care [periódicos na Internet] 2015 jul/set; 7(3): 2774-2780. [acesso em 10 abr 2017]. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3856/pdf_1621

4. World Health Organization. Global leprosy situation, 2012. Wkly Epidemiol Rec [periódico online]. 2012 [acesso em 25 mar 2017]; 87(34): 317-28. Disponível em: http://www.who.int/wer/2012/wer8734.pdf

5. Rodrigues LSS, Silva TM, Rocha JT, Gomes WA, Lessa EC, Correia NS. Assistência de enfermagem aos portadores de hanseníase assistidos pelo programa de saúde da família. Rev enferm UFPE [periódicos na Internet] 2016 nov; 10(11): 4111-7. [acesso em 05 abr 2017]. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8606/pdf_11360

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7. ed. Brasília; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [acesso em 05 mar 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf

7. Alencar OM, Heukelbach J, Pereira TM, Barbosa JC. Trabalho do agente comunitário de saúde no controle da hanseníase. Rev Rene [periódicos na Internet] 2012; 13(1): 103-13. [acesso em 01 abr 2017]. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12849/1/2012_art_omalencar.pdf

8. Santos AK. A palavra e as coisas: produção e recepção de materiais educativos sobre hanseníase. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública] – Fundação Oswaldo Cruz; 2009. [acesso em 23 mar 2017]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2591

9. Ramirez Júnior JP. Squint: my journey with leprosy. University Press of Mississippi; 2009.

10. Cid RDS, Gomes GL, Rodrigues AS, Moura ADA. Percepção de usuários sobre o preconceito da hanseníase. Rev Rene [periódicos na Internet] 2012; 13(5): 1004-14. [acesso em 17 mar 2017]. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1158/pdf

39.É PRECISO FALAR SOBRE HIPERTENSÃO: AÇÕES NO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

NECESITAMOS HABLAR ACERCA DE LA HIPERTENSIÓN: ACCIONES EN CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

IS NECESSARY TO TALK ABOUT HYPERTENSION: ACTIONS IN THE HEALTH SCIENCES CENTER

PRADELLA, Amanda[1]; NEVES, Gabriela Leal[2], MAIA, Dyan Jamilles Brum[3]; SILVA, Dalva Cezar da[4], SCHIMITH, Maria Denise[5]; SILVA, Laís Mara Caetano da[6]

Resumo

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis têm alta prevalência e são motivo de preocupação mundial. A hipertensão arterial sistêmica é considerada fator de risco para o desenvolvimento de agravos cardiovasculares, responsáveis pelos maiores índices de mortalidade. **Objetivos:** Descrever as ações alusivas ao Dia Mundial da Hipertensão desenvolvidas no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. **Metodologia:** Foi realizada uma ação que contou com aferição da pressão arterial, oferta de alimentação saudável, gincana de expectativa de vida, distribuição de material impresso e momentos de educação em saúde. **Resultados:** Houve prevalência de participantes na faixa etária de 18 a 29 anos e do sexo feminino. Cerca de 76% das pessoas apresentaram níveis pressóricos abaixo de 140/90mmHg. Um número significativo de participantes relatou ter dúvidas quanto a hipertensão. **Conclusão:** Identificou-se a necessidade de que outras ações semelhantes sejam desenvolvidas no local para maiores esclarecimentos sobre a doença.

DESCRITORES: Doença crônica; Hipertensão; Fatores de risco; Educação em saúde.

Abstract

Introduction: The non communicable chronic diseases present high prevalence and are world worry in health area, in this diseases hypertension is risk factor to develop cardiovascular harms that are responsible for high indices of mortality. **Objective:** to describe the actions regarding World Hypertension Day occurred in the health sciences center of a federal university. **Methods:** was realized an action with check blood pressure, alimentation offer with minimally processed products, game of expectancy life, was distribute printed material and happened moments of health education. **Results:** there was prevalence of participants in age range between 18 and 29 years old and female sex. Approximately 76% of people presented blood pressures below 140/90mmHg. A significant number of participants reported doubts about hypertension. **Conclusion:** It was perceived necessity of others actions to be developed in the center for further clarification about the disease.

1 Acadêmica de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). amandapradella13@gmail.com

2. Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

3. Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

4. Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

5. Enfermeira, Doutora, Professora Adjunta do Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

6. Enfermeira, Doutora, Professora Adjunta do Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

DESCRIPTORS: Chronic disease; Hypertension; Risk factors; Health education.

Resumen

Introducción: Las enfermedades crónicas tienen alta prevalencia y son motivo de preocupación global en la salud, entre ellos la hipertensión se considera un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares que son responsables de las tasas de mortalidad más altas. **Objetivos:** describir las acciones alusivas al Día Mundial de la Hipertensión desarrollado en el Centro de Ciencias de la Salud de una universidad federal. **Metodología:** se llevó a cabo una acción que incluyó la medición de la presión arterial, fuente de alimentación con productos mínimamente procesados, la esperanza de vida gymkhana, la distribución de materiales impresos y momentos educación para la salud. **Resultados:** hubo prevalencia de participantes de entre 18-29 años y las mujeres. Alrededor del 76% de las personas tenían niveles de presión arterial por debajo de 140/90mmHg. Un número significativo de los participantes informaron que tiene dudas acerca de la hipertensión. **Consideraciones finales:** Percebeu-se a necessidade de que outras ações semelhantes sejam desenvolvidas no centro para maiores esclarecimentos sobre a doença.

DESCRIPTORES: Enfermedad crónica; Hipertensión; Factores de riesgo; Educación en Salud.

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) atualmente são uma das principais causas de mortes no mundo. Para o ano de 2030, calcula-se que a mortalidade em decorrência deste tipo de patologia irá atingir 52 milhões[1]. Dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares (DCV) são as que possuem números mais expressivos. A cardiopatia isquêmica e o acidente cerebrovascular ocasionaram 15 milhões de óbitos no ano de 2015[2].

Considerada uma das DCV, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é também considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de algum agravo cardiovascular[3]. Essa condição crônica é caracterizada por valores aumentados e sustentados da pressão arterial (PA) (≥140/90mmHg). A HAS é uma condição multifatorial, pois entre os fatores implicados no seu desenvolvimento estão o envelhecimento, sexo, etnia, excesso de peso ou obesidade, ingestão demasiada de sal e bebidas alcoólicas, sedentarismo, genética e fatores socioeconômicos[4]. Esta condição de saúde causa impacto na qualidade de vida da população, apresentando altas taxas de morbimortalidade. O diagnóstico é de baixo custo e não necessita de alta densidade tecnológica para ser feito. Desta forma, a precocidade do mesmo é primordial para diminuir essas taxas e melhorar a qualidade de vida[5].

Devido ao aumento da incidência de HAS e ao desconhecimento dos níveis pressóricos por parte da população, o Ministério da Saúde recomenda que qualquer pessoa a partir dos 18 anos que compareça ao serviço de saúde, independente do motivo, e não possua pelo menos uma medida da PA nos últimos dois anos tenha sua pressão verificada e registrada[5]. Diante disso, desde 2006, o dia 17 de maio foi instituído como o Dia Mundial da Hipertensão. A partir do ano de 2015 até 2018 o tema da campanha é "Conheça seus números", a qual visa divulgar informações e, com isso, espera que haja a conscientização da população acerca da doença.

Ciente do panorama mundial e nacional da HAS e da campanha desenvolvida, o Grupo de Pesquisas 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 desenvolveu uma ação alusiva ao dia 17 de maio no Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) no ano de 2016 com o intuito de fornecer informações, esclarecer dúvidas e proporcionar um momento para a verificação dos níveis pressóricos.

Metodologia

A ação alusiva ao Dia Mundial da Hipertensão foi desenvolvida no dia 24 de maio de 2016. No entanto, as atividades tiveram início alguns dias antes com a divulgação de estatísticas nacionais e internacionais e outras informações relevantes referentes à HAS. Para isso, foram utilizados cartazes com os dados e os mesmos foram dispostos por todo o espaço do CCS.

O objetivo era que as pessoas pudessem ter acesso a essas informações durante as atividades diárias e isso despertar sua curiosidade. No dia 24 de maio as atividades foram realizadas desde o primeiro horário da manhã e em local de grande fluxo do público no centro. Neste dia foi oferecido café da manhã com opções de alimentos saudáveis como frutas, pão e bolo integral, chá, café e açúcar mascavo.

Ocorreu também uma gincana com tabuleiro numerado de 10 a 100, em que cada dezena correspondia à expectativa de vida. Os participantes iniciavam a brincadeira com 100 anos e, conforme as respostas fornecidas a questões referentes ao estilo de vida, eram descontados ou não alguns anos da sua expectativa de vida. Também foi disponibilizado espaço para aferição da PA. Os valores resultantes eram registrados em uma planilha juntamente com a idade e o sexo da pessoa.

Houve também o sorteio de brindes ofertados pelo centro (canetas, mouse pad, copos de acrílico) e a distribuição de ímãs de geladeira com receita de sal temperado com ervas, divulgado pelo Ministério da Saúde, como uma alternativa para substituir os temperos industrializados. Durante as atividades, os membros do Grupo de Pesquisa realizaram momentos de educação em saúde individuais ou coletivos, nos quais explicaram as causas da hipertensão, fatores de risco e sinais e sintomas.

Dessa forma, foram abordadas as consequências da HAS no organismo quando esta não é tratada, o como prevenir por meio de um estilo de vida saudável e a importância da verificação dos níveis pressóricos para conhecê-los. Com estes momentos de diálogo foram elencadas alternativas para a adoção de hábitos saudáveis e mudanças diárias que favoreçam a saúde.

Resultados e discussão

Participaram da ação docentes, acadêmicos dos cursos da saúde, funcionários terceirizados e técnicos administrativos da universidade. As anotações referentes à PA mostram que 70 pessoas entre 18 e 64 anos verificaram a PA.

Tabela 1: Distribuição dos participantes conforme sexo e faixa etária.

Variáveis	**Participantes**	**n**	**%**

Sexo	Feminino	51	72,86%
	Masculino	19	27,14%
Faixa etária	18 a 29 anos	36	51,43%
	30 a 39 anos	9	12,86%
	40 a 49 anos	5	7,14%
	50 a 59 anos	16	22,86%
	60 a 69 anos	4	5,71%

Os resultados encontrados quanto à faixa etária e ao sexo predominante assemelham-se a outro estudo realizado com acadêmicos. Este mostrou também que 80% dos entrevistados relataram consumo de frituras e cerca de 65% negaram praticar exercícios físicos[6] . Percebe-se que os adultos jovens não alimentam-se adequadamente, além de não praticarem atividade física, ao mesmo tempo que possuem fatores de risco como obesidade abdominal, sobrepeso e colesterol HDL baixo[7,8].

Em relação aos níveis pressóricos o valor mais baixo aferido foi 100/80 mmHg e o mais alto 200/120 mmHg; 75,71% (53) das pessoas tinham valores abaixo de 140/90 mmHg. Ao avaliar os valores acima de 140/90mmHg, percebe-se que as faixas etárias com maior ocorrência são de 18 a 29 anos (10%) e de 50 a 59 anos (10%). No que diz respeito a esta faixa etária o mesmo pode ser verificado em outro estudo, com prevalência de HAS nessa faixa etária e mais de 40% destes indivíduos tinham cinco ou mais fatores de risco para DCV[9].

Logo, a presença de vários fatores de risco pode ser atribuída ao desenvolvimento de HAS. Vale salientar que a medida da PA em apenas um dia, como no dia do desenvolvimento da ação, não é o suficiente para o diagnóstico de HAS. Para diagnosticar a hipertensão é necessário que sejam feitas pelo menos três verificações em dias diferentes com, pelo menos, uma semana de intervalo entre cada uma. O diagnóstico é feito por meio da média aritmética da PA acima de 140/90 mmHg. É realizada a média da PA em cada verificação e na última faz-se a soma das médias anteriores e divide-se por três[5]. Embora a verificação única não seja capaz de diagnosticar é uma avaliação importante que poderá suscitar outras mais complexas caso necessário.

Durante as atividades percebeu-se que um número significativo de pessoas desconheciam as causas e complicações da HAS, o que corrobora com outro estudo, no qual os participantes não souberam responder corretamente os fatores que podem causar hipertensão, o que pode acontecer em caso de não tratamento, o que cuidar na alimentação e se o excesso de peso tem influência na HAS. O mesmo estudo mostrou que dois terços dos entrevistados acreditavam que a HAS não é uma doença crônica[10].

Ao responderem as perguntas durante a gincana, os participantes perceberam que realizavam pequenas ações no cotidiano prejudiciais a sua saúde como: alimentar-se predominantemente com produtos industrializados, não ter em suas geladeiras frutas, verduras ou legumes, usar temperos prontos no preparo dos alimentos, baixa ingesta hídrica e não praticar atividade física. Todos esses hábitos são passíveis de modificação e estão intimamente relacionados a aumento de peso, aumento de circunferência abdominal, índice de massa corporal (IMC) elevado e dislipidemia. Essas consequências são os fatores de risco mais encontrados na população e aumentam a chance de ocorrência de HAS[11].

No decorrer da gincana todas as dúvidas foram explicadas e, junto com o participante, elencadas alternativas simples para modificar hábitos como ter uma garrafa com água, procurar alimentar-se em casa sempre que possível, preparar os próprios lanches em vez de comprar ou comer alimentos industrializados, utilizar as escadas dos prédios, descer do ônibus um ponto antes e procurar distrações como ler ou ouvir música nos trajetos realizados diariamente.

Considerações Finais

Percebe-se que mesmo que os participantes estejam inseridos em um ambiente que promove a formação na área da saúde surgiram dúvidas essenciais e relevantes sobre a HAS. Destaca-se também o fato de os profissionais e estudantes da saúde não conseguirem adotar um estilo de vida considerado saudável. Diante desses resultados questiona-se o que pode ser feito para melhorar esse panorama e quais as estratégias para que ocorra a sensibilização desta população.

Assim considera-se importante que outras atividades do mesmo cunho sejam realizadas neste ambiente, atingindo um número maior de participantes. Espera-se que este trabalho possa suscitar outras ações de sensibilização voltadas às DCNT, fortalecendo a promoção da saúde e o despertar da população para o autocuidado.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1. World Health Organization. Global Status Report on noncommunicable diseases 2014. Acesso em 22 mar. 2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1

2. World Health Organization. The top 10 causes of death. Atualizada em Janeiro de 2017; acesso em 27 mar. 2017. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en.

3. Organização Pan Americana de Saúde. Dia Mundial da Hipertensão 2016. São Paulo. Acesso em 27 mar. 2017. Disponível em: http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=330:dia-mundial-da-hipertensao-2016&Itemid=183

4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol. 2016; 107(3-3)

5. Ministério da Saúde (Br). Cadernos da atenção básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica-hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

6. Almeida APR, Silva FAA, Santiago JCS, Moreira TMM, Oliveira ASS, Machado ALG. Caracterização sociodemográfica e hábitos de vida de acadêmicos: identificando fatores de risco para hipertensão arterial. Rev. enfer. UERJ. 2013; 21 (esp. 2): 760-5.

7. Núñez-Robles E, Huapaya-Pizarro C, Torres-Lao R, Esquivel-León S, Suarez-Moreno V, Yasuda-Espinoza M, et al. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y riesgo metabólico en escolares, universitarios y mujeres de organizaciones sociales de base en distritos de Lima, Callao, La Libertad y Arequipa, Peru 2011. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica. 2014; 31 (4): 652-9.

8. Leiva AN, Martinez MA, Celis-Morales C. Efecto de una intervención centrada en la redución de factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios. Rev. Med. Chile. 2015; 143 (8): 917-78.

9. Radovanovic CAT, Santos LA, Carvalho MDB, Marcon SS. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados à doenças cardiovasculares em adultos. Rev. Latino-Am.Enfermagem. 2014; 22 (4): 547-53.

10. Lima HN, Gonçalves ARR, Silva AL, Olivo AF, Miura TY, Martins L. O entendimento do Paciente sobre Hipertensão Arterial: uma Análise com Base no Risco Cardiovascular. Int, J. Cardiovasc. Sci. 2015; 28(3): 181-88

11. Teston EF, Cecilio HPM, Santos AL, Arruda GO, Radovanovic CAT, Marcon SS. Fatores associados à doenças cardiovasculares em adultos. Medicina (Ribeirão Preto). 2016; 49 (2): 95-102.

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

40.EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA PARA CAPACITAR A ENFERMAGEM HOSPITALAR EM PROCEDIMENTOS OPERACIONAL PADRÃO

DISTANCE EDUCATION TO TRAIN HOSPITAL NURSING IN STANDARD OPERATING PROCEDURES

EDUCACIÓN A DISTANCIA PARA ENTRENAR ENFERMERÍA DEL HOSPITAL EM LOS PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS ESTÁNDAR

RIST, Juliana Peres [1]; MALDANER, Claudia Regina[2] ; LAVICH, Claudia[3]; RODRIGUES, Ariane Wollenhoupt da Luz[4] ; REIS, Eloa[5]; PONTES, Graciele[6]; VERFFEL, Mirta Peres[7]

I**ntrodução**: Na área da saúde, é imprescindível que os procedimentos executados em benefício da saúde de um paciente sigam técnicas corretas e padronizadas, pois a qualidade do serviço oferecido deve ser prioridade. Dessa forma, os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) são exemplo de um recurso utilizado para que as técnicas sejam executadas de forma planejada e organizada dentro de uma instituição. Os POP são instruções detalhadamente descritas para alcançar a uniformidade na execução de uma função específica(1). No Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), a cada dois anos, a Unidade de Planejamento e Assessoria, requisita que sejam revisados os POP constituintes do Manual de Gerenciamento de Rotina (MGR). Tais revisões são acompanhadas pelos órgãos fiscalizadores como a ANVISA e a 4ª CRS-RS. Além disto, é necessário que, após a revisão, sejam realizados treinamentos e capacitações com os profissionais executores desses POP, visando atualizar estas rotinas. Neste contexto, os POP Gerais de Enfermagem são itens constantes do MGR, os quais padronizam e norteiam as ações específicas da Enfermagem, visando qualificar a assistência ao usuário, de modo a garantir sua segurança e a efetividade das ações, unindo o saber ao fazer(2). Nesse sentido, promover ações de atualização, nestes POP, se fazem imprescindíveis no momento atual do HUSM, uma vez que tal revisão foi concluída e, nos últimos anos, novos profissionais foram incorporados ao seu quadro de pessoal. Atualmente, o HUSM conta com um contingente de mais de 900 profissionais de enfermagem atuantes nos cargos de Enfermeiro, Técnico em Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, assim optou-se por uma atualização na modalidade de Educação à Distância (EAD) como estratégia para capacitar esse número expressivo de pessoas. A EAD é uma modalidade de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação(3) que se coaduna com tempos de imersão na cibercultura, e de acesso a Web 2.0. Tal estratégia permite que o indivíduo aprenda e se insira em uma realidade virtual que permite a interatividade entre sujeitos

[1]Especialista em Nefrologia UFRGS. Enfermeira Assistencial do Ambulatório de Quimioterapia. juliana.rist@terra.com.br

[2] Mestre em Enfermagem UFSM. Especialista em Nefrologia UFRGS. Enfermeira Assistencial da Unidade de Cardiologia Intensiva.

[3]Mestre em Enfermagem UFSM. Especialista em Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico e Neonatal UNIFRA. Enfermeira coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde/ DivGP-HUSM

[4] Mestre em Ciências Sociais, Especialista em Tecnologias de Informação e Comunicação aplicadas à Educação, Cientista Social e Pedagoga da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares com atuação no Hospital Universitário de Santa Maria, no Núcleo de Educação Permanente em Saúde.

[5] Especialista em Terapia Intensiva UNIFRA. Enfermeira Assistencial Ambulatório Ala 2.

[6] Mestre em Saúde Pública UNISINOS. Especialista em Saúde Pública SEG. Especialista em Oncologia UNYLEA. Enfermeira Assistencial da Clínica Médica I.

[7] Especialista em Administração dos Serviços de Saúde. Enfermeira Assistencial na Unidade de Internação Clínica e cirúrgica pediátrica

com diferentes vozes, por meio do uso e conhecimento de novas tecnologias[4]. Na perspectiva da interatividade, o professor deixa de ser um transmissor de saberes, e torna-se um mediador, um formulador de problemas a exigirem soluções pensadas coletivamente[4]. Assim, entende-se que essa modalidade de ensino seja mais coerente com as competências que se esperam dos profissionais de enfermagem, se comparada aos cursos tradicionais, presenciais em que o professor/instrutor realiza aulas expositivas, não permitindo espaços de diálogo efetivo. Além disso, pelo fato do conteúdo do curso fazer parte do dia-a-dia profissional e o assunto POP não ser uma novidade aos estudantes, os recursos preparados para as aulas nesta modalidade poderão ser um diferencial nessa capacitação. **Objetivo:** Relatar a experiência da construção e elaboração de um curso de Educação à distância em Procedimentos Operacionais Padrão para profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Metodologia:** Configura-se como relato de experiência o qual foi pautado na construção e elaboração de um curso de Educação à distância em Procedimentos Operacionais Padrão, o qual teve como público alvo os profissionais de enfermagem de um hospital universitário no interior do Rio Grande do Sul. Tal construção iniciou-se no primeiro semestre de 2016, e encontra-se em andamento. **Resultados:** A elaboração dos POP de enfermagem do HUSM iniciou-se no ano de 2006, os procedimentos foram selecionados e escritos por um grupo formado por enfermeiros de diversas áreas do hospital, culminando com a capacitação desses POP no ano de 2008 onde a estratégia de capacitações foi a confecção de um álbum seriado que foi distribuído para todas as unidades do HUSM e cada enfermeiro ficou responsável por capacitar alguns técnicos de sua equipe. Percebeu-se através de uma auditoria, que tal método de capacitação não trouxe mudança de atitude nas técnicas executadas. Nos anos seguintes, utilizou-se uma capacitação por turno de trabalho com uso do manual impresso e disponibilização de vídeos na intranet do HUSM elaborados pelo grupo, o que também não apontou mudanças na execução dos procedimentos. Assim, em março de 2016, a Divisão de Enfermagem do HUSM convocou uma nova equipe para começar a revisão e capacitação dos POP, foi neste momento que se sentiu a necessidade de dinamizar o processo de ensino-aprendizagem. Para não repetir os métodos de capacitação dos anos anteriores e para tornar a proposta mais atrativa e dinâmica, bem como atingir um público maior em menor espaço de tempo, surgiu a ideia do curso em modalidade EAD e para isso foi utilizada a Plataforma Moodle disponibilizada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A proposta dessa capacitação contempla uma carga-horária de 34 horas, sendo 2 horas no formato presencial e o restante no formato à distância, com atividades desenvolvidas em ambiente de trabalho durante a jornada semanal de atividades e/ou no domicílio, já que, ao final do curso será ofertado um certificado aos participantes. O curso tem dois critérios para inscrição: a. ser profissional vinculado à EBSERH ou à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) com atuação no HUSM-UFSM; e b. estar lotado nos cargos de Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem. Cada turma terá 250 vagas, e, ao longo de 2017, serão ofertadas 4 turmas em diferentes períodos. A fim de organizar o material didático e a capacitação, o grupo responsável pela revisão dos POP constituiu o grupo de conteudistas e instrutores, com o apoio de profissionais da Unidade de Planejamento, Serviço de Saúde e Segurança do Paciente, Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Divisão de Enfermagem. Além disso, o grupo recebeu uma capacitação na plataforma MOODLE. Este grupo preparou os POP revisados em formatos para serem disponibilizados online, bem como organizou materiais explicativos, e instrumentos avaliativos para esta capacitação. Tais materiais buscam uma transposição didática que atenda as

demandas de aprendizagem dos profissionais. Por isso, além dos POP na íntegra para exposição do conteúdo, o curso contém também pequenos cartazes com ilustrações no formato de passo-a-passo, outros com principais informações como cuidados e detalhes, vídeos ilustrativos dos procedimentos, histórias e textos, bem como guias de leitura com questões que orientam o profissional a enfatizar determinados itens dos POP. Também são ofertadas as ferramentas de fórum de discussão, para propiciar o diálogo acerca dos procedimentos, questionários avaliativos, tanto com questões específicas sobre ordem e cuidados com os POP, bem como com questões que simulam o atendimento ao um paciente fictício, por meio de estudo de caso. Além disto, foram planejadas enquetes para acompanhamento das dificuldades e potencialidades do curso, bem como uma avaliação de reação do mesmo. Ao concluir o material, o grupo optou por dar início a capacitação a partir da seguinte sistematização: A capacitação inicia com um encontro presencial de duas horas nas dependências do HUSM-UFSM, visando mobilizar as equipes, informar objetivos e orientar quanto aos primeiros acessos ao Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem (AVEA) Moodle, informando um tutorial de acesso. A seguir, o curso toma um formato modular, sendo que cada módulo contém atividades e material didático preparados exclusivamente para esta capacitação. Os módulos foram organizados através do agrupamento de POP com temáticas específicas, o módulo 1 abrange os assuntos: Manual de Gerenciamento de Rotina e Procedimentos Operacionais Padrão, Segurança do Paciente, Cuidados com transfusões de hemocomponentes, Administração de dietas e medicamentos, Cuidados com preparo e administração de medicamentos. Já o Módulo 2 trata dos seguintes assuntos: Tópicos de higiene e Cuidados com pacientes. O terceiro módulo apresenta temas como Verificação de Sinais Vitais e Cuidados com curativos, e, por fim, o último módulo conclui o curso com Cuidados com pacientes críticos. Além disto são disponibilizadas atividades de recuperação e avaliação final. No presente momento, o curso encontra-se em processo de validação por meio de uma turma "piloto" que é composta por Enfermeiros do Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem (NEPE), tal grupo tem por missão revisar o conteúdo, sugerir adequações e, por fim, legitimar a capacitação a fim de disponibilizar o curso aos demais profissionais do HUSM. Posteriormente, os enfermeiros que validaram o conteúdo serão referências em suas unidades de atuação no auxílio aos profissionais de enfermagem que realizarão o curso. Por fim, esta iniciativa contou com uma equipe de 28 pessoas, composta por enfermeiros, bolsistas, pedagogo e técnico administrativo para dar o suporte na criação, andamento e conclusão do curso. **Conclusões:** Acredita-se que esse curso EAD trará benefício ao HUSM como instituição, no sentido de padronizar ações e procedimentos e, dessa forma, contribuir para uma assistência cada vez mais qualificada e segura ao paciente. Além de ser uma estratégia de educação permanente que possibilite a ampliação do saber profissional facilitando o desenvolvimento da aprendizagem dentro ou fora da instituição, trazendo uma nova perspectiva de produção de conhecimento em um novo espaço de aprendizagem.

DESCRITORES: Educação em Saúde; Educação a distância; Enfermagem; Capacitação em Serviço.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Buenas práticas clínicas. Documento das Américas. 2006. Washington (DC): OPAS.

Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. 2008 nov-dez; 16(6).

Ministério da Educação (BR). Decreto 5.622, de 19 de Dezembro de 2005. Brasília: Ministério da Educação; 2005.

Camacho A, Conceição LF. Análise das publicações nacionais sobre educação à distância na enfermagem. Rev. bras. enferm. 2009 July/Aug. 62 (4).

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

41.EDUCAÇÃO PERMANENTE NA CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA PARTICIPATIVA NA SAÚDE

PERMANENT EDUCATION IN THE CONSTRUCTION OF PARTICIPATORY CITIZENSHIP IN HEALTH

EDUCACIÓN PERMANENTE PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA CIUDADANÍA PARTICIPATIVA EN

BRUM, Zaléia Prado de[1] SOARES, Narciso Vieira[2] ;FONTANA, Rosane Salud Teresinha[4];LUCCA, Jane conceição Perim[4] ;MELO, Sandra Maria Cardoso de[5]

Introdução: a Constituição Federal de 1988 que em seu artigo 5º, garante a inviolabilidade do direito à vida, indistintamente, a todos os brasileiros e estrangeiros residentes no País e, nos artigos 196 ao 200, trata da criação do Sistema Único de Saúde SUS. Artigos que são regulamentados pela lei 8080/90 e pela lei 8.142, a qual institui legalmente os conselhos de saúde, vêm sendo implantados, acumulando diferentes experiências no território brasileiro. A democracia participativa, a qual promove o engajamento popular na prática da cidadania, no contexto do Sistema Único de Saúde vem sendo legitimada de diferentes formas, através das reuniões dos Conselhos e dos Encontros (regionais e nacionais) de Conselhos e Conselheiros, e passa por permanentes negociações entre os interesses específicos de cada segmento representado no conselho. O mandato dos conselheiros é na maioria de quatro anos de acordo com a Lei de criação dos conselhos em cada munícipio e também há troca constante de gestores. É um Órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de governo. Faz parte da estrutura das secretarias de saúde dos municípios, dos estados e do governo federal. Deve funcionar mensalmente, ter ata que registre suas reuniões e infraestrutura que dê suporte ao seu funcionamento. Quem faz parte desse colegiado são representantes do governo, dos usuários, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços[1].Neste sentido entendeu-se que a educação permanente é importante para a efetividade do controle social, bem como para o fortalecimento da participação popular no acompanhamento da política pública de saúde. O conselho atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O conselho analisa e aprova o plano de saúde; analisa e aprova o relatório de gestão; informa a sociedade sobre a sua atuação. Todo conselheiro deve ter conhecimentos sobre a lei de criação do conselho municipal ou do conselho estadual, do conselho distrital e do Conselho Nacional de Saúde, a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), a lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS), as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios em ações e serviços públicos de saúde; os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, o Plano de saúde local e do Relatório de gestão[2]. **Objetivo:** o trabalho desenvolvido teve como objetivo o

[1]Mestre em Educação Docente da Universidade Regional Integrada do Alto do Uruguai e das Missões (URI), Campus de Santo Ângelo/RS. zaleia@santoangelo.uri.br
[2]Doutor em Enfermagem. Docente URI, Campus de Santo Ângelo/RS
[3]Doutora em Enfermagem. Docente URI, Campus de Santo Ângelo/RS
[4]Mestre em Ensino Cientifico e tecnológico Docente URI, Campus de Santo Ângelo/RS
[5]Mestre Docente do Instituto Federal Farropilha, Campus de santo Ângelo/RS

Fortalecimento do Controle Social na Saúde a partir de oficinas temáticas realizadas em oito municípios na região noroeste do RS, considerando a necessidade de instrumentalizar os Conselheiros de Saúde para o exercício de sua competência legal, através da disponibilização de informações e conhecimentos necessários à efetividade do controle social do SUS, além de discutir as diretrizes e os princípios que definem o modelo assistencial do SUS, as metas a serem alcançadas e os obstáculos reais que dificultam a sua efetivação. **Metodologia**: para desenvolver este trabalho, utilizamos metodologias que buscassem a construção coletiva do conhecimento, baseada na experiência do grupo, ou seja, levando em consideração que o conhecimento é fruto da prática concreta e real dos sujeitos a partir de suas vivências e histórias. A perspectiva metodológica destas oficinas fundamentou na concepção dialética de educação popular, onde as técnicas educativas adotadas serviram de ferramentas de apoio. Os temas foram discutidos e aprofundados a partir do que os sujeitos já conhecem ou pensavam sobre ele, sendo então explicitados com o auxílio de dinâmicas de grupo O Sus que temos e o Sus que queremos[2]. Os temas propostos não foram necessariamente nesta na ordem apresentada, foram trabalhadas de acordo com a realidade e necessidade de cada Município. São eles:*Saúde e cidadania: A política de saúde brasileira e a seguridade social*Estruturação do conselho de saúde*A participação e o Controle Social na Saúde: o papel do conselheiro*SUS! O desafio da realidade: onde estamos e para onde vamos?!*SUS: planejamento, financiamento e avaliação. Estes temas foram apresentados em dois grandes blocos. A política de saúde brasileira. Este bloco teve como objetivo provocar nos participantes reflexões e discussão acerca do conceito de saúde, a saúde na esfera da seguridade social, a constituição da política de saúde brasileira, aspectos conceituais e legais do SUS (onde estamos e para onde vamos?), planejamento, financiamento e avaliação na esfera da saúde. Há muitas divergências e conflitos, tendo reflexos na gestão dos serviços de saúde. Instrumentalizar os Conselhos de Saúde é um exemplo de ferramenta que aos poucos começa a mostrar resultados e que podem alterar o jeito de fazer política e de aplicar os recursos públicos. Este bloco teve como objetivo provocar nos participantes reflexão e discussão acerca da importância do controle social na saúde, conceito, história e bases legais para o controle social, conferencia de saúde, estruturação de conselhos de saúde, composição, organização e funcionamento, o papel do conselheiro, seus desafios e a Política de Educação Permanente para o controle social. **Conclusões:** ao desenvolver este trabalho percebemos que a relação entre gestores e conselhos ainda carece de ações para desenvolver estratégias que promovam o intercâmbio de experiências entre os Conselhos e o incremento da articulação com suas bases. Esperamos contribuir para a formação de uma consciência sanitária, que considere a compreensão ampliada de saúde e contemple sua articulação Inter setorial com outras áreas das políticas públicas e contribuir para a estruturação e articulação de canais permanentes de informações sobre os instrumentos legais, alimentados pelos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, Entidades Governamentais e Não-Governamentais. Esta abordagem metodológica ocorreu de forma descentralizada, respeitando as especificidades e condições locais para que pudesse ter maior efetividade. A participação social tem assumido importante papel na construção das políticas públicas, especialmente no setor saúde. Assume papel estratégico na garantia dos preceitos pretendidos pela Reforma Sanitária como a descentralização e a municipalização a partir da Constituição Federal de 1988 que marca a democratização do setor Saúde Brasileira. É preciso acreditar que através da educação permanente é possível haver o empoderamento dos atores sócias; neste processo a identidade de enfermeira e educadora é indissociável no cumprimento da responsabilidade social na caminhada para a efetivação do SUS. Os conselhos de saúde e as conferências de saúde se constituem, atualmente, nos principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo. Atuando como mecanismos essencialmente democráticos, através deles, a sociedade se organiza para a efetiva proteção da saúde como direito de todos e dever do Estado[3].

DESCRITORES: Sistema Único e Saúde; Conselho de Saúde; Participação Comunitária.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Mendes EV. O SUS que temos e o SUS que queremos. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Textos de apoio à mesa redonda da 2ª Assembléia do CONASS em 19/03/2004. Brasília, CONASS, mar 19, 20004. p.1-34.

2. Ministério da Saúde (BR). Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2. ed., Brasília[DF]: Ministério da Saúde; 2013.

3. Ministério da Saúde (BR). Para entender o controle social na saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília[DF]: Ministério da Saúde, 2013.

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

42. ENFERMAGEM NA CONSTRUÇÃO CIVIL: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE TRABALHADORES

PREVENTING ACCIDENTS AND PROMOTING HEALTH AT WORK IN CONSTRUCTION

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO DE LA CONSTRUCCIÓN CIVIL

CARDOSO, Sandra Maria de Mello[1]; BRUM, Zaleia Prado de[2]; RODRIGUES, Andressa Peripolli[3], SPERLING, Sara Gallert[4]

Resumo

Introdução: A atuação na construção civil se destaca como uma das mais perigosas, visando o exercício do serviço executado nas obras em construção e também pela precariedade das medidas de segurança[1]. Todas as atividades que realizam: demolição, reparos, pinturas, limpeza, manutenção, modelo de construção, obras de urbanização e paisagismo fazem parte da construção civil, tendo aí um conjunto de algumas funções que contemplam esse serviço. Entre os Equipamentos de Proteção Coletiva- EPC, podemos citar proteção de maquinas, comandos bi-manuais, aterramento elétrico, proteção contra ruídos, vibrações, quedas entre outros, também citados na NR-4 e 6. Todavia para a eficiência, uso correto e eventuais limitações de proteção dos EPCs, são importantes que a implantação dos mesmos seja seguida de treinamentos e educação contínua dos trabalhadores. Ao entender a importância desses e de outros equipamentos necessários para a prevenção de acidentes individuais ou coletivos, é fundamental que os trabalhadores entendam que os riscos não são eliminados completamente apenas com uma gestão organizacional do trabalho e o simples uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Para isso é necessário a colaboração em coletividade de todos os trabalhadores[1]. Desta forma, a inserção do profissional enfermeiro, em uma política que contemple o trabalhador civil, pode colaborar na construção de consensos e compromissos destes diferentes atores sociais para a prevenção dos acidentes de trabalho e promoção da saúde. **Objetivo:** identificar e descrever o perfil dos trabalhadores da construção civil e os riscos ocupacionais os quais estão expostos em um município situado na região noroeste do Rio Grande do Sul. Parte-se do pressuposto que ao analisar agravos laborais pode-se propor melhorias das condições de trabalho, protegendo a saúde dos trabalhadores, além de revelar dados que possam favorecer a educação para a prevenção, tais como uso de EPI, e coletiva atenção ao trabalho, entre outras medidas que favoreçam a promoção da saúde deste sujeito. **Metodologia:** Este estudo tem como abordagem o desenho quali-quantitativo[2]. Participaram do mesmo 16 trabalhadores da construção civil. Para que isso fosse possível, foi contatada a prefeitura do município para identificar as obras e o responsável técnico das mesmas. Todas as obras que implicavam na construção de prédios localizadas no centro da cidade foram identificadas e seu

[1]Enfermeira. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Docente do IFF – Instituto Federal Farroupilha – Campus de Santo Ângelo/RS/BR
[2] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da URI – Campus de Santo Ângelo/RS/BR.
[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do IFF – Instituto Federal Farroupilha – Campus de Santo Ângelo/RS/BR.
[4] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Graduada na UNIJUI/RS. E-mail: sarag.sperling@yahoo.com.br.

responsável recebeu um convite para participação na pesquisa, autorizando o pesquisador a proceder a convite aos trabalhadores da obra. Atualmente existe em torno de 20 obras na área central e uma estimativa de 200 trabalhadores. Para a realização desta pesquisa foram respeitados os aspectos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 466/2013[3].

Resultados: O Enfermeiro possui atividades de educação em saúde as quais se baseiam em ações de prevenção de doenças ocupacionais e de acidentes de trabalho, vinculando orientação quanto a um estilo de vida saudável, bem como a educação continuada[4]. Com isso é importante o enfermeiro possuir o saber de que ação tomar perante cada profissional, pois cada trabalhador possui um tipo de função, sendo assim exposto a riscos diferentes. Conforme o Ministério do Trabalho e do Emprego, a de função de pedreiro é organizar e preparar o local de trabalho na obra, construir fundações, estruturas de alvenaria, revestimentos e contra pisos entre outros. Ao servente de obras - também descrito na CBO como ajudante de obras, ajudante de saneamento, auxiliar de pedreiro, meia-colher, servente (construção civil), servente de pedreiro[2], cabe as tarefas de demolição de estruturas diversas, limpeza e compactação do solo nos canteiros de obras, limpeza de máquinas e ferramentas, verificação e reparo de defeitos mecânicos em equipamentos, escavação e preparação de massa de concreto e outros materiais. O grau de escolaridade exigido varia da quarta a sétima séries do ensino fundamental e curso de formação profissional básica de até duzentas horas. Com menos de um ano de experiência, o servente de obras já se encontra em plena capacidade para exercício da atividade[1]. Esses trabalhadores possuem carteira assinada na indústria da construção, em equipe própria ou terceirizada. O trabalho é diurno, ocorre a céu aberto e há supervisão ocasional. Segundo a CBO, esses trabalhadores ficam longos períodos em posições desconfortáveis, expostos à poeira e radiação solar. Além disso, como trabalham sob pressão, podem chegar a situações de estresse[2]. Esse estudo contemplou três tipos de profissionais: o Mestre de Obras, Pedreiro e Servente de Obras. Observou-se que a prevalência de estresse e fadiga é de 56% e de HAS é 57%. O estresse está presente na rotina de muitos profissionais, pode ocorrer que pela causa da natureza das tarefas na construção civil, o gasto físico de energia é uma constante e, como observado por este pesquisador durante o período de coleta de dados. Estresse é um fator muito importante, entretanto se relacionado a alguma comorbidade há um agravante maior. Há vários anos a HAS é considerada como redutora da expectativa de vida. E tem sido vista como o maior fator de risco para as patologias cardiovasculares, representando quase 80% das mortes por acidente vascular cerebral e 40% dos óbitos por doença coronariana. Em outro estudo também foi observado que dos 28 participantes de sua pesquisa, 22,76% apresentaram estresse, e a predominância dos sintomas psicológicos em 67,86% dos casos, seguidos dos sintomas físicos que atingiram 32,14%. Ações de prevenção e tratamento devem privilegiar também os aspectos psicológicos. Em um estudo nacional visando o aperfeiçoamento da NR-18, constatou-se que a prevalência da hipertensão arterial de 14% entre os trabalhadores da construção civil, não difere da prevalência da moléstia nas demais áreas de atuação[4]. De todos os trabalhadores deste estudo, 62% não praticam nenhuma atividade de lazer, assim contribuindo no acúmulo de fatores agravantes do estresse e fadiga. Esses fatores podem levar a hipertensão arterial, pois há diversos fatores associados à essa doença, tais como o tabagismo, o etilismo, o estresse ocupacional, condição social e idade, evidenciados no estudo atual. O trabalhador da construção civil normalmente vive sob pressão, pois as obras possuem tempo limite para o seu término, o que contribui para os riscos cardiovasculares. A falta de incentivo às práticas de exercícios físicos regulares e hábitos alimentares mais saudáveis

faz com que aumentem a incidência de doenças cardiovasculares graves. Há estima que houve um aumento de 8% a 10% ao ano nos custos com assistência médica dos trabalhadores. Outro problema em relação a atividades dos trabalhadores estudados foi a presença de ruídos. É o agente físico nocivo mais comum encontrado no ambiente de trabalho e pode causar perda progressiva e irreversível da audição, doença conhecida como perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR). Esse é o caso da exposição de trabalhadores em atividades diversas, como manutenção e supervisão, e de profissionais da construção civil como ajudantes, armadores e carpinteiros. Esse estudo também contribuiu para corroborar com outras pesquisas em relação aos acidentes de trabalho. A maioria dos trabalhadores, 81%, já sofreu algum tipo de acidente de trabalho. No Brasil, são altos os índices de acidentes de trabalho relacionados ao setor citado e precisa ser levado em consideração. Ocorrem por motivos do exercício profissional, culminando em agravos a saúde ou perturbações funcionais, podendo resultar em incapacidades ou até em óbito do indivíduo[1]. A indústria da construção na Suécia é responsável pelo maior número de acidentes no país. A construção civil passa por modificações importantes, apresentando avanço atualmente na economia brasileira. Nesse sentido, a inserção do profissional enfermeiro nessa área, na perspectiva de prevenção de situações de risco no ambiente de trabalho e nos processos produtivos, abre possibilidades de mudança e transformação, além de produzir novas formas de organizar o trabalho, vislumbrando sempre a proteção da saúde do conjunto de trabalhadores. **Considerações finais:** Os resultados deste estudo representam a realidade do grupo pesquisado evidenciando vários fatores de influência na saúde do trabalho da construção civil independentemente de sua ocupação na obra. A atividade que exercia na obra foi dividida em Mestre de obra, Pedreiro e Servente de Pedreiro. Conforme resultados, a intensidade de ruído, iluminação, vibração e condições atmosféricas foram questionamentos presente no estudo. A questão mais indicada como fator de influência para os trabalhadores foi o ruído como forte. Ao analisar os dados, pode-se observar que os trabalhadores que evidenciaram esse fator como influencia foram os trabalhadores que atuavam no solo, ou seja, junto com as maquinas produtoras de ruídos. Nesse estudo foi possível perceber a existência de riscos e agravos para o trabalhador. A construção civil apresenta um dos maiores indicadores de acidentes de trabalho e precisa de atenção para que consiga reverter essa situação. Muitos trabalhadores apresentam estresse e hipertensão arterial. A criação de Programas que visem modificar alimentação, inserir atividades físicas, dentre outras contribui para o rendimento e a saúde do trabalhador. O enfermeiro pode e deve estar inserido dentro de uma equipe multiprofissional com o intuito ajudar a minimizar esses fatores e contribuir com o setor, e sua atuação pode estar voltada para desenvolver ações preventivas a saúde. O enfermeiro tem como papel identificar os riscos a que os trabalhadores da área da construção civil estão vulneráveis e apresentar estratégias para reduzir ou extinguir o fator de risco e ajudá-lo na tomada de decisão.

DESCRITORES: Saúde do Trabalhador; Prevenção de Acidentes; Enfermagem

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

Referências

1. Takahashi MABC, Silva RC, Lacorte LEC, Ceverny GCO, Vilela RAG. Precarização do trabalho e risco de acidentes na construção civil: um estudo com base na Análise Coletiva do Trabalho

(ACT). Saúde soc. [Internet] 2012; 21(4) [acessado em 17 jun. 2013]. Disponível: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400015>.

2. Brasil. Ministério da Previdência Social. Lei 8.213/91. Brasília 1991 [acesso em 10 dez 2014]. Disponível: <http://www.ipsm.mg.gov.br>.

3. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59. [acesso em 18 out 2013]. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

4. Pereira MG. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica em Trabalhadores da Construção Civil. BJSCR, 2014; 6 (2). {acesso em 31 out 2014}. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140331_212010.pdf>.

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

43.ENFERMEIRO PERFUSIONISTA: BASES PARA ELABORAÇÃO DE CHECKLIST EM CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA

PERFUSIONIST NURSE: BASES FOR ELABORATION OF CHECKLIST IN EXTRACORPOREA CIRCULATION

ENFERMERA PERFUSIONISTA: BASE PARA LA LISTA DE VERIFICACIÓN EN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA

NICOLETTI, Andrelise Maria[1] ; ZAMBERLAN, Cláudia[2]

Resumo

O presente estudo visa instrumentalizar o Enfermeiro Perfusionista na elaboração de checklist de segurança do paciente, embasado na prevenção dos principais fatores desencantes de eventos adversos em circulação extracorpórea descritos na literatura. Configura-se como uma revisão narrativa de literatura constituída de referências científicas nacionais e internacionais. Foram selecionadas doze referências entre 2007 a 2016. Os eventos adversos na circulação extracorpórea durante o procedimento cirúrgico podem ocasionar complicação grave e/ou irreversível ao paciente. Conclui-se que os estudos nessa área ainda são limitados, todavia, tornou-se perceptível que a implantação de checklist direcionado pode contribuir para a consolidação da segurança do paciente durante as cirurgias cardíacas com uso de circulação extracorpórea.

DESCRITORES: Circulação Extracorpórea; Checklist; Segurança do Paciente.

Abstract

The objective of this study is instrumentalize the Perfusionist Nurse in the elaboration of a patient safety checklist, based on the prevention of the main dislodging factors of extracorporeal circulation adverse events described in the literature. It is configured as a narrative review of literature consisting of national and international scientific references. Twelve references were selected between 2007 and 2016. Adverse events in extracorporeal circulation during the surgical procedure may cause severe and / or irreversible complication to the patient. It is concluded that studies in this area are still limited, however, it has become apparent that the implementation of a targeted checklist can contribute to the consolidation of patient safety during cardiac surgeries with the use of extracorporeal circulation.

Descriptors: Extracorporeal Circulation; Check list; Patient safety.

Resumen

Este estudio tiene como objetivo dotar a la Enfermera Perfusionista en el desarrollo de lista de control de seguridad del paciente, basada en la prevención de los principales factores desencantes de eventos adversos en la circulación extracorpórea en la literatura. Configurado como una revisión de la literatura narrativa compuesta de referencias científicas nacionales e internacionales. Doce referencias fueron seleccionados de 2007 a 2016. Los eventos adversos en bypass cardiopulmonar

[1] Enfermeira, Mestre em Terapia Intensiva, Enfermeira Perfusionista no Hospital Universitário de Santa Maria/RS. perfusionista.nicoletti@gmail.com

[2]Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Enfermeira Assistencial da Unidade de Cardiologia Intensiva no Hospital Universitário de Santa Maria/RS.

durante la cirugía pueden causar complicaciones graves y / o paciente irreversible. Llegamos a la conclusión de que los estudios en esta área todavía se limitan, sin embargo, se hizo evidente que la aplicación de la lista de control de orientación puede contribuir a la consolidación de la seguridad del paciente durante la cirugía cardíaca con circulación extracorpórea.

Descriptores: Circulación Extracorpórea; Lista de verificación; Seguridad del Paciente.

Introdução

Com o desenvolvimento técnico-científico na área da saúde, as intervenções cirúrgicas tornaram-se mais complexas e, concomitante a isso, houve aumento da ocorrência de eventos adversos, o que representa um grave problema no âmbito de saúde hospitalar. Dentre as cirurgias de alta complexidade, estão as cardiovasculares. Uma das especificidades deste tipo de cirurgia, é que em sua maioria há a necessidade da circulação extracorpórea durante o período transoperatório.

Devido ao crescente número de casos de eventos adversos em intervenções cirúrgicas, foi lançada a campanha: "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2007, embasado no sistema de checklist, objetivando a conscientização mundial da necessidade de garantir a segurança do paciente durante os procedimentos cirúrgicos. O checklist da OMS é dividido em três fases: antes do início da anestesia, antes de iniciar a cirurgia e após o término do procedimento cirúrgico (antes do paciente deixar a sala de cirurgia)[(1)].

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), salienta que esse movimento para a segurança do paciente, tem como objetivo rever os processos assistenciais, prevenindo erros nos serviços de saúde. Ressalta a necessidade da implantação de um plano de segurança e qualidade para garantir a ausência de eventos adversos, erros e incidentes, ou minimizar ao máximo as suas ocorrências[(1)].

Em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a ANVISA disponibilizou ferramentas para a implantação da Cirurgia Segura dentro dos serviços de saúde brasileiros, incluindo nesse material, o checklist de cirurgia segura da OMS, recomendando adaptação do mesmo conforme a realidade vivenciada[(1)].

Nesse contexto, o presente estudo visa identificar os principais eventos adversos em circulação extracorpórea durante as cirurgias cardiovasculares, bem como a elaboração de um checklist no processo de implantação de cirurgia segura nesta especialidade.

Metodologia

Configura-se como uma revisão narrativa de literatura constituída de referências científicas nacionais e internacionais da temática Circulação Extracorpórea (CEC): Implantação de checklist para Cirurgia Segura. A pesquisa foi realizada em formato de revisão bibliográfica nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e na Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline) e Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme), utilizando artigos, periódicos e guidelines indexados no período de 2007 a 2016 mediante os DESCRITORES: Circulação Extracorpórea, Complicações e Segurança do Paciente.

A delimitação deste período de análise da pesquisa é justificada ao coincidir com o lançamento da campanha: "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2007, embasado no sistema de *checklist*, objetivando a conscientização mundial da necessidade de garantir a segurança do paciente durante os procedimentos cirúrgicos.

Resultados e discussão

Foram selecionados doze estudos que atenderam à temática em estudo. Quanto ao ano de publicação, foram encontradas duas referências no ano de 2007, uma de 2008, duas de 2009, cinco de 2011, uma de 2013 e uma de 2015.

Em relação a unidades hospitalares, o centro cirúrgico é reconhecido como um dos setores mais complexos do âmbito hospitalar e, também, mais favorável para a ocorrência de eventos adversos. Possivelmente esse fato aconteça devido às suas particularidades da assistência, da diversidade dos procedimentos cirúrgicos e diagnósticos, bem como da intensa circulação de pessoas de diferentes categorias profissionais[(2)].

No que tange os eventos adversos relacionados aos dispositivos que compõe o circuito de CEC, a maioria está associada às bombas de circulação (falhas elétricas ou mecânicas) e aos oxigenadores e circuitos (fissuras, desconexões, obstruções do fluxo sanguíneo ou gasoso, defeito ou vazamento no permutador de calor e defeito no misturador de gases) o que pode desencadear dentre outras complicações as isquemias[(3)].

Os fatores que podem desencadear eventos adversos durante a CEC são: erro humano, falta de manutenção preventiva, uso inadequado dos dispositivos de segurança e falha na montagem e checagem dos equipamentos[(3)].No que se refere aos princípios adotados em centros cirúrgicos, devido à complexidade que ocupa a cirurgia cardíaca, as técnicas para melhoria da qualidade nessa área são comparadas às utilizadas em indústrias de alta tecnologia, como a aviação. Um dos exemplos é a falha de motor de uma bomba de circulação extracorpórea no transcorrer de uma cirurgia cardíaca, sendo comparado à falha de um motor de avião no meio do Oceano Atlântico. Há soluções, mas a qualidade poderá ficar comprometida. Também é preconizado que todo incidente seja exaustivamente investigado como medida preventiva[(4)].

Os pequenos erros podem ser considerados como causadores de graves problemas. Nesse sentido, torna-se essencial a implantação de medidas que possibilitem a cirurgia segura. Cabe salientar, que a resolução destes problemas está vinculada ao reconhecimento antecipado das falhas, ou seja, no investimento de medidas preventivas[(4)].

No que diz respeito a erros e/ou acidentes, os profissionais de saúde respondem aos seus respectivos Conselhos pelos atos de negligência, imperícia e imprudência, o que constitui um papel fundamental na criação de uma cultura de responsabilidade [(5)]. Tais incidentes podem implicar em ações processuais, como as contra o perfusionista, instituição hospitalar e cirurgião, implicando em consequências pessoais e financeiras de grande proporção para todos os envolvidos[(6)].

Em relação à interação multiprofissional, pode-se ressaltar o entrosamento entre cirurgiões e perfusionistas como essencial no que tange a segurança de alto nível em cirurgia cardiovascular. Nesse aspecto, a inclusão do perfusionista não pode ser subestimada, pois exerce papel fundamental na segurança dos procedimentos que requerem o uso da CEC. Não apenas por sua ação direta com

materiais e equipamentos específicos de perfusão, mas na prevenção de acidentes e na redução das complicações que possam ocorrer[7].

O uso de recursos previamente estabelecidos, tais como o desenvolvimento de protocolos assistenciais como ferramentas para o processo de auditoria, o emprego de *checklist* de segurança [8] e uma boa comunicação entre a equipe cirúrgica, são considerados de extrema importância para a promoção da segurança em perfusão. O emprego destas medidas contribui, de forma significativa, para a redução de acidentes e complicações durante a CEC[9,10].

Ampliando esta reflexão, é possível considerar a segurança em perfusão, não apenas como um elemento isolado em cirurgia cardíaca, mas como uma série de fatores interligados que inclui equipamentos, dispositivos de segurança, manejo adequado de CEC, técnica cirúrgica, observação e comunicação dentro da sala cirúrgica. Apesar de haver um constante aprimoramento dos equipamentos e técnicas de perfusão, acredita-se que o fator primordial para a segurança em perfusão continuará sendo o conhecimento e experiência do profissional [11].

O desenvolvimento da cirurgia cardiovascular é baseada no progresso da circulação extracorpórea. Se ocorrer um acidente na circulação extracorpórea durante o procedimento cirúrgico, o paciente pode sofrer um dano grave e/ou irreversível . A segurança é um fator primordal para a condução de circulação extracorpórea nas intervenções cirúrgicas cardiovasculares.

A maioria dos eventos adversos em CEC ocorre com os componentes do seu circuito, podendo ser evitados através de uma revisão cuidadosa durante sua montagem, devendo ser examinados quanto à esterilização, integridade e validade. Pode-se considerar que o conhecimento da estrutura e dos mecanismos de funcionamento dos oxigenadores e demais aparelhos utilizados, a observação atenta e minuciosa, a monitorização contínua dos parâmetros do paciente e a atenção ao detalhe, tem mostrado, na prática, ser a melhor receita para evitar os acidentes e prevenir as complicações.

Nesse sentido, a elaboração de um checklist nesta especialidade com ênfase em cirurgia segura durante o transoperatório de cirurgias cardiovasculares, tornou-se uma necessidade em prol da cultura de segurança em ambiente cirúrgico. A CEC pode ser considerada como procedimento de alto risco, sendo responsabilidade do perfusionista garantir a segurança do paciente durante a perfusão.

Embora os dispositivos utilizados atualmente em CEC apresentem qualidade superior, não se dispensa o profissional habilitado para exercer essa vital função para garantia da segurança do paciente. Além disso, é preciso implementar condutas de segurança como a de revisão pré-procedimento, por meio da aplicação de um checklist, objetivando direcionar o manejo da CEC de acordo com o paciente, tipo de cirurgia e presença de comorbidades.

O checklist da OMS foi embasado em evidências científicas, entretanto, é possível adequá-lo de acordo com a realidade vivenciada, desde que permaneça sua “essência” em termos de bom senso por parte da equipe cirúrgica, visando à segurança do paciente. Ao elaborarmos um checklist voltado à CEC, devemos ter total conhecimento dos acidentes e complicações que possam ocorrer durante o procedimento, em relação aos materiais e equipamentos utilizados, bem como direcionar o manejo da CEC de acordo com o paciente, tipo de cirurgia e presença de comorbidades.

O perfusionista deve usar um checklist para cada CEC, devendo o mesmo ser incluído como parte do prontuário do paciente. Tem como finalidade verificar itens que deverão ser realizados e, posteriormente, revisados. O checklist deve ser feito por dois perfusionistas, sendo um o responsável pela perfusão no período intra-operatório[8].

Para proporcionar uma segurança efetiva , o checklist deve ser empregado ao longo de todo o período transoperatório (pré - montagem do circuito, pré - CEC e durante a CEC).

O Quadro 1 demostra os itens que deverão ser verificados. Quadro 1- Itens que deverão integrar o checklist para o período transoperatório. Santa Maria/RS, 2017.

Dados do paciente	Confirmação do paciente, proposta cirúrgica, exames laboratoriais e complementares, peso, altura, tipagem sanguínea, reserva de hemocomponentes, e comorbidades[8,9].
Equipamentos	Válvulas reguladoras de O2 e ar comprimido;rede elétrica; dispositivos de emergência; misturador de gases; funcionamento correto da máquina de CEC (roletes, bomba de circulação de escolha,bomba d'àgua); suportes[8,9].
Materiais	Esterilidade, validade e integridade das embalagens dos dispositivos que constituem o conjunto de CEC[8,9].
Planejamento	Planejar a CEC com a equipe cirúrgica[8.9].
Montagem do Circuito	Deverá ser de acordo a cirurgia. Verificar as conexões, integridade, lavagem do circuito, calibração da bomba e roletes e cardioplegia[8,9].
Perfusato	Solução estéril para preenchimento do sistema, de acordo com o paciente[8,9].

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

Canulação	Conforme o peso do paciente e proposta cirúrgica[8,9].
Monitoramento	Deverá ser monitorizado o circuito de CEC; temperatura do paciente e do sistema; fluxo; medicações; cardioplegia; comportamento micro e macro-hemodinâmica do paciente; anticoagulação[8,9].
Anticoagulação	Conforme o peso[8,9].
Aquecimento	Limitar temperatura da linha arterial para 37 °C (evita a hipertermia cerebral); manter um gradiente de 10ºC entre permutador e temperatura do paciente (para evitar a geração de gases e êmbolos)[8,12].
Registros	Realizar registro de todas as condutas em CEC[8,9].

III Seminário Internacional
V Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

Considerações Finais

A prática de cirurgia segura é uma exigência nos procedimentos realizados em instituições hospitalares, o que com o passar dos tempos adquiriu mais espaço e credibilidade, auferindo notável segurança aos processos, o que se considera um avanço na área da saúde, na tentativa de reduzir índices de mortalidade no transoperatório. Nesse sentido, também é possível considerar que a segurança em cirurgia está diretamente vinculada ao reconhecimento antecipado dos problemas que possam ocorrer, bem como da resolução preventiva destes.

Não obstante, é imprescindível que o profissional perfusionista exerça sua função de forma eficaz, de tal maneira que garanta a segurança do paciente durante a CEC. Para isso, é preciso adotar medidas que visem a melhoria do trabalho desenvolvido. Desta forma, a implantação de um checklist direcionado contribui para a consolidação da segurança do paciente durante as cirurgias cardiovasculares com uso de CEC.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Manual para Cirurgia Segura Salvam Vidas. Rio de janeiro: Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf>

Souza LP, Bezerra ALQ, Silva ABC, Carneiro FS, Paranaguá TTB, Lemos LF. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. Rev Enferm UERJ. 2011 Jan/Mar; 19(1):127-33.

Almeida CED, Carraretto AR, Curi EF, Marques LMA, Abatti REM. Mau funcionamento do sistema de circulação extracorpórea: relato de caso. Rev. Bras. Anestesiol.2011 Nov/Dez; 61(6):777-785.

Murad, H.; Murad, F. F. Controle de qualidade em cirurgia cardiovascular: um paradigma a ser atingido. Rev. Bras. Cir. Cardiovasc. 2007; 22(4):470-475.

.Colin, G.G. Perfusion Safety & Reducing Risk. Consultant to MAQUET Cardiopulmonary Copenhagen, Denmark. [Internet] 2008. [acesso 10 de fevereiro de 2016] Disponível: <http://www.perfusion.com/cgibin/absolutenm/templates/articledisplay.asp?articleid=3184&zoneid=4>

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Boletim Informativo, Brasília, v. 1, n 1, jan.jul. 2011.

Adachi A, Momose N. Extracorporeal circulation and cardiopulmonary bypass. Japanese Journal of Thoracic Surgery. 2009; 62:666-71.

American Society of Extracorporeal Technology. Standards and Guidelines for Perfusion Practice. July: 2013.

Croti UA, Jenkis KJ, Braile DM. Checklist em Cirurgia Cardíaca Pediátrica no Brasil: uma adaptação útil e necessária do International Quality Improvement Collaborative for Congenital Heart Surgery in Developing Countries. Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.2011; 26(3):511-5.

Kurusz, M. Perfusion safety: new initiatives and enduring principles. Rev. Perfusion. 2011;1(26):6-14.

Palanzo,D.A. Perfusion safety: defining the problem. Rev. Perfusion.2007; 20(4): 195-203.

Engelman et al. The Society of Thoracic Surgeons, The Society of Cardiovascular Anesthesiologists, and The American Society of ExtraCorporeal Technology: Clinical Practice Guidelines for Cardiopulmonary Bypass—Temperature Management During
Cardiopulmonary Bypass. Ann Thorac Surg.2015;100: 748–57.

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

44.ESTÁGIO SEGURO: PROTOCOLO PARA RISCO BIOLÓGICO TRABALHADO POR DOCENTES EM PARCERIA COM SECRETARIA DE SAÚDE

SAFE INTERSHIP: THE BIOLOGICAL RISK PROTOCOL DEVELOPED BY PROFESSORS IN PARTNERSHIP WITH THE HEALTH SECRETARY DEPARTAMENT

FASE SEGURA: PROTOCOLO BIOPELIGROSO TRABAJADO POR MAESTROS EN ASOCIACIÓN CON EL DEPARTAMENTO DE SALUD

SILVA, Isadora Roman[1]; BARRES, Kerolin Hartwig[2]; MELO, Paula Paiva[3]; INFANTINI, Ully C[4]; VARGAS, Elisa de[5;] FERREIRA, Milena Moreira[6]; STREFLING, Ivanete S[7];

Introdução: O Estágio Curricular no curso de Enfermagem proporciona aos estudantes oportunidades para a consolidação dos conhecimentos desenvolvendo atitudes/habilidades acerca da assistência integral a clientes (bebês, crianças, adultos e idosos) com alterações orgânicas, funcionais e emocionais, que necessitem de assistência mais complexa, considerando os aspectos biopsicossociais, culturais e ambientais. Os profissionais de saúde ao desempenhar atividades laborais correm risco de contrair diversas infecções. Tais atividades, denominadas insalubres incluem atendimento a pacientes, portadores de patologias infectocontagiosas e oferecem condições de risco de acidentes com materiais biológicos. O risco ocupacional depende de diversas variáveis, como prevalência de doenças transmissíveis na população atendida, informações sobre vias de transmissão de doenças, condições de segurança e atendimento qualificado após exposição ocupacional[1]. Para nortear as condutas de docentes e discentes do Curso de Enfermagem da Universidade, foi elaborado o Procedimento Operacional Padrão (POP) para Acidente de Trabalho com Risco Biológico baseado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral pós-exposição de Risco à Infecção pelo HIV[2] e no Guia de Bolso - Doenças Infecciosas e Parasitárias[3]. Deve ficar claro que o primeiro atendimento pós exposição é uma urgência médica, sendo assim, a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) deve ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras 2 horas, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição. Ressalta-se que as pessoas que procurarem atendimento após 72 horas, apesar de a PEP para HIV não estar mais indicada, devem ser avaliadas quanto à necessidade de acompanhamento clínico e laboratorial e de prevenção de outros agravos. Ressalta-se, entretanto, que a prevenção da exposição ao sangue ou a outros materiais biológicos é a principal e mais eficaz medida para evitar a transmissão do HIV e dos vírus da hepatite B e C[2]. Além disso, as consequências de exposições ocupacionais a patógenos que são veiculados pelo sangue vão além do comprometimento físico, elas podem trazer repercussões psicossociais ao profissional, levando a mudanças nas relações sociais, familiares e inclusive no próprio local de trabalho[3]. Foi constatado

[1] Acadêmica de Enfermagem, Universidade da Região da Campanha/ URCAMP Campus Bagé/RS.
[2] Acadêmica de Enfermagem, Universidade da Região da Campanha/ URCAMP Campus Bagé/RS
[3] Acadêmica de Enfermagem, Universidade da Região da Campanha/ URCAMP Campus Bagé/RS
[4] Acadêmica de Enfermagem, Universidade da Região da Campanha/ URCAMP Campus Bagé/RS
[5] Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Docente em Enfermagem, Universidade da Região da Campanha/ URCAMP Campus Bagé/RS
[6] Enfermeira, Mestre em Ensino na Saúde, discente do PPG em Enfermagem, UFPel; Docente em Enfermagem, Universidade da Região da Campanha/ URCAMP Campus Bagé/RS. E-mail: milenaferreira@urcamp.edu.br
[7] Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Docente em Enfermagem, Universidade da Região da Campanha/ URCAMP Campus Bagé/RS

em algumas pesquisas que o desconhecimento a respeito das condutas que deveriam ser adotadas após o acidente, provocou ansiedade, preocupação e até medo nos profissionais acidentados[1] e ao ter ciência deste fato, nós, docentes, nos engajamos para que isso não ocorra com nossos alunos durante o curso e que eles estejam preparados para caso ocorra qualquer imprevisto, tanto consigo mesmo, quanto com outrem. **Metodologia**: Nesse contexto, o trabalho apresenta um relato de experiência de docentes do curso de Enfermagem da Universidade da Região da Campanha – URCAMP após a implantação do Protocolo e capacitação dos discentes para acidente de trabalho com risco biológico antes de ingressar em campo de estágio. O relato de experiência aborda aspectos do preparo de graduandos em enfermagem para evitar e saber lidar com acidentes de trabalho com risco biológico e relata as experiências frente ao desenvolvimento das atividades nos campos de estágio em Enfermagem após conhecimento do Protocolo. **Resultados:** Inicialmente foi proposto à coordenação do curso de Enfermagem para estabelecer contato e parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, representada pelo Serviço de Atenção Integral a Sexualidade, pelo Serviço de Imunizações e pelo Laboratório Municipal da unidade de Saúde Camilo Gomes para que pudesse ser atualizado o Procedimento Operacional Padrão (POP) para Acidente de Trabalho com Risco Biológico e também o fluxograma de seguimento pós-acidente, contemplando orientação e atendimento à docentes e discentes do curso. A partir desta proposta, foram feitos os devidos contatos e estabelecidos os fluxos a serem seguidos. Logo, foi elaborado o POP com base nos documentos do Ministério da Saúde e apresentado à coordenação do curso de Enfermagem. De posse do documento na sua fase final, foi debatido entre os docentes em que momento o Protocolo seria abordado com os discentes. Então, foi acordado de que o mesmo estivesse presente nos Manuais de Estágio, para que todos os discentes tivessem acesso antes de dirigirem para qualquer campo de estágio. Além disso, a realização de palestra/capacitação para que todos participassem de forma ativa dos debates e entendessem os fluxos definidos, ficando assim, informados e mais seguros ao se dirigirem aos mais variados campos de estágio que o curso de enfermagem lhes proporciona. Uma das tarefas mais importantes da prática educativa-crítica é dar condições ao aluno em suas relações interpessoais para tornar-se um ser social e histórico, pensante, comunicante, transformador e criador[5]. Sendo assim, além do material estar incluído em anexo ao Manual de Estágio e da palestra proferida por docente da disciplina na Universidade, os acadêmicos participam, antes do início do seu primeiro estágio, de uma atividade educativa no hospital de referência, denominada “Integração”. Nesse momento os acadêmicos conhecem as normas e rotinas da instituição e os profissionais responsáveis pelos diferentes setores no intuito de que se sintam mais à vontade e seguros em relação a prevenção de acidentes com material biológico, bem como os mecanismos de ação em caso de exposição. Mais uma vez então as rotinas para acidentes de trabalho com material biológico são abordados, de modo que os mesmos possam se sentir atores deste processo, conhecendo o protocolo para sua utilização e também para suporte no atendimento aos demais, colegas e profissionais que por ventura precise deste tipo de atendimento. Por parte dos discentes, foi evidenciado em um primeiro momento certo distanciamento da realidade, onde ninguém acredita que vá acontecer consigo ou com seu colega, visualizando os acidentes em um patamar muito distante dos acadêmicos. Logo, ao apresentar índices do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e Emprego, além dos locais de referência para o pronto atendimento, os mesmos começam a refletir sobre atemática e a introverter a ideia de que acidentes não são premeditados, que podem ocorrer em qualquer local, com qualquer pessoa e que se deve estar

preparado para a tomada de decisão correta no momento do acontecimento. Outrossim, em consonância com a coordenação do curso de enfermagem e instituições cedentes de estágios mantêm-se a obrigatoriedade de comprovação da carteira de vacinação atualizada e de seguro de vida atualizado e vigente como pré-requisitos para ingresso do discente no local de estágio. Tal conduta vem sendo desenvolvida há pelo menos três semestres e considera-se ter-se alcançado êxito na sua implementação. **Conclusões:** Considera-se que o protocolo de Procedimento Operacional Padrão (POP) para Acidente de Trabalho com Risco Biológico e o fluxograma de seguimento pós acidente foi implementado com êxito no desenvolvimento de suas ações. Entretanto, cabe aos docentes e Instituição de ensino manter a excelência na continuidade das ações, buscando níveis de biossegurança elevados e orientando acerca de todas as medidas cabíveis quando da ocorrência de acidentes ocupacionais. Os profissionais docentes envolvidos prezam pelo atendimento de qualidade ao acidentado concentrando esforços para o reconhecimento dos riscos, oferecendo treinamento continuado e conscientização sobre práticas seguras pós-exposição como as desenvolvidas como, apresentação do POP nos manuais de estágio, palestra sobre acidente de trabalho com risco biológico, articulação com os serviços de referência do município, em vista de garantir a continuidade do atendimento e de insumos, além da abordagem correta do paciente-fonte, dos cuidados com o local da exposição, do conhecimento de status vacinal do acidentado e dos fluxogramas de atendimento conforme o Ministério da Saúde, bem como domínio acerca do monitoramento laboratorial. Acredita-se que ações educativas permanentes e medidas de proteção individual/coletiva como esta, implementada e experenciada por docentes de Enfermagem, são fundamentais e sempre válidas nos serviços de saúde. Considera-se positiva e exitosa a implementação do protocolo, reforçando a certeza que a informação e a prevenção devem andar sempre juntas para a proteção e suporte à saúde dos profissionais deste a sua formação.

DESCRITORES: material biológico; protocolo; docentes de enfermagem; estágio; prática profissional.

Eixo Temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Schneider, KS, Oliveira, AFL, Ferreira, MM. A Importância do atendimento qualificado ao profissional após ocorrer exposição ocupacional a materiais biológicos. Disponível em: http://ati2.urcamp.tche.br/congrega2012/anais/pdf/83.pdf. Acesso em: 31.03.2016. ISSN: 1982 – 2960.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças Infecciosas e Parasitárias. Guia de Bolso. 8ª ed. Brasília, 2010.

4. Damasceno, AP, Pereira, MS, Souza, ACS, Tipple, AFV, Prado, MA. Acidentes ocupacionais com material biológico: a percepção do profissional acidentado. Revista Brasileira de Enfermagem. Jan, 2006.

5. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

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

44.ESTRESSE DE PAIS DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: NOTA PRÉVIA

STRESS OF PARENTS OF NEWBORNS HOSPITALIZED FOR NEONATAL INTENSIVE CARE: PREVIOUS NOTE

ESTRÉS DE LOS PADRES DE LOS RECIÉN NACIDOS INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES: NOTA PREVIA

KEGLER, Jaquiele Jaciara[1]; NEVES, Eliane Tatsch[2]; JANTSCH, Leonardo Bigolin[3]; BUBOLTZ, Fernanda Luisa[4]; SILVEIRA, Andressa da[5]; SILVA, Júlia Heinz da[6].

Introdução: A hospitalização de um filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) tem sido descrita como uma experiência estressante para os pais e, quando associada à prematuridade, o nível de estresse tende a ser maior, possivelmente, em virtude da incerteza da sobrevivência, o aumento do risco de complicações e as preocupações relacionadas com os efeitos da prematuridade a longo prazo.[1] Na UTIN, o recém-nascido permanece em um ambiente estranho, rodeado de sons desconhecidos, luzes constantes e pessoas estranhas e, frequentemente, ele é submetido à procedimentos invasivos. Além disso, a imagem do bebê real, pequeno e frágil, é diferente da imaginada pelos pais durante a gestação, em que idealizaram um filho grande e saudável.[2] Estes fatores podem inibir a promoção do vínculo entre pais e filho, além de levar ao surgimento de quadros depressivos, transtornos de ansiedade ou fobias, podendo acompanhar os pais até mesmo após a alta hospitalar.[3] No intuito de identificar os fatores que contribuem para o estresse dos pais em UTIN e poder ajudá-los no enfrentamento destas situações, em 2009, a escala *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS: NICU) foi traduzida, adaptada e validada para a população brasileira, tendo por base a versão original, na língua inglesa, desenvolvida por Miles, Funk e Carlson em 1993, que tem por objetivo avaliar o estresse vivenciado por pais de recém-nascidos em UTIN.[4] Destaca-se o importante papel desempenhado pelos profissionais de enfermagem no que tange a superação dos diferentes estressores presentes na UTIN. Visto que conhecidos os aspectos emocionais e sociais vivenciados pelos pais, os profissionais podem desenvolver ações, tais como o método mãe-canguru, aleitamento materno, incentivo à participação dos pais nos cuidados de rotina do filho, favorecendo, desta forma, o desenvolvimento do papel de pai/mãe e o fortalecimento do vínculo entre pais e filho.[2,5] Frente ao exposto, questionou-se: existe associação entre fatores neonatais e sociodemográficos e o estresse de pais de recém-nascidos

[1]Enfermeira. Especialista em Enfermagem em UTI Pediátrica e Neonatal. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: jake_kegler93@hotmail.com
[2]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFSM. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – PQ2.
[3]Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutorando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva do Recém-Nascido (UTIRN) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).
[4]Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Enfermeira Técnica-administrativa em Educação da UFSM.
[5]Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).
[6]Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM.

internados em UTIN? **Objetivo geral:** analisar os fatores associados ao estresse de pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Objetivos específicos:** Descrever o perfil clínico destes recém-nascidos; descrever o perfil sociodemográfico dos pais destes recém-nascidos; identificar o nível de estresse destes pais; e analisar as relações entre o perfil clínico dos recém-nascidos, o perfil sociodemográfico e os níveis de estresse dos pais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido em uma UTIN de um hospital público de médio porte e alta complexidade. A UTIN oferece 21 leitos, estando distribuídos em alto risco (10 leitos), risco intermediário (8 leitos) e Unidade Canguru (3 leitos). Além disso, dentre os leitos de alto risco destaca-se que três destes estão destinados a pacientes externos e/ou que necessitem de isolamento, existindo sala específica para esta população. Os participantes do estudo são o pai e a mãe de recém-nascidos internados na UTIN. Estabeleceu-se como critérios de inclusão: ter visitado o filho pelo menos três vezes antes da coleta dos dados e o recém-nascido estar internado pelo menos cinco dias na UTIN. E como critérios de exclusão: os recém-nascidos que estiverem em processo de doação e os que internarem diretamente na Unidade Canguru. Os dados serão coletados de janeiro a julho de 2017, utilizando como instrumentos de coleta dos dados: o perfil clínico do recém-nascido, o perfil sociodemográfico dos pais e a escala PSS: NICU traduzida e validada para a população brasileira. A escala é composta por 26 itens, distribuídos em três subescalas, que medem o estresse dos pais relacionado com sons e imagens, aparência e comportamento do bebê e a alteração do papel de pai/mãe. Os pais indicam em uma escala do tipo *Likert*, que apresenta pontuação entre 1 e 5, o quanto estressante foi a experiência encontrada em cada item. Sendo que, a pontuação "1" refere-se a não estressante, "2" de pouco estressante, "3" de moderadamente estressante, "4" de muito estressante e "5" de extremamente estressante. Além disso, caso os pais não tenham passado pela situação descrita em determinado item da subescala, há a possibilidade de escolherem a resposta "NA" de "não se aplica".[4] Os pais/mães serão convidados a participar do estudo enquanto encontrarem-se na sala de espera, mediante o aceite e após assinado o termo de assentimento e/ou o termo de consentimento livre e esclarecido, os dados serão coletados de forma individual, em sala específica disponibilizada para este fim no próprio espaço físico da unidade. Em um primeiro momento, por meio de entrevista com o(a) pai/mãe será preenchido o instrumento do perfil sociodemográfico e, em seguida, entregue a PSS: NICU ao pai/mãe para que seja preenchida por ele(a). A pesquisadora permanecerá junto ao pai/mãe para o esclarecimento de eventuais dúvidas acerca do preenchimento da PPS: NICU. Por fim, o instrumento do perfil clínico do recém-nascido será preenchido pela pesquisadora mediante os dados encontrados no prontuário médico e de enfermagem. Destaca-se que a escala será aplicada na forma de entrevista aos pais/mães não alfabetizados. Os dados serão digitados e organizados no programa Epi-info® (versão 7.0), com dupla digitação independente. Verificados os erros e as 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. Para verificar associações entre o estresse (variável dependente) e as demais variáveis será adotado o teste do Qui-Quadrado ou Exato de Fischer. A análise multivariada será realizada por meio da Regressão de Poisson ou logística binária. Para a análise de correlação entre as médias das subescalas da PSS: NICU e as médias das variáveis quantitativas será utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson

ou de Spearman. No presente estudo será considerada com associação estatística significativa ao desfecho as variáveis cujo valor de p foi menor ou igual a 5% ($p \leq 0,05$). A análise da confiabilidade da escala será realizada por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach, calculado no software R (R Development Core Team, 2013). O estudo em questão atende aos aspectos éticos conforme a Resolução 466/2012, e foi aprovado em 14/12/2016 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o CAAE: 62641816.7.0000.5346. **Resultados esperados:** Com a presente pesquisa, busca-se identificar os principais estressores presentes na UTIN a fim de subsidiar a busca de estratégias pelos profissionais de saúde, para diminuir as repercussões negativas da experiência da hospitalização no estabelecimento do vínculo entre pais e filhos e na saúde física e psíquica dos pais, prestando, assim, uma assistência baseada nos princípios do cuidado centrado na família. Espera-se também contribuir para a ampliação da validação e disseminação da utilização da PSS: NICU nas UTINs como uma ferramenta para a identificação destes estressores. Ainda, pretende-se subsidiar a realização de novos estudos relacionados à temática, contribuindo para a construção do conhecimento em enfermagem neonatal e saúde.

DESCRITORES: Pais; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Estresse Psicológico.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Schappin R, Wijnroks L, Uniken Venema MM, Jongmans MJ. Rethinking stress in parents of preterm infants: a meta-analysis. PLos ONE. [Internet] 2013 Feb [cited 2017 Mar 30]; 8(2): 1-19. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23405105

2. Cartaxo LS, Torquato JA, Agra G, Fernandes MA, Platel ICS, Freire MEM. Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. Rev enferm UERJ. [Internet] 2014 jul-ago [acesso em 2017 mar 18]; 22(4): 551-7. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a19.pdf

3. 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. [Internet] 2012 jul-ago [acesso em 2017 mar 18]; 65(4): 571-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a04v65n4.pdf

4. Souza SR. Tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU) [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem; 2009.

5. Frello AT, Carraro TE. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev bras enferm. [Internet] 2012 maio-jun [acesso em 2017 mar 30]; 65(3): 514-21. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a18.pdf

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

`46.ESTUDANTES DE ENFERMAGEM DIANTE DE SOFRIMENTO MORAL

NURSING STUDENTS BEFORE MORAL SUFFERING

ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA ANTE EL SUFRIMIENTO MORAL

BORDIGNON, Simoní Saraiva[1]; BARLEM, Edison Luiz Devos[2]; BARLEM, Jamila Geri Tomaschewski[3]; NEUTZLING,Bruna Ruoso da Silva[4]

Introdução: Os estudantes vivenciam conflitos e problemas morais, frequentemente nos cenários de formação acadêmica de enfermagem, que podem ser deflagrados principalmente frente a situações de desrespeito, de si mesmos, dos colegas, usuários, trabalhadores de enfermagem e de saúde, reconhecendo-se, desencorajados, receosos e impotentes para reagir e manifestar questionamentos e indignação(1). Desse modo, estudantes de enfermagem vivenciam situações moralmente angustiantes, ao testemunharem circunstâncias de prestação de cuidados e comportamentos moralmente inadequados no ambiente acadêmico, incompatíveis com seus valores, princípios e padrões pessoais aprendidos durante sua formação acadêmica, possivelmente vivenciando sofrimento moral (SM). O conceito de SM idealizado por Andrew Jameton refere-se como um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando o indivíduo não pode executar ações moralmente adequadas, segundo sua consciência. Nesse contexto, os estudantes podem encontrar dificuldades de exercer resistência frente a mecanismos disciplinares do poder, que visam formar corpos dóceis, com máximas de obediência e submissão a normas e hierarquia(2). Assim, a vivência de SM por estudantes de graduação em enfermagem desperta a necessidade de refletir sobre sua formação acadêmica, sob a ótica de conceitos de Michel Foucault, como poder, resistência e poder disciplinar. Para tanto, poder numa perspectiva foucaultiana é entendido como uma multiplicidade de relações de forças e de resistências, estando presente em todas ações humanas e em todas suas organizações sociais(3). O poder disciplinar é facilmente exercitado em instituições, como a universidade, pois visa a disciplinarização, a normalização e o estabelecimento de modelos hierárquicos. Ainda, as técnicas disciplinares podem conduzir o estudante ao medo da repressão e assim fragilizar sua capacidade de julgamento moral e ético(3,4). **Objetivo:** Compreender as estratégias de resistência adotadas pelos estudantes de graduação em enfermagem, diante de situações de sofrimento moral. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva. O estudo foi desenvolvido em três universidades localizadas no sul do Brasil – duas públicas e uma privada, mediante entrevistas semiestruturadas com 21 estudantes de graduação em enfermagem, entre dezembro de 2015 e fevereiro de 2016. Optou-se por identificar as universidades estudadas pela letra U seguida de um (U1, U2 e U3). Os dados foram submetidos à análise textual discursiva e referencial teórico foucaultiano. Para tanto, os critérios de inclusão restringiram-se a ser: estudante de graduação em enfermagem, e ter

[1]Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. (PPGEnf/FURG). Email: simoni_bordignon@yahoo.com.br.
[2]Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem - FURG
[3]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem - FURG.
[4]Enfermeira. Graduação em Enfermagem - FURG.

disponibilidade para responder ao guia de entrevista gravado. Foram asseguradas as exigências éticas e científicas preconizadas para pesquisas com seres humanos, mediante a Resolução 466/2012, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (Parecer nº. 097/2013 CEPAS/FURG). **Resultados:** No que tange a caracterização dos participantes, 19 eram mulheres, com idades entre 21 e 50 anos, 13 estudantes de universidades federais; matriculados em sua maioria no décimo semestre (6), seguido do oitavo semestre (5); sete nunca reprovaram em alguma disciplina e seis uma vez. A maioria dos acadêmicos era solteira, branca, de religião católica, que afirmava não trabalhar, sendo que três trabalham na área da saúde. Ainda, sete estudantes referiram ter formação anterior como técnicas de enfermagem. A partir da análise dos dados, emergiram duas categorias: *Inação frente ao Sofrimento Moral:* construção de corpos dóceis e a fragilização moral do estudante. Nessa categoria evidenciou-se diferenças entre os estudantes das três universidades pesquisadas, em relação à motivação para a inação. A maioria dos estudantes da universidade U1 identificou problemas morais e éticos na relação com os docentes de enfermagem, através de práticas docentes autoritárias. Como estratégia de enfrentamento, referiram a inação como uma atitude de autopreservação, pautada em uma constante preocupação com sua imagem e com o medo de sofrer sanções. No contexto da universidade pública U2 e privada U3, os estudantes demonstraram que, muitas vezes, as relações de poder vivenciadas no ambiente acadêmico e de saúde parecem fortalecer e reproduzir a normalização de práticas e hegemonias na área da saúde, dificultando seu exercício de resistência diante de situações moralmente inadequadas. A segunda categoria *Estratégias de resistência ao Sofrimento Moral:* exercício de poder. Os estudantes de enfermagem parecem desenvolver estratégias de resistência que se diferenciam de acordo com a universidade em que estão matriculados. Assim, os estudantes das universidades públicas U1 e U2 demonstraram realizar o exercício de sua autonomia e liberdade no uso de estratégias de resistência, a partir da análise das relações de força em que estão imersos. Ainda utilizaram o diálogo quando se perceberam com mais domínio do saber da enfermagem e, portanto, com maior segurança para realizar enfrentamentos. Já na universidade privada U3 os estudantes utilizaram a avaliação docente e o recurso à coordenação de curso, como estratégias de resistência, motivados por um senso de autopreservação. No entanto, as estratégias de resistência podem repercutir tanto negativamente aos envolvidos: estudantes, docentes e usuários como positivamente. **Discussão:** Os estudantes de enfermagem referiram diferentes estratégias de enfrentamento diante de situações que podem lhes gerar SM, contemplando atitudes de ação e inação e, consequentemente, vivenciando repercussões. Nesse sentido, ao observar as relações de poder presentes em uma situação indesejável, o estudante pode, ou não, se sentir capacitado a enfrentá-la[(5)]. A partir dos resultados encontrados evidenciou-se que estudantes de graduação em enfermagem enfrentam dificuldades de resistir diante de situações que acreditam ser moralmente inadequadas e que lhes geram SM, devido ao exercício do poder disciplinar vivenciado no ambiente de formação. Desse modo, quando os estudantes vivenciam comportamentos autoritários e falta de apoio docente e institucional, podem optar, por primeiro, pela inação, entendida como uma estratégia de autopreservação, devido às dificuldades de enfrentar quem representa poder, o que parece favorecer sua fragilização moral no processo de formação profissional, cuja ênfase deveria ser a defesa de práticas moralmente adequadas no âmbito do ensino. No entanto, a vivência do SM possibilita, também, aos estudantes, atitudes de resistência nas relações de poder através do seu exercício de poder, motivados por uma necessidade de defesa de si e dos outros. Assim, o

enfrentamento de problemas morais no cotidiano das realidades em que estão inseridos pode, também, contraditoriamente, contribuir para seu fortalecimento moral, ao manifestarem seu modo de pensar, de uma forma autônoma, mediante atitudes de coragem para o exercício de poder. Dessa forma, as ações dos estudantes podem estar diretamente vinculadas à intensidade de SM, uma vez que aqueles que resistiram referem menor SM, enquanto que aqueles que expressaram arrependimento por não terem resistido referem experimentar mais SM[5]. Por outro lado, as possíveis repercussões do exercício de resistência dos estudantes, com punições e retaliações sem o alcance das rupturas desejadas, podem ampliar seu sofrimento. **Conclusão**: Foi possível identificar que o tipo de universidade, sendo ela pública ou privada, independe da vivencia de sofrimento moral no ambiente acadêmico, requerendo seu enfrentamento. Além disso, o exercício de poder disciplinar sobre os estudantes parece contribuir para sua fragilização moral, dificultando a implementação de estratégias de resistência no enfrentamento do SM. Dessa forma, as estratégias de resistência dos estudantes, mediante seu exercício de poder, parecem favorecer seu fortalecimento moral.

DESCRITORES: Estudantes de Enfermagem; Educação em Enfermagem; Poder; Moral; Ética.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1- 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.

2- Wiggleton C, Petrusa E, Loomis K, Tarpley J, Tarpley M, O'Gorman ML, et al. Medical Students‟ Experiences of Moral Distress: Development of a Web-Based Survey. Acad Med. 2010; 85(1):111-7.

3- Foucault M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. 42. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

4- Lomis KD, Carpenter RO, Miller BM. Moral distress in the third year of medical school; a descriptive review of student case reflections. Am Surg. 2009; 197(1):107-12.

5- Machado R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. Microfísica do poder. 26. ed. São Paulo: Edições Graal, 2008.

.

47.ESTUDO DE *FRAMINGHAM*: DA EVOLUÇÃO HISTÓRICA AOS DESAFIOS NA SUA UTILIZAÇÃO

FRAMINGHAM STUDY: FROM HISTORICAL EVOLUTION TO CHALLENGES IN ITS USE

ESTUDIO DE FRAMINGHAM: DA EVOLUCIÓN HISTÓRICA AOS DESAFIOS NA SUA UTILIZAÇÃO

NEVES, Gabriela Leal[1]; SCHIMITH, Maria Denise[2]; DULLIUS, Angela Isabel dos Santos[3]; ANSUJ, Angela Pellegrin[4]; FREITAS, Taísa de Paula Paiva[5].

Resumo

Introdução: O *Framingham Heart Study* revelou-se um importante fator de mudanças na percepção das doenças cardiovasculares. Questiona-se qual a importância do *Framingham Heart Study* na evolução do conhecimento sobre as doenças cardiovasculares? Objetivo: Realizar uma reflexão crítica sobre o estudo de *Framingham* e o impacto científico gerado no cuidado às doenças cardiovasculares. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura científica, realizada por meio de busca *online*, em março de 2017, das publicações indexadas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde utilizando as palavras-chave "*Framingham Heart Study*" *OR* "Estudo de Framingham" *AND* histórico. **Resultados**: Este estudo foi pioneiro na descrição dos fatores de risco e na epidemiologia cardiovascular. Também indicou a trajetória para o campo da cardiologia preventiva. O escore de *Framingham* é o melhor validado em diferentes populações. **Conclusão:** Reafirma-se, então, a utilização instrumento como referência na avaliação de pacientes com uma gama de configurações clínicas.

DESCRITORES: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Doenças Cardiovasculares; Prevenção Primária; Fatores de Risco.

Abstract

Introduction: The Framingham Heart Study has been shown to be an important factor for changes in the perception of cardiovascular diseases. Is the importance of the Framingham Heart Study questioned in the evolution of knowledge about cardiovascular diseases? **Objective**: To make a critical reflection about the Framingham study and the scientific impact generated in the care of cardiovascular diseases. **Methodology:** This is a narrative review of the scientific literature, carried out by means of an online search in March 2017 for publications indexed in the Virtual Health Library databases using the keywords "Framingham Heart Study" OR "Study Of Framingham

[1] Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGEnf/UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM. gabinevesenf@gmail.com.

[2] Orientadora. Enfermeira. Doutora em Ciências/Unifesp. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSM. Coordenadora do Curso de Enfermagem do CCS/UFSM. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

[3] Cirurgiã-Dentista, Professora Associada Departamento Estatística, Doutora em Odontologia com Ênfase em Epidemiologia, Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.

[4] Professora Titular Departamento Estatística, Doutora em Engenharia de Produção, Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.

[5] Enfermeira. Mestranda PPGEnf/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

"AND historical. **Results:** This study pioneered the description of risk factors and cardiovascular epidemiology. It also indicated the trajectory for the field of preventive cardiology. The Framingham score is the best validated in different populations. **Conclusion**: It is then reaffirmed to use the instrument as a reference in the evaluation of patients with a range of clinical settings.

DESCRIPTORS: Nursing; Nursing Care; Cardiovascular Diseases; Primary Prevention; Risk Factors.

Resumen

Introducción: O Framingham Heart Study reveló-se un importante fator de cambios en la percepción de las enfermedades cardiovasculares. Se cuestiona la importancia del Framingham Heart Study en la evolución de los conocimientos sobre las enfermedades cardiovasculares? **Objetivo**: Hacer una reflexión crítica sobre el estudio de Framingham y el impacto científico generado en el cuidado de las enfermedades cardiovasculares. **Metodología**: Se trata de una revisión narrativa de la literatura científica, llevada a cabo a través de la búsqueda en línea, en marzo de 2017, las publicaciones indexadas en las bases de datos biblioteca virtual en salud utilizando las palabras clave "Framingham Heart Study" *OR* "Estudio Framingham" *AND* historico. **Resultados**: Este estudio fue pionera en la descripción de los factores de riesgo y la epidemiología cardiovascular. También se indica la ruta de acceso al campo de la cardiología preventiva. La puntuación de Framingham es la mejor validada en diferentes poblaciones. **Conclusión:** Se reitera a continuación, utilizar el instrumento como una referencia en la evaluación de pacientes con una variedad de entornos clínicos.

DESCRIPTORES: Enfermería; Atención de Enfermería; Enfermedades Cardiovasculares; Prevención Primaria; Factores de Riesgo;

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

Introdução

O *Framingham Heart Study* (FHS), também chamado estudo de *Framingham*, foi um estudo de base populacional realizado nos Estados Unidos da América (EUA) com início em 1948 na cidade de *Framingham*, *Massachusetts*. Patrocinado pelo *National Heart Institute* avaliou, durante 50 anos, a pressão arterial, tabagismo, perfil lipídico, e outras características, de 5.209 indivíduos, de diferentes etnias, com idades entre 30 e 74 anos à data da observação inicial. Primeiramente teve como foco de estudo a doença coronariana, ampliando-se para doença cerebrovascular, claudicação intermitente e fibrilação atrial[1].

Anteriormente ao conhecimento dos fatores de risco cardiovasculares (FRC), as doenças cardíacas eram relacionadas ao processo de envelhecimento natural e inerente do ser humano[2]. Nesse cenário, o estudo de *Framingham* revelou-se como um importante fator de mudanças sobre a percepção das doenças cardiovasculares (DCV)[3].

Essa nova percepção sobre a etiologia das DCV tornou-se extremamente reconhecida e respeitada por profissionais da área de epidemiologia, cardiologia e saúde pública, já que o estudo de *Framingham* influenciou essas áreas e a abordagem da prevenção das doenças crônicas no mundo. Isso se deve ao fato de o FHS ter na sua realização algumas inovações metodológicas para a época, como: a inclusão de mulheres em um estudo de *coorte* observacional[4,5]; o acompanhamento de longa duração a uma população relativamente grande[6,7]; a utilização de medidas padronizadas de

múltiplos dados biométricos e de biomarcadores como o colesterol sérico e a pressão arterial[4]; e a criação de ferramentas estatísticas e de algoritmos como a Escala de Risco de *Framingham* (ERF) que permitem descrever e mensurar os FRC, bem como classificar a exposição do risco individual[3].

Desde então, a ERF tem sido avaliada e indicada para a estratificação de risco das DCV. O Ministério da Saúde[8] recomenda a utilização desse escore com o intuito de prever o risco de uma pessoa desenvolver uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Para isso, baseia-se nos estudos da Sociedade Brasileira de Cardiologia[9], que orienta a investigação da presença de múltiplos fatores de risco (sexo, idade, pressão arterial, tabagismo, colesterol total, níveis de HDLc e LDLc). Questiona-se, assim, qual a importância do *Framingham Heart Study* na evolução do conhecimento sobre as doenças cardiovasculares? Dessa forma, objetiva-se com essa pesquisa realizar uma reflexão crítica sobre o estudo de *Framingham* e o impacto científico gerado no cuidado às doenças cardiovasculares.

Metodologia

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura científica por permitir um amplo conhecimento em relação a um assunto específico. Possibilita, assim, a contextualização sobre um determinado tema e a análise sobre as concepções disponíveis na literatura[10].

Foi realizada por meio de busca *online*, em março de 2017, das publicações indexadas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando-se a estratégia (tw:("*Framingham Heart Study*" OR "Estudo de *Framingham*")) AND (tw:(histórico)). Foram encontrados 16 estudos, dos quais 15 exibiam texto completo disponível. Esses foram analisados quanto à temática na busca de responder ao objetivo da pesquisa.

Resultados e discussão

O estudo de *Framingham* foi o primeiro a descrever a relação de DCV com a obesidade, a elevação da pressão arterial sistólica, o colesterol e o tabagismo; além da análise de que esses fatores atuam sinergicamente aumentando o RCV. Assim, essas observações forneceram muitos princípios da epidemiologia cardiovascular e revolucionaram a prevenção primária dessas doenças[11].

O FHS voltou-se, assim, para a compreensão das doenças cardiovasculares e seus fatores de risco. No que se refere aos riscos pela elevação dos níveis de colesterol total surgiu como uma iniciativa para legitimar políticas públicas de saúde voltadas aos hábitos alimentares e, dessa forma, modificando a visão sobre o estilo de vida[3].

Alguns estudos fazem a análise de que a origem do FHS esteja intimamente relacionada à morte prematura decorrente de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e acidente vascular encefálico (AVE) do presidente norte-americano Franklin Delano Roosevelt em 1945. Os primeiros achados, publicados em 1957, definiram a HAS como a pressão arterial sistólica ≥ 160/95 mmHg; detectando como consequência um aumento na incidência de doença coronariana e de AVE[12].

Apesar dos achados, acreditava-se que uma pressão arterial sistólica aceitável deveria somar 100 a idade do participante em milímetros de mercúrio (mmHg). Anos mais tarde, em 1977, a importância do controle da pressão arterial foi adotada nas diretrizes práticas do primeiro Relatório do Comitê Nacional Conjunto de Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial[13].

Anteriormente ao FHS o conhecimento sobre as DCV, suas causas e formas de tratamento, relacionava as causas das doenças cardíacas com características individuais, principalmente aos fatores emocionais. Com a mudança do perfil epidemiológico, as doenças crônicas passaram a ser entendidas como decorrência de múltiplas causas, sob efeitos ambientais e comportamentais; além da avaliação de biomarcadores específicos como os níveis sanguíneos de colesterol[3].

Nessa perspectiva, a avaliação do sinergismo dos múltiplos fatores de risco permite a identificação de pacientes com alto risco de sofrer um evento coronariano. Isso permite que o profissional da saúde tenha subsídios para motivar os indivíduos na adoção de hábitos saudáveis, na adesão de metas terapêuticas e à redução de danos[1] melhorando a qualidade da atenção à saúde e a eficiência no uso dos recursos pelos serviços de saúde[14].

Alguns autores sugerem que como os escores de risco foram desenvolvidos durante o pico de incidência de doenças cardiovasculares nos EUA, pode haver uma tendência a superestimação do risco em até 50% em outras populações e têm a aplicabilidade diminuída em populações orientais[15]. Embora em algumas populações a ERF superestime o risco cardiovascular, sua influência é indiscutivelmente positiva na previsibilidade de doenças coronarianas e cerebrovasculares[16].

Como há uma variação no estilo de vida em diferentes regiões geográficas, são necessários estudos com informações de populações urbanas e rurais de países de baixa, média e alta renda. Esses estudos podem investigar as razões para a subutilização de estratégias em diferentes contextos e ajudar no desenvolvimento de novas abordagens para reduzir e ultrapassar lacunas na prevenção[16].

Dessa forma, com o entendimento da influência dos fatores de risco nas DCV, a pesquisa de *Framingham* indicou a trajetória para a área da cardiologia preventiva. Isso fez com que os pesquisadores direcionassem os estudos para testes clínicos com medicamentos que atuassem na redução da pressão arterial e do colesterol[3].

As recomendações das diretrizes clínicas para avaliação e prevenção do RCV sofreram mudanças nas últimas décadas. Por sua vez, os escores de risco foram desenvolvidos e validados majoritariamente em países de alta renda. Esses escores foram baseados no FHS a partir de várias *coortes* nos EUA e em países europeus. De uma forma geral, existem poucas pesquisas sobre a validade e generalização desses algoritmos em regiões diferentes da sua origem, o que não ocorre com o escore de *Framingham*. A ERF é o instrumento melhor validado em diferentes populações, apesar de superestimar o risco de eventos cardiovasculares iniciais em populações de norte e sul-americanos, japoneses, hispânicos, europeus e chineses[17].

Considerações Finais

Os estudos epidemiológicos, como o estudo de *Framingham*, desempenham um papel importante na identificação dos fatores que predispõem a doenças crônicas, especialmente as doenças cardiovasculares e destacam as oportunidades de prevenção. Isso se deve ao conhecimento de multicausalidade, com a combinação de fatores de risco na estimativa do desenvolvimento de doenças coronárias.

Percebe-se, portanto, a reafirmação da utilização do escore de *Framingham* ao longo do tempo e a sua indicação como um instrumento de referência na avaliação de pacientes diante de

uma gama de configurações clínicas. Portanto, ferramentas como a escala de risco de *Framingham* contribuem para o rastreamento e o gerenciamento do risco da população estudada.

Esse acompanhamento permite ao profissional da saúde a melhoria na abordagem terapêutica com a identificação e o planejamento de ações voltadas para as reais necessidades das pessoas a que prestam seus cuidados. Dessa forma, salienta-se a efetividade do uso dessa escala na prevenção primária da doença cardiovascular, avaliando previamente a existência e influência dos fatores de risco existentes.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Lotufo PA. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. Rev Med (São Paulo). 2008 out/dez; 87 (4): 232-7.

2. Dawber TR, Kannel WB. The Framingham Study: An Epidemiological Approach to Coronary Heart Disease. In: Spiess MR. Doenças cardíacas e risco: o Framingham Heart Study [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; 2014.

3. Spiess MR. Doenças cardíacas e risco: o Framingham Heart Study [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; 2014.

4. Turnbull F, Kenge P, MacMahon, S. Blood Pressure and Cardiovascular Disease: Tracing the Steps From Framingham. In: Spiess MR. Doenças cardíacas e risco: o Framingham Heart Study [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; 2014.

5. Mendis S. The Contribution of the Framingham Heart Study to the Prevention of Cardiovascular Disease: A Global Perspective. In: Spiess MR. Doenças cardíacas e risco: o Framingham Heart Study [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; 2014.

6. Susser M. Epidemiology in the United States After World War II: The Evolution of Technique. In: Spiess MR. Doenças cardíacas e risco: o Framingham Heart Study [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; 2014.

7. Yusuf S, Anand S. Deciphering the Causes of Cardiovascular and Other Complex Diseases in Populations: Achievements, Challenges, Opportunities, and Approaches. In: Spiess MR. Doenças cardíacas e risco: o Framingham Heart Study [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; 2014.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília, 2010. P. 95.

9. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arq Bras Cardiol. Rio de Janeiro, 2013 dez; 101 (6/supl 2).

10. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta paul. enferm. 2007 abr/jun; 20 (2).

11. Tsao CW, Vasan RS. The Framingham Heart Study: past, present and future. Int J Epidemiol. 2015 dec; 44 (6): 1763-6.

12. Mahmood SS, Levy D, Vasan RS, Wang TJ. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. Lancet. 2014 mar; 383 (9921): 999-1008.

13. Mahmood SS, Levy D, Vasan RS, Wang TJ. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. Lancet. 2014 mar; 383 (9921): 999-1008.

14. Sousa NP, et al. Estratificação de Risco Cardiovascular na Atenção Primária segundo Escore de Framingham. Tempus, Actas de Saúde Colet (Brasília). 2016 mar; 10 (1): 157-68.

15. Mendis S. The contribution of the Framingham Heart Study to the prevention of cardiovascular disease: a global perspective. Prog Cardiovasc Dis. 2010 jul/aug; 53(1): 10-4.

16. Yusuf S, Anand S. Deciphering the causes of cardiovascular and other complex diseases in populations: achievements, challenges, opportunities, and approaches. Prog Cardiovasc Dis. 2010 jul/aug; 53 (1): 62-7.

17. Bitton A, Gaziano TA. The Framingham Heart Study's impact on global risk assessment. Prog Cardiovasc Dis. 2010 jul/aug; 53 (1): 68-78.

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

48.EXPERIÊNCIA DE PAIS ACERCA DA TERAPÊUTICA UTILIZADA PELO RECÉM-NASCIDO EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

PARENTS EXPERIENCE ABOUT THERAPEUTICS USED BY THE NEWBORN IN NEONATAL INTENSIVE CARE

EXPERIENCIA DE PADRES SOBRE EL TERAPÉUTICA DEL RECIÉN NACIDO EN CUIDADO INTENSIVO NEONATAL

KEGLER, Jaquiele Jaciara[1]; NEVES, Eliane Tatsch[2]; BUBOLTZ, Fernanda Luisa[3]; SILVEIRA, Andressa da[4]; SILVA, Júlia Heinz da[5].

Resumo

Introdução: Experiências negativas relacionadas à hospitalização do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal podem inibir o estabelecimento do vínculo entre pais e filho bem como levar ao aparecimento de distúrbios, tanto físicos como psíquicos. **Objetivo:** Analisar as produções dos programas brasileiros de pós-graduação em enfermagem acerca da experiência dos pais frente à terapêutica utilizada pelo recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** Revisão narrativa, realizada nos Catálogos de Teses e Dissertações do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem do Brasil. Foram selecionadas nove produções, que atenderam aos critérios de inclusão. **Resultados:** O método canguru, o cateter central de inserção periférica, a cirurgia e a fototerapia constituíram as terapêuticas utilizadas pelos recém-nascidos deste estudo, as quais propiciaram experiências positivas e negativas aos pais. **Conclusões:** O conhecimento da experiência dos pais acerca das terapêuticas utilizadas pelos recém-nascidos possibilita a implantação de estratégias que atendam às suas reais necessidades.

DESCRITORES: Pais; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Recém-nascido; Terapêutica.

Abstract

Introduction: Negative experiences related to the hospitalization of the neonate in the Neonatal Intensive Care Unit can inhibit the establishment of the bond between parent and child as well as lead to the appearance of disorders, both physical and psychic. **Objective:** To analyze the productions of the Brazilian postgraduate nursing programs about the parents' experience regarding the therapy used by the newborn hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit. **Method:** Narrative review, conducted in the Catalogs of Theses and Dissertations of the Brazilian Center for Nursing Studies and Research. 9 productions were selected, which met the inclusion criteria. **Results:** The kangaroo method, central peripheral insertion catheter, surgery and phototherapy were

[1]Enfermeira. Especialista em Enfermagem em UTI Pediátrica e Neonatal. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: jake_kegler93@hotmail.com
[2]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFSM. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – PQ2.
[3]Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Enfermeira Técnica-administrativa em Educação da UFSM.
[4]Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).
[5]Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM.

the therapies used by the newborns of this study, which provided positive and negative experiences for the parents. **Conclusions:** Knowledge of the parents' experience about the therapies used by the newborns allows the implementation of strategies that meet their real needs.

DESCRIPTORS: Parents; Intensive Care Units Neonatal; Newborn; Therapeutics.

Resumen

Introducción: Las experiencias negativas relacionadas con la hospitalización de los recién nacidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales pueden inhibir el establecimiento del vínculo entre padres e hijos y dar lugar a la aparición de trastornos, tanto física como psíquica. **Objetivo:** Analizar la producción de programas de postgrado en enfermería de Brasil acerca de la experiencia de los padres a través de la terapia utilizada por los recién nacidos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. **Método:** Revisión narrativa, celebrada en catálogos de Tesis y Disertaciones del Centro de Estudios e Investigación en Enfermería. Se seleccionaron nueve producciones, que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** El método canguro, catéter central de inserción periférica, cirugía y fototerapia constituido el terapéuticas utilizadas por los recién nacidos en este estudio, lo que permitió experiencias positivas y negativas padres. **Conclusões:** El conocimiento de los padres sobre la experiencia terapéutica utilizada por los recién nacidos permite estrategias de implementación que satisfagan sus necesidades reales.

DESCRIPTORES: Padres; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal; Recién nacido; Terapéutica.

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem

Introdução

O avanço do conhecimento e do desenvolvimento tecnológico das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTINs) e dos recursos terapêuticos proporcionaram grandes mudanças na assistência neonatal, contribuindo para o aumento da sobrevida de recém-nascidos (RNs) prematuros.[1] Segundo a Organização Mundial da Saúde, prematuros ou pré-termos são considerados os RNs com idade gestacional inferior a 37 semanas. Estima-se que a cada ano nasçam no mundo cerca de 15 milhões de prematuros, ou seja, mais de um em cada 10 nascimentos.[2]

O nascimento de um filho prematuro e a consequente hospitalização deste em uma UTIN trata-se de um evento imprevisível e estressante para os pais, pois estes deparam-se com um ambiente estranho e assustador, rodeado de sons desconhecidos, luzes constantes e pessoas estranhas, além de que a imagem do filho real é muito diferente da imaginada durante a gestação, em que idealizaram um bebê grande e saudável.[3]

Ainda, em virtude da sua fragilidade clínica, frequentemente, o RN é submetido a procedimentos invasivos, o que também causa angústia e sofrimento aos pais. Em pesquisa realizada na UTIN de um hospital de Cuiabá-MT com 127 prematuros, identificou-se que todos os RNs foram submetidos a pelo menos um procedimento doloroso durante a internação na UTIN, com uma média de 45,3 procedimentos por neonato.[4]

Tais fatores podem inibir o estabelecimento do vínculo entre pais e filho, além de favorecer o surgimento de quadros depressivos, transtornos de ansiedade ou fobias, que podem acompanhar os pais inclusive após a alta hospitalar.[5] Além disso, estudo demostrou que o estresse dos pais e os

sintomas depressivos maternos constituem-se fatores de risco para o desenvolvimento social, comportamental e funcional do prematuro.[6]

Faz-se necessário conhecer a experiência dos pais frente à hospitalização do filho em UTIN, principalmente, no que tange às terapêuticas utilizadas, já que os RNs, sobretudo os prematuros, requerem inúmeros procedimentos e tratamentos para garantir à sobrevivência. Visto que conhecidos os aspectos emocionais vivenciados pelos pais, os profissionais de saúde podem buscar estratégias para minimizar as repercussões desta experiência sobre o estabelecimento do vínculo bem como minimizar os danos na saúde física e mental de pais e filhos.

Considerando a problemática da hospitalização do RN em UTIN, questionou-se: o que tem sido produzido pelos programas brasileiros de pós-graduação em enfermagem acerca da experiência dos pais frente à terapêutica utilizada pelo recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal? A partir desse questionamento, elegeu-se como objetivo: analisar as produções dos programas brasileiros de pós-graduação em enfermagem acerca da experiência dos pais frente à terapêutica utilizada pelo recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Método

Trata-se de uma revisão de literatura, do tipo narrativa. As revisões narrativas tem caráter amplo e são adequadas para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual.[7] A coleta de dados foi realizada nos Catálogos de Teses e Dissertações do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem – CEPEn, do Volume XIX ao XXI, no mês de junho de 2016.

A fim de sistematizar o desenvolvimento desta revisão, primeiramente, foi delimitada a temática e definida a pergunta de pesquisa - o que tem sido produzido pelos programas brasileiros de pós-graduação em enfermagem acerca da experiência dos pais frente à terapêutica utilizada pelo recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal? Após, elencaram-se os critérios de inclusão, que foram: tese ou dissertação disponível na íntegra e que respondesse à pergunta de pesquisa. No presente estudo, adotou-se a definição de terapêutica dos DESCRITORES em Ciências da Saúde, uma vez que esta refere-se a todos os procedimentos com interesse no tratamento curativo ou preventivo de doenças.[8]

A busca pelas teses e dissertações nos catálogos desenvolveu-se por meio do índice de assuntos, com as seguintes palavras: “Prematuro”, “Recém-nascido”, “Mães”, “Pais” e “Unidades de terapia intensiva neonatal”. A partir da busca, foram localizadas 466 produções, distribuídas de acordo com os índices de assunto preestabelecidos: “Prematuro”: 87; “Recém-nascido”: 167; “Mães”: 120; “Pais”: 24; “Unidades de terapia intensiva neonatal”: 68.

A partir da busca, as produções foram submetidas à leitura dos títulos e Resumos. De acordo com a adequação aos critérios de inclusão foram selecionadas nove produções, entre teses e dissertações, para compor o corpus da pesquisa.

Para a extração dos dados pertinentes ao estudo e caracterização das produções científicas, elaborou-se um instrumento, constituído das variáveis: volume e número correspondente ao catálogo, referência, tipo de publicação (dissertação ou tese), ano de defesa, instituição de ensino superior, regiões geográficas brasileiras (sul/sudeste/norte/nordeste/centro-oeste) – nas quais

estavam localizadas as instituições de ensino superior, objetivo, abordagem e tipo de estudo, participantes, terapêutica utilizada e principais resultados. Destaca-se que para fazer referência às produções empregou-se o código "E1", "E2" até o "E9", sendo o "E" referente à estudo.

A caracterização das produções será apresentada na forma de frequências absoluta e relativa. Para análise das teses e dissertações utilizou-se a análise de conteúdo temática.[9]

Resultados e discussão

Na presente pesquisa, analisaram-se nove produções que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e, primeiramente, apresentar-se-á uma caracterização geral das produções.

Dentre as nove produções acadêmicas selecionadas, 66,7% (n=6) corresponderam a dissertações e 33,3% (n=3) a teses. Quanto ao ano de publicação, as teses e dissertações se apresentaram no período entre os anos de 2004 e 2011 e quando agrupadas por quadriênio, o período entre os anos de 2004 e 2007 apresentou o maior quantitativo de produções 66,7% (n=6).

Com relação as instituições de ensino superior que as produções foram publicadas, destacaram-se a Universidade Federal de Santa Catarina 33,4% (n=3) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro 22,2% (n=2). A Universidade de São Paulo, a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, a Universidade Federal do Ceará e a Universidade Federal do Piauí, tiveram ambas uma produção cada (11,1%). Quando agrupadas por regiões brasileiras, predominaram as instituições localizadas na região Sudeste 44,4% (n=4), seguidas pelas Sul 33,4% (n=3) e Nordeste 22,2% (n=2). Nenhuma produção foi desenvolvida em instituições localizadas no Norte e Centro-Oeste brasileiro.

Verificou-se que a abordagem predominante nas teses e dissertações selecionadas foi a qualitativa 100% (n=9). Ainda, em relação ao desenho metológico, destacaram-se a Pesquisa convergente-assistencial 33,4% (n=3) e o Estudo de caso 22,2% (n=2). A Fenomenologia, a História de vida, a Teoria fundamentada nos dados e o Processo de enfermagem fenomenológica foram empregadas em uma produção cada (11,1%).

Quanto aos participantes, 44,4% (n=4) das dissertações e teses foram realizadas com a mãe e 33,4% (n=3) com o pai e a mãe. As demais foram desenvolvidas com pai, mãe e outros membros da família 11,1% (n=1) e com pai, mãe, outros membros da família e enfermeiro(a) 11,1% (n=1).

Com relação às terapêuticas utilizadas pelo RN internado em UTIN, destacaram-se o Método Canguru 66,7% (n=6)[(E1;E4;E5;E6;E8;E9)], seguidos do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) 11,1% (n=1)[(E2)], da Cirurgia 11,1% (n=1)[(E3)] e da Fototerapia 11,1% (n=1)[(E7)].A seguir será discutida a categoria que emergiu após análise de conteúdo temática dos estudos.

Experiências positivas e negativas dos pais relacionadas ao uso de terapêuticas pelo recém-nascido em terapia intensiva neonatal

No que tange ao método canguru, percebeu-se que os estudos[(E1;E4;E8)] apontaram que a experiência trouxe grande alegria e emoção para os pais, uma vez que este proporcionou maior

aproximação com seus filhos, melhorando, desta forma, o estabelecimento do vínculo, maior participação nos cuidados a eles prestados e a superação de sentimentos como medo e insegurança.

Corroborando com os achados do estudo E9, em que os pais avaliaram a experiência como muito benéfica e gratificante, por ter proporcionado à melhora da saúde e desenvolvimento do filho, a superação da insegurança e do medo para o cuidado deste, além de ter favorecido a recuperação pós-parto, uma vez que a mãe não precisava estar-se deslocando todos os dias para o hospital.

O estudo E6 reflete a experiência dos pais acerca da posição canguru propriamente dita, definindo-a como maravilhosa ou, ainda, como uma vitória, na qual os pais sentiram-se valorizados por entender a importância que eles tinham na recuperação do filho ao realizar a posição canguru. Apesar disso, também foi demonstrado neste estudo que a vontade de ter o filho nos braços é substituída pelo medo de tocar este bebê tão pequeno e frágil, o que provoca uma sensação de impotência e insegurança, sendo que a confiança para a realização do contato corporal com o filho é adquirida de maneira gradual pelos pais.

Nesse sentido, a enfermagem exerce um importante papel no acolhimento das famílias dos RNs que necessitam de hospitalização em UTIN, em que ações como acolher a mãe, conversar sobre o estado de saúde do RN e explicar sobre os procedimentos realizados podem contribuir para amenizar angústias e sofrimentos, tornando a vivência na unidade menos estressante e auxiliando a mãe no processo de desenvolvimento da maternagem.[10]

Ainda no que se refere à posição canguru, o estudo E8 evidencia que o primeiro contato pele a pele é marcado por sentimentos de surpresa, alegria, satisfação e muita emoção. Os pais referem que esta posição proporciona uma sensação muito boa, muito forte, de difícil descrição. Esse achado corrobora com o de outro estudo que encontrou que as mães ao vivenciarem pela primeira vez a realização da posição canguru, relataram sentir emoção e alegria, uma vez que puderam pegar o filho no colo, sentindo-se mais próximas dele.[11]

No estudo E5, que diz respeito à terceira etapa do método canguru, observou-se que os pais se encontram felizes pela alta precoce do filho, mas também têm medo de sair do hospital. As mães apresentam muitas dificuldades, dúvidas e preocupações nesta transição hospital-domicílio, que vão sendo superadas ao longo da vivência da terceira etapa, com a ajuda e o apoio do esposo e de outros familiares. No domicílio, os pais vivenciam o convívio com o RN egresso da UTIN como um processo de adaptação. Dessa forma, faz-se necessário o apoio dos familiares, o que contribui para minimizar as dificuldades decorrentes do cuidado ao bebê.[12]

Em contrapartida, o método canguru também desencadeia experiências negativas nos pais. No estudo E9 evidenciou-se que o contato pele a pele traz desconfortos para as mães, como calor intenso, incômodo no posicionamento canguru e dor nas costas. Aliado a isso, a permanência no hospital é uma situação estressante, pois as mães encontram-se cansadas pelas rotinas hospitalares repetitivas e evolução clínica lenta do RN. Ainda, outros estudos[(E1;E6;E8)] descrevem que as mães se sentem divididas, entre a vontade de ficar com o filho no método canguru e ficar longe dos outros filhos, do esposo e dos demais familiares. Confirmando que a principal dificuldade da participação da mãe no método diz respeito à necessidade de permanecer disponível todo o tempo dentro do hospital, ficando, assim, distante da família.[13]

Com relação à terapêutica PICC, a análise do estudo E2 demonstrou que o susto e a tristeza são os sentimentos que permeiam o momento da notícia de que o RN necessita da utilização deste dispositivo. As famílias mostram-se apavoradas e a primeira impressão que têm é que o bebê não vai ficar bem e que pode vir a morrer. Aos poucos, essa impressão vai sendo substituída pela aceitação do procedimento por entenderem a necessidade do RN.

Ainda, percebeu-se que o procedimento de inserção do PICC, não trouxe somente ansiedade para as mães, mas também despertou curiosidade. Para as famílias que não acompanharam à inserção, quando foi dada a notícia de que o PICC havia sido instalado, a preocupação deu lugar ao sentimento de alívio. Já após a inserção, as mães apresentaram-se um pouco amedrontadas para interagirem e prestarem os cuidados ao filho, em virtude da insegurança relacionada ao manuseio do PICC. O momento mais esperado e o de maior alegria para a família foi a retirada do cateter.

No acolhimento de familiares na UTIN, os profissionais de enfermagem devem priorizar a escuta dos pais, no que se refere às dúvidas e as angústias sobre as terapêuticas utilizadas pelo RN. Assim, ao esclarecer os pais sobre procedimentos e equipamentos, oferece-se apoio emocional, ajudando-os na superação dos possíveis conflitos decorrentes da experiência da hospitalização do filho em UTIN.[14]

No que se refere à terapêutica cirurgia, o estudo E3 evidenciou que uma grande expectativa é depositada no procedimento cirúrgico na presença de malformação congênita. A cirurgia passa a ser vista pela mãe como a solução para todos os problemas vivenciados por ela desde a gestação. Até existe o medo da cirurgia, mas este é superado pela expectativa de corrigir o defeito, existindo também a ansiedade por parte destas para que o filho opere logo e, assim, possa ir o quanto antes para casa. O nascimento de um filho com malformação congênita trata-se de uma situação de grande sofrimento para os pais, uma vez que o filho real é diferente do idealizado durante a gestação, provocando, em um primeiro momento, sentimentos de choque, negação, raiva, dor, luto e resistência para aceitar o filho com malformação.[15]

No que diz respeito à terapêutica fototerapia, percebeu-se que no estudo E7 as mães se sentem impotentes e tristes ao verem seus filhos sob esse tratamento. Em virtude do desconhecimento apresentam grande inquietação e medo da morte. Além de preocupações relacionadas ao desconforto e problemas futuros oriundos do uso da fototerapia.

Ainda, identificou-se que quando recebiam informações acerca da fototerapia, as mães sentiam-se tranquilas, aliviadas e felizes, pois, a partir de então começavam a ter compreensão sobre este tratamento. Desta forma, percebe-se que os pais precisam ser informados sobre o quadro clínico do filho, procedimentos realizados e equipamentos utilizados na estabilização e manutenção da saúde do mesmo, com vistas a não comprometer a interação do bebê com os seus pais e, também, para que a imagem do RN com os olhos vendados e exposto à luz intensa e contínua seja menos traumática para estes.[16]

Conclusões

Neste estudo, pode-se perceber que a maioria das produções constituíram dissertações, do quadriênio de 2004-2007. As instituições de ensino superior que obtiveram o maior número de produções foram a Universidade Federal de Santa Catarina e a Universidade Federal do Rio de Janeiro. Com relação à abordagem, houve a predominância da qualitativa, com desenho

metodológico da pesquisa convergente-assistencial. As mães foram as principais participantes dos estudos.

Os achados apontaram que as terapêuticas utilizadas pelos RNs em UTIN foram método canguru, PICC, cirurgia e fototerapia. E que estas possibilitaram aos pais tanto experiências positivas como negativas. O método canguru, em geral, proporcionou experiências mais positivas aos pais quando comparado às outras terapêuticas, em virtude da aproximação que o método proporciona a pais e filhos e a maior segurança na realização dos cuidados. Apesar de ter sido também evidenciado que este método traz desconfortos às mães e provoca o distanciamento da família. O PICC e a fototerapia estiveram mais associados a experiências negativas, principalmente, pela falta de conhecimento dos pais acerca destes tratamentos. Já na terapêutica cirurgia foram depositadas expectativas, relacionadas à correção da malformação congênita e, assim, a normalização da vida da família.

Dessa forma, percebe-se a importância de identificar a experiência dos pais acerca das terapêuticas utilizadas pelos RNs em UTIN, pois, a partir disso torna-se possível propor estratégias que atendam as reais necessidades dos pais, desenvolvendo, assim, uma assistência de qualidade e baseada nos princípios do cuidado centrado na família. Recomenda-se a realização de novos estudos em outras fontes bibliográficas para ampliação dessa discussão e produção de conhecimento em enfermagem e saúde.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Lima SS, Silva SM, Avila PES, Nicolau MV, Neves PFM. Aspectos clínicos de recém-nascidos admitidos em Unidade de Terapia Intensiva de hospital de referência da Região Norte do Brasil. ABCS health sci. [Internet] 2015 [acesso em 2017 mar 18]; 40(2): 62-8. Disponível em: https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/732/672

2. World Health Organization (WHO). Preterm birth. Fact sheet N° 363, nov. 2015. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/

3. Cartaxo LS, Torquato JA, Agra G, Fernandes MA, Platel ICS, Freire MEM. Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. Rev enferm UERJ. [Internet] 2014 jul-ago [acesso em 2017 mar 18]; 22(4): 551-7. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a19.pdf

4. Gaíva MAM, Blanco e Silva F, Azevedo FM, Rubira EA. Procedimentos dolorosos em recém-nascidos prematuros em unidade terapia intensiva neonatal. Arq ciên saúde. [Internet] 2014 jan-mar [acesso em 2017 mar 18]; 21(1): 48-54. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-1/v21-1.htm

5. 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. [Internet] 2012 jul-ago [acesso em 2017 mar 18]; 65(4): 571-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a04v65n4.pdf

6. Huhtala M, Korja R, Lehtonen L, Haataja L, Lapinleimu H, Rautava P. Associations between parental psychological well-being and socio-emotional development in 5-year-old preterm children. Early hum dev. [Internet] 2014 Mar [cited 2017 Mar 18]; 90(3): 119-24. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24418104

7. Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. Acta paul enferm. [Internet] 2007 abr-jun [acesso em 2017 mar 18]; 20(2): 132-40. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf

8. DeCS – DESCRITORES em Ciências da Saúde. São Paulo: BIREME/OPAS; 2004. Disponível em: http://decs.bvs.br/

9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

10. Heck GMM, Lucca HC, Costa R, Junges CF, Santos SV, Borck M. Compreensão do sentimento materno na vivência no método canguru. Rev enferm UFSM. [Internet] 2016 jan-mar [acesso em 2017 abr 09]; 6(1): 71-83. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/18083/13141

11. Santos LM, Morais RA, Miranda JOF, Santana RCB, Oliveira VM, Nery FS. Maternal perception of the skin to skin contact with premature infants through the kangaroo position. Rev pesqui cuid fundam (Online). [Internet] 2013 Jan-Mar [acesso em 2017 abr 09]; 5(1): 3504-14. Disponível em: file:///D:/_Documentos%20Usu%C3%A1rio/Downloads/1994-14150-1-PB.pdf

12. Couto FF, Praça NS. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. Rev bras enferm. [Internet] 2012 jan-fev [acesso em 2017 abr 09]; 65(1): 19-26. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/03.pdf

13. Oliveira MC, Locks MOH, Girondi JBR, Costa R. Método canguru: percepções das mães que vivenciam a segunda etapa. Rev pesqui cuid fundam (Online). [Internet] 2015 jul-set [acesso em 2017 abr 09]; 7(3): 2939-48. Disponível em: file:///D:/_Documentos%20Usu%C3%A1rio/Downloads/3898-25519-1-PB%20(1).pdf

14. Rocha RS, Lúcio IML, Lopes MMCO, Lima CRC, Freitas ASF. Promoção do cuidado humanizado à família pela equipe de enfermagem na unidade neonatal. Rev RENE. [Internet] 2011 jul-set [acesso em 2017 abr 09]; 12(3): 502-9. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027976008

15. Santos SR, Dias IMAV, Salimena AMO, Bara VMF. A vivência dos pais de uma criança com malformações congênitas. REME rev min enferm. [Internet] 2011 out-dez [acesso em 2017 abr 09]; 15(4): 491-7. Disponível em: file:///D:/_Documentos%20Usu%C3%A1rio/Downloads/v15n4a04.pdf

16. Araújo IRB, Oliveira LLS, Santos TMMG, Moraes SDS. Nursing care of the newborns with neonatal jaundice: an integrative review. Rev enferm UFPI. [Internet] 2014 Jan-Mar [acesso em 2017 abr 09]; 3(1): 120-4. Disponível em: http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/viewFile/1381/pdf

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

49.EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXIGENATION (ECMO): BASES PARA ELABORAÇÃO DE CHECKLIST DE SEGURANÇA DO PACIENTE

EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXIGENATION (ECMO): BASES FOR ELABORATION OF PATIENT SAFETY CHECKLIST

EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXIGENATION (ECMO): BASES PARA LA PREPARACIÓN DE LISTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

NICOLETTI, Andrelise Maria[1]; ZAMBERLAN, Cláudia[2]

Resumo:

Introdução: a Extracorporeal Membrane Oxigenation (ECMO) é considerada uma das mais complexas terapias de assistência circulatória, sendo indispensável um trabalho multidisciplinar durante o seu emprego. Objetivo: o presente estudo tem como objetivo identificar as principais complicações durante a ECMO e desenvolver um checklist de segurança durante esta intervenção. **Metodologia:** Configura-se em uma revisão sistemática de literatura constituída de artigos científicos nacionais e internacionais sobre a temática. **Resultados:** Foram selecionados onze artigos científicos totalizando 7.218 pacientes, dos quais 40,31% apresentaram complicações renais; 36,89% complicações hematológicas; 16,2% complicações vasculares; 13,98% infecção; 8,85% disfunção neurológica e 20,16% complicações mecânicas com o circuito de ECMO. **Conclusões**:Nesta perspectiva, a implantação de *checklist* direcionado pode contribuir para a consolidação da segurança do paciente durante o suporte circulatório mecânico com ECMO.

DESCRITORES: ECMO, Complicações e Checklist.

Abstract:

Introduction: The Extracorporeal Membrane Oxigenation (ECMO) is considered a complex mechanic circulatory support, it is essential multidisciplinary work during this intervention. **Aim:** the objective of study is identify the main complications during ECMO and develop a checklist of safety during this intervention. The study is a systematic literature review of national and international scientific articles. **Results:** Were selected eleven scientific articles totaling 7,218 patients: 40.31% had renal complications; 36.89% hematological complications; 16.2% vascular complications; 13.98% infection; 8.85% neurological dysfunction and 20.16% mechanical complications with the ECMO system.**Conclusions** In this perspective, the implementation of checklist can contribute to patient safety consolidation during mechanical.

DESCRIPTORS: ECMO, Complications and Checklist.

Resumen:

Introducción:a Extracorporeal Membrane Oxigenation (ECMO) es considerada una de las más complejas terapias de apoyo circulatorio de trabajo multidisciplinario indispensable durante su

[1] Enfermeira, Mestre em Terapia Intensiva, Enfermeira Perfusionista no Hospital Universitário de Santa Maria/RS. perfusionista.nicoletti@gmail.com

2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Enfermeira Assistencial da Unidade de Cardiologia Intensiva no Hospital Universitário de Santa Maria/RS.

empleo. **Objetivo**: el presente estudio tiene como objetivo identificar las principales complicaciones durante la ECMO y desarrollar una lista de control de seguridad durante esta intervención. **Metodología**:Ubicado en una revisión sistemática de la literatura consiste en artículos científicos nacionales e internacionales en la materia. **Resultado**s:Se seleccionaron once artículos científicos por un total de 7218 pacientes, de los que 40,31% tenían complicaciones renales; complicaciones hematológicas 36,89%; 16,2% complicaciones vasculares; infección 13,98%; 8,85% disfunción neurológica y las complicaciones mecánicas con el circuito de ECMO. **Cons finales:**En esta perspectiva, la aplicación de lista de verificación de orientación puede c la consolidación de la seguridad del paciente durante el soporte circulatorio mecánico con ECMO.

DESCRIPTORES: ECMO, complicaciones y lista de verificación.

Introdução

As doenças cardiovasculares são consideradas como a principal causa de morte à nível mundial[1]. A alta prevalência destas doenças tem elevado o uso da assistência circulatória mecânica em casos mais complexos. Neste contexto, houveram constantes modificações dos antigos dispositivos e surgimento de novas tecnologias nessa área. Diante deste cenário, os profissionais que atuam diretamente na assistência à pacientes em uso de suporte circulatório mecânico, enfrentam um constante desafio no processo de adaptação e busca pelo conhecimento [2].

A utilização de dispositivos de suporte circulatório mecânico tem possibilitado a estabilização de muitos pacientes que possuem indicação desta intervenção. Dentre os dispositivos de suporte circulatório mecânico disponível, a Extracorporeal Membrane Oxigenation (ECMO) vem ganhando destaque devido sua eficácia.

A ECMO é um dispositivo mecânico temporário (dias à semanas) para suporte cardíaco ou pulmonar (parcial ou total) durante a insuficiência cardiopulmonar, levando a recuperação ou transplante do órgão. Está indicada nos casos de insuficiência cardíaca ou pulmonar aguda grave com elevado risco de mortalidade. Sua canulação pode ser veno-arterial (V-A) para assistência cardíaca ou veno-venosa (V-V) para assistência pulmonar. No que diz respeito a mortalidade, pode ocorrer variação conforme a patologia e faixa etária. Dos 73.596 casos de ECMO registrados na Extracorporeal Life Support Organization até o ano de 2015, houve uma sobrevida de 70%[3].

A ECMO pode ser considerada como uma das mais complexas terapias de assistência circulatória existentes, sendo indispensável um trabalho em equipe multidisciplinar. Também exige muito da estrutura organizacional de qualquer instituição hospitalar que se propõe a fazê-la. Muitos hospitais experimentam grandes desafios na incorporação dessas novas tecnologias, tornando imprescindível um preparo adequado como a adaptação da equipe e estrutura hospitalar [2].

Em relação a interação multiprofissional, pode-se ressaltar o entrosamento entre perfusionistas, médicos, fisioterapeutas e enfermagem como fator fundamental no que tange a segurança de alto nível para a manutenção da ECMO em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Nesse aspecto, considerando sua aplicabilidade à nível nacional, o profissional perfusionista é o mais capacitado para o preparo e instalação do circuito deste dispositivo de suporte circulatório mecânico. Todavia, é a equipe de enfermagem quem é responsável pela a maioria dos cuidados ao paciente e que permanece 24 horas à beira leito, não podendo ser subestimada, pois exerce papel importante no auxílio a manutenção da ECMO.

Nesse enfoque, os pacientes que fazem uso da ECMO são considerados críticos, o que exige do Enfermeiro uma adequada sistematização e conhecimento sobre as complicações potenciais. Sob o ponto de vista da legislação do exercício profissional, todos os cuidados de enfermagem requeridos por paciente grave com risco de morte, devem ser executados pelo Enfermeiro[4]. Dessa forma, a assistência de enfermagem qualificada garante segurança e sucesso na manutenção do dispositivo circulatório e/ou respiratório utilizado na UTI.

Dentro desta premissa, o presente estudo tem como objetivo identificar as principais complicações durante a ECMO e desenvolver um checklist de segurança durante o emprego desta intervenção para a prevenção e/ou detecção precoce das complicações levantadas na tentativa de evitar danos ao paciente que necessita desse tipo de suporte circulatório mecânico.

Metodologia

Configura-se como uma revisão sistemática de literatura constituída de artigos científicos nacionais e internacionais sobre a temática ECMO: identificação das principais complicações e implantação de checklist para segurança do paciente. A pesquisa foi realizada nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e na Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline) e Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme), utilizando artigos científicos indexados no período de 2010 a 2016 mediante os DESCRITORES: ECMO, Complicações e Checklist.

Resultados e discussão

Foram selecionados onze artigos científicos por estarem diretamente relacionados ao tema de análise. Na tabela 1 encontram-se descritas as principais complicações apresentadas durante a terapêutica com ECMO, sendo discriminados de acordo com autor, tipo de estudo, ano de publicação, número de pacientes estudados e tipo da ECMO utilizada.

Tabela 1: Principais complicações durante a ECMO.

Autor	Tipo de Estudo	Ano	Nº de Pacientes	Tipo de ECMO	Principais Complicações
Rastan et al[5].	**Análise retrospectiva**	**2010**	**517**	**V-A**	Insuficiência renal com necessidade de hemodiálise (65%); sangramento (58%); complicações neurológicas (17,4 %); complicações gastrintestinais (18,8%); isquemia de membro canulado (5,4 %).
Sun et al[6].	**Análise retrospectiva**	**2010**	**334**	**V-A/V-V**	**Complicações mecânicas – circuito (61,1%); sangramento (49,4%); complicações vasculares (41,6%); infecção (13,45%); complicações pulmonares (6,9%);tamponamento cardíaco (9,9%).**

Bisdas et al[7].	**Análise retrospectiva**	**2011**	**143(V-A)** **31 (V-V)**	**VA-VV**	**Complicações vasculares (8,6% V-A; 1,4% V-V).**
Schimidt et al[8].	**Análise retrospectiva**	**2012**	**220**	**V-A**	**Pneumonia associada a ventilação mecânica (55%); infecção de corrente sanguínea (18%); mediastinite (11%); infecção no sítio de canulação (10%).**
Aubron et al[9].	**Análise prospectiva**	**2013**	**105(V-A)** **53 (V-V)**	**V-A/V-V**	**Sangramento (32,4%: V-A; 17%: V-V); complicações neurológicas (0,9%: V-A;1,9%V-V).** **complicações vasculares (9,5%:V-A;0%-V-V); infecção corrente sanguínea (13,3% V-A; 13,2% V-V).**
Zangrillo[10] et al.	**Revisão sistemática e meta-análise**	**2013**	**1763**	**V-A/V-V**	**Insuficiência renal (52%); sangramento (33%);** **sepse (26%); hemólise (18%); isquemia (10%); trombose venosa (10%); complicações neurológicas (8%) e coagulopatia (5%).**
Aziz et al[11].	**Análise retrospectiva**	**2014**	**101**	**V-A**	**Complicações vasculares periféricas em 18 pacientes (17,8%); destes, dois (11%) foram para tratamento conservador e 16 (89%) necessitaram de intervenção cirúrgica; 8 (44,44%) dos quais necessário endarterectomia femoral com angioplastia; em um paciente foi necessária amputação abaixo do joelho.**
Cheng et al[12].	**Revisão sistemática**	**2014**	**1866**	**V-A**	Insuficiência renal aguda (55,6%); sangramento significativo (40,8 %) e infecção significativa (30,4 %); Isquemia extremidade (16,9 %); síndrome compartimental (10.3 %); amputação de membros inferiores (4,7%) ; complicações neurológicas (13,3 %) ;
Novaretti e Santos[13]	**Pesquisa-ação**	**2014**	**16**	**V-V**	**Complicações mecânicas: necessidade de utilização de sistema de segurança para manter o fluxo (25%); esgotamento da bateria do console durante o transporte (18,75%); vazamento em conector do circuito (6,25%); montagem inadequada do circuito (6,25%); não identificação da**

					voltagem do console (6,25%); acotovelamento de tubo do circuito (6,25%).
Gray et.al[14]	**Análise retrospectiva**	**2015**	**2000**	**V-A/V-V**	**Sangramento (39%); insuficiência renal com necessidade de diálise ou hemofiltração (31%); hemólise (19%); arritmia (20%); nova infecção (13%); troca de oxigenador (9%); coágulo no circuito (26%); problema com cânula (17%); complicações neurológicas (8%); embolia aérea no circuito (8%); mau funcionamento da bomba (2%).**
Yeo et al[15].	**Análise retrospectiva**	**2016**	**63**	**V-A**	**Complicações vasculares (17,5%).**

Os artigos analisados totalizaram 7.218 pacientes. Foram agrupadas as principais complicações descritas nas publicações, de acordo com sistema fisiológico ou mecânico acometido. As complicações de origem renal (lesão renal, insuficiência renal aguda com ou sem necessidade de hemodiálise) estiveram presentes em 40,31% dos pacientes, sendo considerada a mais comum durante a terapêutica com ECMO, seguido das complicações hematológicas que ocorreram em 36,89% (sangramentos, tamponamento cardíaco ou coagulopatia).

Também foi evidenciado que 16,2% dos pacientes desenvolveram complicações vasculares (isquemia de membro, pseudoaneurisma, síndrome compartimental ou amputação), 13,98% apresentaram algum tipo de infecção (corrente sanguínea, sítio cirúrgico ou pulmonar), 8,85% desenvolveram disfunção neurológica (acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico) e 20,16% tiveram alguma complicação mecânica com o circuito, oxigenador, bomba centrífuga ou console de ECMO (gráfico1).

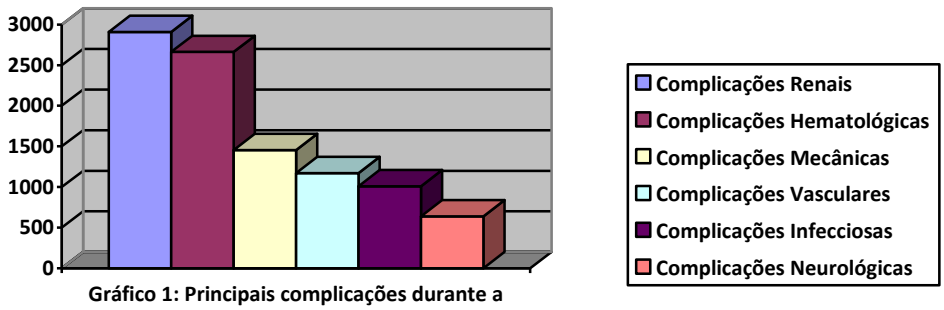


Gráfico 1: Principais complicações durante a terapêutica com ECMO (n:7218)

As complicações renais podem ser consideradas as mais comuns nos pacientes com ECMO. Diante deste cenário, medidas de proteção renal devem ser adotadas, tais como: a otimização da perfusão renal através da manutenção de um débito cardíaco adequado, reposição volêmica baseada num balanço hídrico fidedigno, correção de acidose e otimização farmacológica [16].

Já nos primeiros minutos de inicio da terapia com a ECMO ocorre resposta uma inflamatória do organismo, a qual favorece um estado de hipercoagulabilidade, exigindo anticoagulação para evitar a formação de trombos no circuito. Entretanto, uma excessiva anticoagulação pode resultar em complicações hemorrágicas, tornando-se necessário sua monitorização através do Tempo de Coagulação Ativado (TCA) e/ou Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPa)[17].

Em relação ao desempenho da membrana de oxigenação, pode-se avaliá-la através da medição das diferenças de pressão pré e pós-membrana e sua capacidade de trocas gasosas pelos resuldados das amostras de gasometria. No que diz respeito ao trocador de calor, sua função está na compensação da perda de temperatura durante a ECMO. A água circulante no sistema é aquecida, sendo indicada estar em aproximadamente 37ºC para compensar a perda de calor no restante do circuito, não devendo exceder o limite de 40ºC, em casos de necessidade extrema, para a prevenção de complicações, tais como a hemólise e formação de bolhas[18].

No que tange as complicações vasculares, a extremidade do membro canulado deve ser examinada em intervalos regulares para verificação de pulso, temperatura, cor, enchimento capilar, podendo ser utilizado o doppler distal a cada 4 horas. Também é recomendado a comparação entre a saturação de oxigênio do dedo do pé do membro canulado e a extremidade de um dos membros superiores[11].

Algumas das medidas que têm se mostrado eficientes no controle de infecção na ECMO incluindo medidas padrões como a lavagem correta das mãos antes de realizar qualquer procedimento no paciente, a profilaxia antibiótica no momento da inserção da cânula, bem como a utilização de gluconato de clorexidina no preparo da pele pré-inserção e posteriormente nas trocas de curativos[8,19].

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), salienta que esse movimento para a segurança do paciente, tem como objetivo rever os processos assistenciais, prevenindo erros nos serviços de saúde. Ressalta a necessidade da implantação de um plano de segurança e qualidade para garantir a ausência de eventos adversos, erros e incidentes, ou minimizar ao máximo as suas ocorrências.

Cabe ao Enfermeiro ser responsável pela assistência direta ao paciente submetido a este tipo de intervenção. Entretanto, é imperativo que o mesmo possua conhecimento técnico-científico para promover qualidade e segurança na assistência do paciente em ECMO[4]. Nesse sentido, torna-se imprescindível a avaliação criteriosa de acordo com sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem[20].

Não obstante, a assistência de enfermagem ao paciente em ECMO deve ser realizada mediante o emprego do processo de enfermagem[4], seguindo protocolo institucional que padronize os cuidados direcionados a estes pacientes, com objetivo de evitar danos causados por negligência, imprudência ou imperícia[20].

Nesse enfoque, a elaboração de um *checklist* (tabela 2) embasado nas principais complicações evidenciadas durante essa intervenção tornou-se uma necessidade em prol da cultura de segurança direcionada a manutenção da ECMO em UTI . Sua abordagem é multidisciplinar, entretanto, é necessário capacitar o Enfermeiro por ser o profissional responsável pela equipe de enfermagem, especialidade esta, que permanece a maior parte do tempo à beira-leito, a fim de garantir a segurança do paciente durante essa terapêutica.

Tabela 2: Itens do Checklist de segurança do paciente em ECMO que devem ser avaliados/controlados em todos os turnos.

1. Nível de consciência e diâmetro/fotorreação pupilar;
2. Tempo de Coagulação Ativado (TCA);
3. Sangramento;
4. Exames laboratoriais: hematócrito, hemoglobina, plaquetas, tempo de tromboplastina parcialmente ativada (TTPa) e Internacional Normalized Ratio (RNI);
6. Gasometria pré e pós-membrana;
7. Drogas vasoativas;
8. Macro-hemodinâmica e temperatura;
9. Parâmetros da ventilação mecânica;
10. Circuito de ECMO: Fluxo; Rotações; FiO2 e O2 L/min; Presença de coágulo; Conexões; Bateria e cabo de força ligado à energia elétrica; Temperatura do trocador de calor.
11. Curativo em inserção da cânula;
13. Pulso e perfusão periférica do membro em que a cânula está inserida;
14. Balanço hídrico.

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

Considerações Finais

A implantação de condutas que estimulem a cultura de segurança é uma exigência em instituições hospitalares. Com o passar dos tempos adquiriu mais espaço e credibilidade, auferindo notável melhora da qualidade dos processos, o que é considerado um avanço na área da saúde na tentativa de reduzir índices de morbi-mortalidade em UTIs.

Nesse sentido, também é possível considerar que a segurança em ECMO está diretamente vinculada ao reconhecimento antecipado das complicações que possam ocorrer, bem como da resolução preventiva destas. Boas práticas baseadas em uma comunicação eficaz entre a equipe, comprometimento interdisciplinar com o cuidado ao paciente, educação continuada e liderança exemplar, constituem em fatores determinantes para a garantia da segurança do paciente crítico.

Desta forma, torna-se essencial que os profissionais envolvidos no cuidado direto ao paciente exerçam sua função com eficiência, de tal maneira que garantam a segurança do paciente para a manutenção deste dispositivo. Para isso, é preciso adotar medidas que visem a melhoria do trabalho desenvolvido. Nesta perspectiva, a implantação de *checklist* direcionado pode contribuir para a consolidação da segurança do paciente durante o suporte circulatório mecânico com ECMO.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1.World Health Organization . More than words. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS); technical report. Geneva: World Health Organization; 2009.

2.Queiroz H, Caneo LF, Antoniali F, Nogueira A. Estabelecendo uma cooperação para o desenvolvimento de ECMO em centros nacionais. Associação de Medicina Intensiva Brasileira:2012.

3.Extracorporeal Life Support Organization. ECLS Registry Report. International Summary Extracorporeal Life Support Organization. January, 2016.
Disponível em: https://www.elso.org/Registry/Statistics.aspx

4.CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer GAB nº 033/ 2011. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br /sites/default/files/parecer_coren_sp_2011_33.pdf

5. Rastan AJ, Dege A, Mohr M, Doll N, Falk V, Walther T, Mohr FW. Early and late outcomes of 517 consecutive adult patients treated with extracorporeal membrane oxygenation for refractory postcardiotomy cardiogenic shock. J Thorac Cardiovasc Surg 2010;139: 302-311.

6. Sun HY, Ko WJ, Tsai PR, Sun CC, Chang CC, Lee CW. Infections occurring during extracorporeal membrane oxygenation use in adult patients. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery: 2010; 140:1125-32.

7. Bisdas T, Beutel G, Warnecke G, Hoeper MM, Kuehn C, Haverich A, Teebken OE . Vascular Complications in Patients Undergoing Femoral Cannulation for Extracorporeal Membrane Oxygenation Support. Ann Thorac Surg. 2011; 92: 626 –31.

8.Schmidt M, Brechot N, Hariri S, Guiguet M, Luyt CE, Makri R, et al. Nosocomial Infections in Adult Cardiogenic Shock Patients Supported by Venoarterial Extracorporeal Membrane Oxygenation.Clinical Infectious Diseases: sept.2012.

9.Aubron C, Cheng AC, Pilcher D, Leong T, Magrin G, Cooper DJ, et al. Factors associated with outcomes of patients on extracorporeal membrane oxygenation support: a 5-year cohort study. Critical Care. 2013; 17:73.

10.Zangrillo A, Landoni G, Biondi-Zoccai G, Greco M, Greco T, Frati G, et al. A meta-analysis of complications and mortality of extracorporeal membrane oxygenation. Critical Care and Resuscitation. 2013; 15: 3.

11.Aziz F, Brehm CE, El-Banyosy A, Han DC, Atnip RG, Reed AB. Arterial Complications in Patients Undergoing Extracorporeal Membrane Oxygenation via Femoral Cannulation. Elsevier. 2014; 28:1.

12. Cheng R, Hachamovitch R, Kittleson M, Patel J, Arabia F, Moriguchi J, et al. Complications of Extracorporeal Membrane Oxygenation for Treatment of Cardiogenic Shock and Cardiac Arrest: A Meta-Analysis of 1,866 Adult Patients. Ann Thorac Surg 2014; 97: 610–6.

13. Novaretti MC, Santos EV. Papel do gestor de saúde na identificação de riscos no uso da tecnologia de suporte respiratório de última geração. Rev Acadêmica São Marcos. 2014; 4(2):61-74.

14.Gray BW, Haft JW, Hirsch JC, Annich GM, Hirschl RB, Bartlett RH. Extracorporeal Life Support: Experience with 2,000 Patients. ASAIO Journal. 2015; 61:2–7.

15. Yeo HJ, Kim HJ, Jang JH, Kang LH, Cho WH, Kim D. Vascular Complications Arising from Hemostasis with Manual Compression Following Extracorporeal Membrane Oxygenation Decannulation. J Card Surg. 2016; 31:123–126.

16. Santos LM, Hajjar LA, Galas FRB, Fernandes CJ, Auler JOC.Proteção Renal na Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica.Rev Bras Terap Intens. 2006; 18:3.

17. Esper SA, Levy JH, Waters JH, Welsby IJ. Extracorporeal Membrane Oxygenation in the Adult: A Review of Anticoagulation Monitoring and Transfusion. Anest Analg. 2014;118:4.

18. Allen S, Holena D, McCunn M, Kohl B, Sarani B. A Review of the Fundamental Principles and Evidence Base in the Use of Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) in Critically Ill Adult Patients. J Inten Car Med.2011;26:13-26.

19.Timsit JF, Schwebel C, Bouadma L, et al. Chlorhexidine – impregnated sponges and less frequent dressing changes for prevention of catheterrelated infections in critically ill adults: a randomized controlled trial. JAMA 2009; 301:1231–41.

20.CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Código de Ética:
RESOLUÇÃO n°311/ 2007- artigo n°13. Disponível em: http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007

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

49.FATORES QUE PRODUZEM OU NÃO SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DE MULHERES RESIDENTES NA ZONA RURAL

FACTORS THAT PRODUCE OR NOT MENTAL HEALTH IN THE PERSPECTIVE OF WOMEN RESIDENT IN RURAL AREA

FACTORES QUE GENERAN O NO, SALUD MENTAL EM LA PERSPECTIVA DE MUJERES RESIDENTES EM LA ZONA RURAL

SGANZERLA, Jaqueline [1]; CABRAL, Fernanda Beheregaray [2]; HILDEBRANDT, Leila Mariza[3];

Resumo:

Introdução: Este trabalho é parte dos resultados de uma pesquisa, que objetiva conhecer os fatores que produzem ou não saúde mental na perspectiva de mulheres que residem na zona rural de um município de pequeno porte do norte do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Estudo qualitativo, do tipo exploratório e descritivo. Para a coleta dos dados utilizou-se a entrevista semiestruturada. Participaram do estudo sete mulheres. A análise dos dados seguiu os passos da análise temática. Os preceitos éticos foram respeitados. **Resultados**: Os resultados preliminares apontam que os fatores que geram adoecimento mental, na ótica das mulheres residentes no meio rural, estão relacionados à sobrecarga de trabalho, estresse e não se sentir feliz. E os que produzem saúde mental são crenças religiosas, participação em grupos e socialização. **Considerações finais:** Identifica-se dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte das mulheres, a invisibilidade da enfermagem no cuidado e esse estrato populacional.

DESCRITORES: Saúde Mental; Saúde da Mulher; Saúde da População Rural; População Rural; Enfermagem.

Abstract:

Introduction: This work is part of results of a search that has as objective to know the factors that produce or not mental health in the perspective of women that live in rural area of a small city in North of Rio Grande do Sul State. **Methodology:** Qualitative study, exploratory and descriptive type. To the collect of data, the semi-structured interview was used. Seven women participated of study. The analyses of data follow the steps of thematic analyses. The ethical precepts were respected. **Results:** The preliminary results point that the factors that generate mental sickness, in the optical of women residents in rural area, they are related to the overcharge of work, stress and in the feeling of do not be happy. The factors that produce mental health are religious faith, participation in groups and socialization. **Final consideration:** It is identified the difficult of access to services of health by the women, the invisibility of nursing in care and this populational extract.

KEYWORDS: Mental Health. Health of Women. Health of Rural Population. Rural Population. Nursing.

Resumen:

[1]Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. E-mail: jaquesgan@gmail.com.
[2]Enfermeira, Doutora em Ciências, Docente na Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões.
[3]Enfermeira, Doutora em Ciências, Docente na Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões.

Introducción: Este trabajo es parte de los resultados de una investigación, que objetiva conocer los factores que generan o no salud mental en la perspectiva de mujeres que residen en la zona rural de un pequeño municipio del norte del Rio Grande do Sul **Metodologia:** Estudio cualitativo, de tipo exploratorio y descriptivo. Para la recolección de los datos se utilizó la encuesta semiestructurada. Participaron del estudio siete mujeres. El análisis de los datos siguió los pasos del análisis temático. Los preceptos éticos fueron respetados. **Resultados:** Los resultados preliminares apuntan que los factores que generan enfermedad mental, bajo la óptica de las mujeres residentes en la zona rural, están relacionados a la sobrecarga de trabajo, estrés y no se sentir feliz. Y los que producen salud mental son creencia religiosa, participación en grupos y socialización. **Consideraciones finales**: Se identifica dificultad de acceso a los servicios de salud por parte de las mujeres y la invisibilidad de la enfermería en el cuidado con este estrato de la población.

DESCRIPTORES: Salud Mental; Salud de la mujer; Salud de la población rural; Población Rural; Enfermería.

Introdução

Este trabalho propõe-se a conhecer os fatores que produzem ou não saúde mental na perspectiva de mulheres que residem na zona rural de um pequeno município da região norte do Rio Grande do Sul. O interesse por conhecer esses fatores surge por questões pessoais, como o pertencimento ao grupo de mulheres do campo, por ser integrante do Movimento dos Pequenos Agricultores e, também, pela trajetória acadêmica na Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria *campus* Palmeira das Missões. Nesse último espaço, ocorreu a aproximação com a área da saúde mental, por meio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), ênfase na Rede de Atenção Psicossocial e, ainda, pela aproximação com a temática de gênero a partir da participação do Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Gênero, Vulnerabilidade e Cultura (GENVULC). Esse estudo, portanto, consiste em uma confluência de vivências, leituras e desejo de falar e promover mudanças com e para a população camponesa.

Além disso, a ausência de serviços de promoção da saúde mental no campo ou nas pequenas cidades é produtor de questionamentos, também abordado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que afirma que população rural tem dificuldades de acesso aos serviços de saúde, sendo esse um grande desafio do Sistema Único de Saúde[1].

Compreende-se que um estudo, cuja temática seja conhecer os fatores que produzem ou não saúde mental na perspectiva de mulheres que residem na zona rural, tem relevância para o avanço científico na área da enfermagem, pela escassa produção científica nesse campo do saber e pelo fato de documentos, como os relatórios das Conferências Nacional de Saúde Mental, não abordarem/considerarem a população do campo e, em menor proporção, mulheres camponesas. Por outro lado, a Política Nacional de Atenção Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNAISC), um avanço por preocupar-se com uma população até então não considerada em sua especificidade, peca por citar as questões de saúde mental de forma superficial. Verifica-se avanço nas duas áreas (Saúde da População do Campo e Saúde Mental), mas não há avanços na discussão do que é saúde mental para a população do campo, em especial para as mulheres que residem nesse território.

Nesse estudo, compreende-se por população do campo ou camponesa os indivíduos que residem na zona rural e se identificam como população do campo, independentemente se estes exercem ou não atividades remuneradas na zona rural ou urbana. Tal compreensão vai ao encontro da noção de território, caracterizada como: uma população que habita determinado espaço geográfico, com a sua sociodinâmica e subjetividade[2].

Esse estudo, ao referir-se à palavra mulher, está ancorado, de alguma forma, no conceito de gênero[3] entendido como: "elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder [...]".

Outro conceito abordado nesse estudo é o de saúde mental. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde mental é influenciada pelos aspectos culturais, variável, mas, abrange bem-estar subjetivo, auto-eficácia percebida, autonomia, competência, dependência intergeracional e auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Nesta perspectiva, o conceito de saúde mental vai além da ausência de adoecimento exclusivamente[4].

Inúmeros agravos acometem a saúde mental da população. No mundo, 154 milhões de pessoas sofrem de depressão, 25 milhões de esquizofrenia, 91 milhões de pessoas apresentam abuso de álcool e 15 milhões abuso de drogas. Estima-se que 50 milhões de pessoas apresentam epilepsia e 24 milhões Alzheimer e outras formas de demência. Cerca de 877.000 pessoas morrem devido a suicídio a cada ano[5].

Em esfera mundial, ocorrem disparidades com relação ao acesso aos serviços de saúde por parte da população. Nos países desenvolvidos, cerca de 40% das mulheres que mencionaram transtornos mentais moderados ou severos receberam tratamento durante os últimos 12 meses, porém nos países subdesenvolvidos esse número cai para 14%[6].

Sabe-se que os problemas de Saúde Mental comprometem a população do campo. Uma das causas tem relação com o uso dos agrotóxicos, pois localidades onde ocorre maior consumo de organofosforados há maior prevalência de ansiedade, depressão e esquecimento. Isso ocorre porque os organofosforados inibem a acetilcolinesterase provocando estimulação acima do normal nas sinapses colinérgicas podendo gerar alterações no sistema nervoso[7].

Também se considera, neste trabalho, o referencial da vulnerabilidade[8] caracterizado como a possibilidade de um sujeito se expor ao adoecimento por influência de fatores que transpõem a esfera individual, envolvendo os sociais e programáticos. Esses três componentes, individual, social e programático, dizem respeito à interferência que as características individuais, as condições sociais e acesso a recursos e programas nacionais geram na produção ou não de saúde[8].

Nesse estudo, tem-se também, como base, o conceito ampliado de saúde, considerando-a como o resultante de diversos aspectos, como fisiológicos, psicológicos, emocionais, éticos, políticos, comportamentais, relacionais, socioculturais, econômicos e pelas questões de gênero, os quais intervém na produção de saúde e não saúde, ou, ainda, na determinação de vulnerabilidades[9].

Desse modo, esse estudo tem como objeto a seguinte pergunta de pesquisa: O que produz ou não saúde mental na perspectiva de mulheres que residem no campo? Frente a esse objeto, o objetivo dessa pesquisa é: Conhecer os fatores que produzem ou não saúde mental na perspectiva de mulheres que residem na zona rural de um município de pequeno porte do norte do Rio Grande do Sul.

Metodologia

Estudo de abordagem qualitativa do tipo estudo exploratório e descritivo. O local desse estudo foi a zona rural do município de Ametista do Sul, situado na região norte do Rio Grande do Sul. O local foi escolhido por receber poucos estudos da área da saúde e voltados para as mulheres rurais e pelo fato da pesquisadora residir nesse local.

O município de Ametista do Sul possui três Unidades com Estratégias de Saúde da Família (ESF), um Núcleo de Apoio a Atenção Básica, uma Unidade Regional Especializada em Saúde do Trabalhador (UREST) e um hospital de pequeno porte. Sobre os serviços de assistência social, o município apresenta o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

A comunidade de Linha Alta, local desse estudo, apresenta relevo acidentado, estradas sem pavimentação, luz elétrica e acesso à água via poço artesiano. Não possui rede de esgoto e a coleta seletiva do lixo é realizada quinzenalmente em um ponto de recolhimento situado no terreno da sede social da localidade. Nela existe uma diversidade de ocupações laborais, agricultores, pecuaristas e também há aqueles trabalhadores, principalmente as mulheres, que residem no campo, mas desenvolvem atividades de faxineiras e babás na cidade, além das que se deslocam, diariamente, a um município próximo, para trabalhar em frigoríficos. No território da comunidade existem duas igrejas, uma evangélica e outra católica, ambas realizam celebrações semanais, configurando-se como locais de socialização e convivência.

As participantes dessa pesquisa foram selecionadas por sorteio. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada com questões abertas e fechadas. Para a análise dos dados, elencou-se a análise temática[10].O projeto de pesquisa desse trabalho, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM) com o número de parecer 1.929.232. A pesquisa foi realizada de acordo com os aspectos éticos propostos pela Resolução 466/12[11]. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os seus nomes foram trocados por nomes fictícios.

Resultados e Discussão

Foram entrevistadas sete mulheres, que residem em uma comunidade rural, de um pequeno município da região norte do Rio Grande do Sul, cuja idade variou de 31 a 78 anos. Todas são casadas e têm entre um e quatro filhos. A partir da leitura das informações obtidas junto as mulheres, alguns aspectos puderam ser identificados que em relação a fatores que produzem ou não saúde mental, que serão apresentadas nos parágrafos a seguir.

Neste estudo, um dos aspectos identificados, no discurso das participantes, diz respeito às múltiplas jornadas de trabalho das mulheres que residem no campo. Quando questionadas sobre a sua rotina, elas referiram que acordam entre seis e sete horas da manhã e só conseguem repousar a partir das 21 horas. Algumas mencionaram que, no turno da tarde, descansam em torno de uma hora. Considerando essas informações, pode-se dizer que essas mulheres trabalham aproximadamente 14 horas diárias, durante seis dias por semana, com menos atividades aos domingos e sem férias. As atividades desenvolvidas por cada mulher no decorrer do seu dia são variáveis, algumas referem que trabalham como empregadas domésticas, outras como funcionárias

de uma cooperativa e outras trabalham na lavoura, mas todas realizam trabalho braçal, são donas de casa e responsáveis pelo cuidado de suas famílias. Durante as entrevistas relataram que seu dia-a-dia é estressante e algumas declararam a ausência de tempo para o autocuidado. Os trechos a seguir elucidam esses aspectos;

Ah o meu dia-a-dia é uma correria, levanto de manhã, tiro o leite vou trabalhar, faço o almoço antes de ir e deixo pronto, vou e volto de meio dia, esquento o almoço, daí faço o serviço, as vezes vou para a roça, as vezes fico em casa (E1).

Olha só do jeito que eu tô menina, olha só a minha psoríase do jeito que está, tudo atacada, óh, eu tenho psoríase e é sistema nervoso, é bem complicado assim, lavar cabelo é luxo, tendo quatro filhos (E2).

A agricultura familiar apresenta uma organização produtiva baseada na divisão sexual do trabalho, segundo uma lógica de gênero, classifica o trabalho das mulheres rurais como secundário, reduzindo-as a uma figura de auxiliar do marido, intensificando situações de vulnerabilidades já existentes e produzindo outros, traduzindo-se em vulnerabilidades de gênero[9]. Destaca-se que, em muitas situações, o trabalho feminino é visto como reprodutivo e às mulheres do campo, o status de agricultora, por vezes, é negado. Em contrapartida, o trabalho masculino é visto como produtivo, considerado gerador de renda, detentor do poder de decisão e pertencente à esfera pública, enquanto que o trabalho feminino (reprodutivo) é considerado restrito ao ambiente doméstico[12].

As mulheres participantes do estudo, quando questionadas sobre os fatores que afetam a saúde mental, entendem que estes são múltiplos, com destaque para a sobrecarga, o estresse e o não se sentir feliz. E em suas falas elas os mencionam:

(...) precisaria descansar, porque tu não tem sábado e domingo, porque tu tem que tirar leite, ir na roça, tratar porco, tratar galinha, tem que correr, e daí dia de semana, você trabalha meio dia e de tarde, as vezes eu vou para a roça, as vezes eu fico em casa, ajeito em casa, e é muito puxado, não é fácil (E2).

Acho que é, sei lá, não estar feliz com o que tu faz, estar nervosa com algum problema, não estar feliz, por algum motivo, o estresse, é um monte de coisa, é tudo um conjunto (E3).

Eu acho que é estresse, a preocupação, a crise (financeira) de um tempo para cá está preocupando as pessoas, e causa isso acho (E4).

Uma revisão bibliográfica indica que os estudos realizados no Brasil e no mundo demonstram que os principais fatores de risco para a saúde mental de trabalhadores agrícolas, homens e mulheres, são: situação financeira, isolamento, estigma atribuído aos problemas de saúde mental, situação familiar, pressão do tempo e sazonalidade das atividades, trabalho com agrotóxicos e legislação governamental[13]. Alguns aspectos desse estudo assemelham-se aos resultados, prévios, dessa pesquisa como a questão da crise financeira. Porém, outros aspectos como a questão dos agrotóxicos não são citados, ainda que muitas famílias façam o seu uso nas suas produções agrícolas, talvez por não lhes parecer que o uso dos agrotóxicos possa ter alguma relação relaciona com o adoecimento mental.

Com relação aos fatores que produzem saúde mental, as entrevistadas mencionaram a crença religiosa como forma de suporte. Além disso, no entendimento delas, a prática religiosa gera também socialização. Quando questionadas sobre os grupos que participam, as mulheres entrevistadas reconhecem os grupos da igreja como espaços de socialização e geradores de atividades de lazer.

(...) não sabia o que fazer, tinha até medo, eu tive na minha família um que não sei porque fez mal pra ele, depois eu comecei a pensar, até tomar remédio pra depressão, depois parei. Pensei, Deus é maior. Se a gente não tem o que fazer, pega nas mãos de Deus, até falei com o padre, porque se a gente começa a pensar muito nos outros, e a família da gente como que fica? (E5)

Ele é bom por que tu se distrai, se diverte, tu ri, acha engraçado, uma cai um tombo se descontrai, está sorrindo. Se tu está só dentro de casa fechado tu não vai ver isso, aí tu está ali, vamos toma um 'litrão' de refrigerante uma coisa ou outra. E daí quarta como que nós vamos fazer, sinal que tu tem pra viver para frente, não fica naquele mundo de amanhã não sei o que vou fazer, da vontade de morrer, e assim tu está falando, quarta vamos jogar de novo, vamos fazer uma janta, aí te faz viver para frente. Acho que é isso (E3).

Das sete entrevistadas, cinco relataram ter vivenciado algum tipo de adoecimento mental. A alternativa de suporte encontrada por três dessas cinco foi a espiritualidade e em dois casos a espiritualidade configurou-se como geradora de socialização na comunidade que frequentam.

Quatro mulheres entrevistadas, relataram que fizeram uso de medicação, provavelmente, antidepressiva.

O que me aconteceu fui lá o médico, me deu um remédio, me acalmou um pouco (E3).

É uma coisa muito complicada, muito triste, ruim de se recuperar difícil, mas com força de vontade e tomando os medicamentos certo (E4).

Diante dos dados coletados, percebe-se que existem poucas ofertas terapêuticas para além da medicalização. Ainda, a enfermagem não faz ou não é percebida fazendo assistência envolvendo elementos relativos à saúde mental dessas usuárias. Outro aspecto é invisibilidade e dificuldade de vinculação dessas mulheres ao Núcleo de Apoio a Atenção Básica (NAAB), das sete entrevistadas apenas uma disse ter frequentado o serviço. Essas situações podem ser geradoras de vulnerabilidades programáticas, decorrentes de políticas públicas que não contemplam as populações que delas necessitam[8].

Por fim surgiu uma fala, que remonta a visão que a sociedade tem da loucura. Historicamente o louco foi o sujeito que gerava algum tipo de incômodo à sociedade, por ser considerado improdutivo, imoral ou perigoso. Tal constatação surge a partir da seguinte fala:

A depressão é tu estar estressado, nervoso, aí tu tem que ir lá consultar, tomar um remédio para se acalmar, e ser louco é a pessoa que tenta se matar, que está num grau mais avançado, não come mais, tem que ser internado em uma clínica, que anda pelado pela estrada (E3).

Essa noção do louco apresenta-se em um estudo que entrevistou profissionais de um hospital geral, os quais caracterizaram a loucura como algo capaz de deixar as pessoas fora de si, transtorná-

las, levando-as a ter atitudes que socialmente inaceitáveis, como se estivessem em outro mundo[14]. Essa percepção apresenta-se associada ao medo do louco que leva à concepção de que esse sujeito precisa ser contido por medicação ou ser conduzido a uma internação. Essa segunda noção está vinculada a uma característica histórica em que o sujeito louco, por muito tempo, era designado ao encarceramento em manicômios.

Mas, por outro lado, a figura da mulher depressiva, nesse estudo, mostrou-se uma figura socialmente permitida, tratável, não se caracterizando como um problema ou incômodo para a ordem social. Pode-se supor que esse fato esteja associado ao papel social da mulher, para elas ser introspectiva, melancólica, estar chorosa são papeis permitidos, logo não sendo vistos como sujeitos que necessitam de uma internação, mas de uma contenção medicamentosa.

Algumas Considerações

A partir dos dados encontrados nessa pesquisa, até o momento, pode-se dizer que a população do campo, em especial as mulheres, necessitam de meios que facilitem o seu acesso aos serviços de saúde sobretudo, acesso à escuta ativa e qualificada por parte dos profissionais. A enfermagem deve apropriar-se mais da discussão acerca de saúde mental e incorporá-la em sua prática assistencial.

A medicalização é o principal tratamento ofertado a essas mulheres, porém informalmente elas buscam suporte emocional na religiosidade.

Para finalizar, faz-se necessário mais estudos nessa temática, capazes de preencher a lacuna de conhecimento presente na área. Também faz-se necessário políticas públicas que olhem para a singularidade das mulheres que residem no campo.

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

Eixo Temático do trabalho: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília; Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília, DF, 2013.

Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica, tradução: Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Nova Iorque; Columbia University Press, 1989.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança, 2001.

Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global, 2008.

OMS. Organização Mundial de Saúde, Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Geneva, 2009.

Souza ACD et.al**.** Estudo transversal sobre a saúde mental da população rural de duas cidades do Vale do Taquari. Salão de iniciação Científica UNIVATES. Porto Alegre, RS, 2006.

Ayres JRCM et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**.** In: Czeresnia D, Freitas CM (Org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.p.117-39

Cabral FB. Ciranda de Roses: vulnerabilidades, demandas e necessidades em saúde de trabalhadoras em assentamento rural**.** Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo; 2014.

Minayo MCS (Org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 31 ed. Petrópolis: Vozes; 2012.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, Ministério da Saúde; 2012.

Reigada A. Um olhar feminista sobre o trabalho nas cadeias agrícolas globais. Contemporânea**.** Revista de Sociologia da UFSCAR. 2014;4(1):19-41.

Poletto AR, Gontijo LA**.** A Saúde Mental. XXXIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. A Gestão dos Processos de Produção e as Parcerias Globais para o Desenvolvimento Sustentável dos Sistemas Produtivos. Anais. Salvador, BA, Brasil, 08 a 11 de outubro de 2013.

Carvalho JD, Lins CBA. A General Hospital and its conceptions of madness. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. 2015;18(2):383 393.

X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

50.GRUPO DE APOIO SOCIAL COMO AÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM AS PESSOAS COM ESTOMIAS

SOCIAL SUPPORT GROUP AS ACTION OF ENERGY CARE FOR PEOPLE WITH STOMIES

GRUPO DE ACCIÓN APOYO SOCIAL COMO ENERMAGEM LA GENTE SE PREOCUPA CON OSTOMÍA

VACHT, Crischima Lunardi[1]; ROGRIGUES, Sandra Ost[2].

Resumo

Introdução: Atualmente a expectativa de vida vem aumentando, o que ocasiona o envelhecimento da população e o maior desenvolvimento de doenças crônicas. Com isso, enfatiza-se as estomias intestinais. Portanto, é fundamental o apoio constante do profissional enfermeiro, com isso destaca-se os grupos de apoio social. **Objetivo:** relatar as ações de cuidado de enfermagem, por meio de grupos de apoio social as pessoas com estomias intestinais e seus familiares. **Metodologia:** Relato de experiência a cerca dos grupos de apoio social vivenciados a partir de um Projeto de Extensão, realizado no período de março há novembro de 2016. **Resultados:** Os encontros aconteceram com temas escolhidos pelas pessoas, nos quais fortaleceram os vínculos com um ambiente para as ações de cuidados que colaborarão na sua condição crônica. **Conclusão:** Nesse contexto percebe-se que a pessoa com estomia ao receber este apoio durante os grupos considera-se valorizado na sua condição crônica.

DESCRITORES: Enfermagem; Apoio Social; Estomia; Cuidado de Enfermagem.

Abstract

Introduction: Life expectancy is increasing, which causes an aging population and a greater development of chronic diseases. This emphasizes the intestinal stomies. Therefore, it is fundamental the constant support of the professional nurse, with that stands out the groups of social support. Objective: to report nursing care actions, through social support groups to people with intestinal stomies and their families. **Methodology:** Experience report about social support groups experienced from an Extension Project, held in March 2016. **Results:** The meetings took place with topics chosen by the people, in which they strengthened the bonds with an environment For the care actions that will collaborate in their chronic condition. **Conclusion:** In this context, it is perceived

[1] Graduante, Ensino Fundamental Completo, Bolsista, Uri Campus Santiago. crislunardivacht@hotmail.com.
[2] Docente, Mestre, Docente e Uri Campus Santiago.

that the person with an otomy when receiving this support during the groups is considered valued in their chronic condition.

DESCRIPTORS: Nursing; Social support; Stomach; Nursing Care.

Resumen

Introducción: En la actualidad la esperanza de vida es cada vez mayor, lo que conduce a un envejecimiento de la población y el aumento del desarrollo de enfermedades crónicas. Por lo tanto, hace hincapié en la ostomía intestinal. Por lo tanto, el apoyo continuo de la enfermera profesional es fundamental, que destaca los grupos de apoyo social. **Objetivo:** Comunicar los cuidados de enfermería a través de grupos de apoyo social a las personas con ostomía intestinal y sus familias. relato de experiencia de los grupos de apoyo social con experiencia de un proyecto de extensión, que tuvo lugar a partir de marzo hasta noviembre de 2016.. **Metodología** Se han celebrado las reuniones con los temas elegidos por el pueblo, en el que se fortaleció vínculos con un entorno por las acciones de atención colaborará en su condición crónica. **Conclusión**: En este contexto, es evidente que la persona con ostomía para recibir este apoyo a los grupos considerados a ser valorado en su condición crónica.

DESCRIPTORES: Enfermería; El apoyo social; Ostomía; Cuidados de enfermería.

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

Introdução

Atualmente o perfil populacional vem de inúmeras modificações desde o início de século, uma delas é o aumento da expectativa de vida. Desse modo esse fator tem determinado uma mudança no perfil demográfico e epidemiológico, o que ocasiona o envelhecimento da população e por conseguinte o maior desenvolvimento de doenças crônicas[1].

As doenças crônicas integram um problema de saúde de extensa amplitude, no qual é responsável por 60% de doenças no mundo, o que representam 72% das causas de mortes[2]. Tais estabelecem um conjunto de condições crônicas, na maioria das vezes relacionadas a diversas causas e, caracterizadas pelo início gradual, com longa ou indefinida duração, no qual carecem de intervenções relacionadas à mudança no estilo de vida, num processo de cuidado integral[3].

Com isso, enfatiza-se as estomias intestinais, como uma condição crônica, que vem evoluindo atualmente, sendo cada vez mais empregada como membro integral no tratamento de diversas patologias do aparelho intestinal[4]. Esta pode ser temporária ou definitiva, e no que depende da sua ascendência recebe diversos nomes, desta forma para estomias intestinais tem-se a colostomia, a ileostomia e a jejunostomia[5].

O termo estomia é oriundo da linguagem grega, no qual tem significado de abertura ou boca, é usado para indicar a exteriorização de um segmento de alguma víscera oca do corpo[6]. As principais causas para a confecção de um estoma pode dar-se de uma má formação congênita, doenças agudas ou crônicas, danos causados por radiação e neoplasias, traumas por arma de fogo ou branca[7].

A estimativa das pessoas com estomias para o Brasil no censo de 2010 e ainda sob a população total de 190.755.799 habitantes, consistiu-se em aproximadamente 190 mil pessoas portadoras dessa condição crônica[8]. Diante disso a Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) junto com a Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO), levaram o Ministério da Saúde (MS) a estabelecer as diretrizes nacionais para a atenção à saúde de pessoas com estomias mediante a Portaria nº 400/2009. Nela, aconselha-se que os programas de atenção incluam informações acerca do número de pessoas portadoras dessa condição crônica, bem como sua caracterização[9].

Percebe-se que na sociedade contemporânea o padrão de beleza e a vitalidade são supervalorizados, e o processo de estomização ocasiona uma vivência de abatimento de sua imagem, da sua posição e sua atuação na sociedade, no qual pode acarretar sentimentos de contestação e apresentar momentos conflituosos, bem como dificultar o processo de adaptação e aceitação da sua nova condição crônica[10].

Portanto, é fundamental o apoio constante do profissional enfermeiro com uma visão holística que enfoque a atenção integral às pessoas com estomia, e que envolva também, além da sua condição crônica, os fatores subjetivos relacionados às questões sociais, culturais e emocionais, a fim de minimizar e até mesmo evitar sentimentos de angústia e rejeição[11].

Frente a isso, destaca-se os grupos de apoio social, que surgem como subsídio para melhora no processo da nova condição crônica dessas pessoas, já que é considerado um dos mais importantes instrumentos, pois além de envolver o indivíduo, também abrange sua família e o ambiente em que vive em ações de cuidados com a finalidade da melhora na qualidade de vida, bem como a aceitação da sua condição crônica[12].

A aposta no grupo em apoio social favorece essa construção de conhecimento entre a pessoa com estomia e o profissional enfermeiro, pois tem um papel de gerar diálogo, reflexões e a troca de ideia, ainda baseia-se no encontro democrático onde todos, profissionais e pessoas com estomias, atuam como iguais, mesmo que em papeis e o ocasiões diferentes[13].

Portanto, percebe-se a relevância dos profissionais de saúde conhecer e reconhecerem o apoio social como facilitador do cuidado a pessoa com estomia, pois juntos poderão intervir no

fortalecimento do vínculo e ser apoiadores na transformação da fragilizada na qualidade de vida dessas pessoas[14].

Desse modo tem-se como objetivo relatar as ações de cuidado de enfermagem, por meio de grupos de apoio social as pessoas com estomias intestinais e seus familiares, que participam de um Projeto de Extensão.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência a cerca dos grupos de apoio social vivenciadas por acadêmica de enfermagem a partir do Projeto de Extensão intitulado "Cuidado qualificado às pessoas com estomia: um desafio para enfermagem", desenvolvido em uma Universidade de um município no interior do Estado do Rio Grande do Sul, pelo curso de Enfermagem no período de março de 2016 há novembro de 2016.

O projeto desenvolve ações de cuidado de enfermagem as pessoas com estomias cadastrados no Programa Municipal de Estomias do referido município, no qual realiza visitas domiciliárias com o intuito da criação do vínculo entre pessoa/família/profissional, além de consultas de enfermagem, fundamentando-se em embasamento teórico-científico, no qual enfatiza uma relação dialógica entre ambos, e o grupo de apoio social, o que possibilita a interação entre os mesmos, e assim consigam suas angústias, dúvidas, receios.

Os grupos de apoio social ocorreram mensalmente, sendo que abrangeram diversos temas destaca-se que juntos planejamos as atividades dos diversos encontros. Dentre eles aconteceram grupos em datas típicas como, por exemplo, a páscoa, a semana farroupilha, data simbólica na região, além disso, ocorreram encontros com outros profissionais.

Resultados e discussão

O grupo de apoio social acontece por meio das relações sociais, ou seja, relações interpessoais com certo grau de conexão existente, mas com distintos graus de intimidade, o que proporciona às relações um maior acolhimento, auxílio e amparo para o enfrentamento das dificuldades nessa condição crônica as pessoas com estomias intestinais[15].

A partir disso, notou-se que os grupos foram de suma importância para cada integrante do grupo, no qual criou vínculos que possibilitam um ambiente para o planejamento de ações de cuidados que colabora na sua nova condição crônica. Esta, por sua vez, é uma prática transformadora, pois possibilitou entender a real situação da pessoa com estomia, o contexto familiar em que está inserido, as dificuldades e anseios encontradas durante esse processo, como também busca a melhora na adaptação da sua nova condição crônica frente às suas singularidades.

Torna-se aparente à transformação de pessoas da posição “ingênua”, em posição crítica, transformando-se mais coerentes e conscientes de sua nova realidade, participantes do seu cuidado, de caráter ativo, crítico, reflexivo e questionador, o que expande as possibilidades do autocuidado por meio desse apoio social[16].

Sendo assim, essa condição crônica é um processo individual que se desenvolve ao longo do tempo e envolve diversos aspectos que vão desde a assistência proporcionada, ao modo como a pessoa com estomia se envolve no próprio cuidado.

Durante os grupos os seus familiares participaram como integrantes do seu cuidado no qual discutiram e planejaram junto as próximas atividades, e assim possibilitou aos mesmos tornarem-se participantes desse processo. Além disso, puderam explanar suas vontades e anseios, no qual possibilitou trazer dinâmicas diversificadas para cada momento e assim, além de momentos de troca, passeios em parque da cidade e temas diversificados e típicos da região como a semana farroupilha, datas comemorativas como a páscoa, festa junina e o natal.

Nesse contexto percebeu-se que a pessoa com estomia ao receber este apoio durante os grupos de apoio social considera-se importante na sua condição crônica, no qual responde de maneira positiva aos diversos desafios, e assim adotando melhora na sua qualidade de vida e no ambiente de convivência[17].

A ação educativa nos grupos de apoio social se apresentam com o intuito de contribuir para a promoção da saúde e da cidadania da pessoa, no qual deve priorizar a realização de atividades que se direcionem para os princípios de integralidade e principalmente da participação social[13]. Portanto é preciso cada vez mais almejar ações de enfermagem que atenda às singularidades do outro e que seja fundamentado na sensibilidade e na escuta, pois é dessa maneira que é possível construir estratégias com as pessoas com estomia e seus familiares.

Considerações Finais

As ações de cuidado desenvolvidas superaram a dimensão da transmissão de conhecimentos de modo verticalizado, na busca de proximidade às dúvidas, inquietações e receios.

Enfatiza-se que a enfermagem tem como objeto de trabalho o cuidado ao ser humano, sendo assim, entende-se que todo seu caminhar no campo técnico-científico e ético deve ser de alcançar a máxima qualidade no processo de cuidar, e assim respeitar a singularidade de cada ser. Portanto a enfermagem atua como um facilitador no processo de reabilitação dessa pessoa por meio dos grupos de apoio social, no qual fortalece sua autoestima e autonomia, buscando sua melhora na qualidade de vida.

Diante destas considerações percebeu-se que as propostas por meio dos grupos de apoio social tiveram êxito, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado às pessoas com estomia, tendo um papel fundamental na sua reabilitação, incentivando a emancipação frente ao seu processo saúde/doença. Sendo assim é necessária a manutenção da relação entre cuidado, práticas educativas e extensão universitária, a fim de que se promova permanentemente o fortalecimento da autonomia das pessoas, na perspectiva de cidadãos sociais participativos.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1.Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde, 512 p.: il. Brasília, 2012.

2.Silva LLT, Vecchia BP, Braga PP. Adolescer em pessoas com doenças crônicas: uma análise compreensiva. Revista Baiana de Enfermagem, 30(2), 10.18471/rbe.v30i2.14281. Salvador, 2016.

3. Brasil MS. Ministério da Saúde. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 28 p. : il. Brasília, 2012.

4. Couto PG, Medeiros SS. Sentimentos da pessoa submetida a ostomia intestinal - uma visão holística de enfermagem. Revista Clinica Hospitalar Profº Doutor Fernando Fonseca, 2 (1): 23-27. 2013.

5. Malagutti W, Kakihara CT. Org(s). Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. Editora Martinari. São Paulo, 2010.

6. Santos VLCG, Cesaretti IUR. Evolução da Enfermagem em Estomaterapia no decorrer de Sua História. Org(s). Assistência em Estomaterapia: Cuidando de Pessoas com Estomia. Editora Atheneu, São Paulo, 2015.

7. Borges EL, Ribeiro MS. Linha de Cuidados da Pessoa Estomizada. Secretaria de estado de saúde de Minas Gerais, 136 p. Belo Horizonte, 2015.

8. Santos VLCG. Epidemiologia das Estomias. Org(s). Assistência em Estomaterapia: Cuidando de Pessoas com Estomia. Editora Atheneu, São Paulo, 2015.

9. Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO). Portaria 400/2009. Visualizado no dia 15/03/2017. Disponível em: http://www.abraso.org.br/Portaria_400_16_11_2009.pdf.

10. Mota MS, Gomes GC, Petuco VM. Repercussões no processo de viver da pessoa com estoma. Texto Contexto de Enfermagem, 25(1): e1260014. Florianópolis, 2016.

11. Caetano CM, Beuter M, Jacobi CS, Mistura C, Rosa BVC, Seiffert MA. O cuidado à saúde de indivíduos com estomias. Revista Brasileira de ciências da saúde, 12(39), jan/mar 59. João Pessoa, 2014.

12. Serbim AK, Gonçalves AVF, Paskulin LMG. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. Revista Gaúcha de Enfermagem, 34(1): 55-63. Porto Alegre, 2013.

13.Silva FM, Budó MLD, Girardon-Perlini MO, Garcia RP, Sehnem GD, Silva DC. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. Revista Brasileira de Enfermagem, 67(3): 347-53. Brasília, 2014.

14. Feijó AM, Schwartz E, Muniz RM, Santos BP, Viegas AC, Lima LM. As inter-relações da rede social do homem com câncer na perspectiva bioecológica: contribuições para a enfermagem. Texto Contexto de Enfermagem, 21(4): 783-91.. Florianópolis, 2012.

15. Trindade CRP, Hahn GV. Apoio social ao doente oncológico com base na escala do medical outcomes study. Revista de Enfermagem da UFSM, vol. 6, nº 1: 112-122 . Santa Maria, 2016.

16. Martins PAF, Alvim NAT. Perspectiva educativa do cuidado de enfermagem sobre a manutenção da estomia de eliminação. Revista Brasileira de Enfermagem, 64(2): 322-7. Brasília, 2011.

17. Kolankiewick ACB, Souza MM, Magnago TSBS, Domenico EBL. Apoio social percebido por pacientes oncológicos e sua relação com as características sociodemográficas. Revista Gaúcha de Enfermagem, mar; 35(1):31-38. Porto Alegre, 2014.

III Seminário Internacional
Ligando Redes na Enfermagem em Saúde
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

52.GRUPO DE REFLEXÃO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DE HÁBITOS SAUDÁVEIS PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS

GROUP OF REFLECTION WITH HEALTH PROFESSIONALS ABOUT HEALTHY HABITS FOR DISEASE PREVENTION

GRUPO DE REFLEXIÓN CON PROFESIONALES SOBRE LA SALUD DE HÁBITOS SALUDABLES PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

FREITAS, Taísa de Paula Paiva[1]; SCHIMITH, Maria Denise[2]; DULLIUS, Angela Isabel dos Santos[3]; ANSUJ, Angela Pellegrin[4]; NEVES, Gabriela Leal [5]; Amanda Pradella[6]

Introdução: Segundo a *World Health Organization* (WHO) as doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por 30% das mortes ao redor do mundo e nos países desenvolvidos 80% das mortes podem ser atribuídas às doenças cardiovasculares. Estas apresentam causas multifatoriais resultante de estilo de vida e hábitos inadequados como hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, dislipidemia, estresse físico e mental, obesidade e sedentarismo; e características não modificáveis, de etiologia genética ou biológica, como idade, sexo e história familiar[1]. Diante desta realidade que atinge o mundo todo, foram desenvolvidos os chamados escores de risco baseados em análises de regressão de estudos populacionais. A Escala de Risco de *Framigham* é o escore indicado pelo Ministério da Saúde do Brasil para estratificar o risco de ocorrer um evento coronariano em dez anos em pessoas que não apresentam diagnóstico anterior de doença aterosclerótica[2]. Diante disto, o grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem desenvolve uma pesquisa intitulada "Estratificação do risco cardiovascular dos usuários atendidos na atenção básica do município de Santa Maria – RS" que busca conhecer o risco cardiovascular dos usuários das unidades de atenção básica do município. Durante a coleta de dados, em uma das unidades de saúde, os pesquisadores perceberam a necessidade de envolver a equipe de profissionais de saúde na temática trabalhada, a fim de sensibilizá-los sobre os fatores de risco das DCV e a importância de hábitos de vida saudáveis para prevenção destas doenças. **Objetivo**: relatar a experiência do desenvolvimento de um grupo de reflexão, acerca de hábitos saudáveis, com profissionais de saúde como estratégia de prevenção de agravos e promoção da saúde. **Metodologia:** As atividades descritas neste trabalho foram idealizadas como estratégia para sensibilizar profissionais de saúde que, indiretamente, se envolveram no universo da temática de risco cardiovascular devido à presença de pesquisadores em sua unidade de saúde. Após dias de convivência com os aplicadores, os profissionais vivenciaram

[1] Enfermeira. Mestranda Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Relatora. UFSM. E-mail: taisa_freitas@hotmail.com
[2] Orientadora. Enfermeira. Doutora em Ciências/Unifesp. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Coordenadora do Curso de Enfermagem do CCS/UFSM. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.
[3] Cirurgiã-Dentista, Professora Associada Departamento Estatística, Doutora em Odontologia com Ênfase em Epidemiologia, Professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSM.
[4] Professora Titular Departamento Estatística, Doutora em Engenharia de Produção, Professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSM.
[5]Enfermeira. Mestranda do Programa de PPGEnf/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.
[6]Graduanda do Curso de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

orientações, reflexões, encaminhamentos de participantes do estudo a cardiologistas, o que os fizeram refletir sobre a necessidade de modificar seus hábitos e estilo de vida. A enfermagem é classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão que gera mais estresse no setor público e uma das profissões mais estressantes pela Organização Internacional do Trabalho. A equipe de enfermagem está diariamente exposta a vários riscos, trabalhando sob pressão e geralmente com sobrecarga de trabalho. Diariamente precisam lidar com doenças, sofrimento, dor e morte. Além disso, se expõe ao trabalho noturno ou em turnos, o que sabidamente eleva o risco cardiovascular[3]. Sendo assim, os pesquisadores propuseram um grupo para refletir sobre os riscos em desenvolver uma DCV, bem como os fatores de risco modificáveis e não modificáveis que cada profissional possui, desafios e metas para mudanças nos hábitos de vida da equipe como um todo e, principalmente, buscando conscientizar sobre os dados epidemiológicos do Brasil, sendo que cada brasileiro inclui-se nas estimativas divulgadas. O grupo de reflexão desenvolveu-se com uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem em que o participante é instigado a refletir sobre seu conhecimento teórico, técnico e sua prática profissional/pessoal em saúde. Constitui um espaço para construção do conhecimento, reflexão e transformação de ideias sobre saúde/doença e cuidado, a partir de trocas dialógicas entre os participantes. Como em outros espaços de discussão, no grupo de reflexão os integrantes trocam experiências de vivência, narram casos pessoais/profissionais, que faz relação tanto com o contexto atual, quanto na totalidade do contexto social em que esses casos se desenvolvem[4]. Partindo desse pressuposto, o grupo de reflexão cria um momento para se pensar em conjunto, sendo que a negociação e exposição de pensamentos contribuem com a revisão e reflexão sobre as suas atitudes pessoais/profissionais e as ações desenvolvidas, o que podem acarretar em transformações nas práticas de cuidado com o paciente e com sua própria saúde[4].

Resultados e discussão: O grupo de reflexão aconteceu em março de 2017 em dia e horário estabelecido pela equipe, escolhido estrategicamente para não atrapalhar a rotina de atendimentos da unidade. Participaram do grupo: quatro enfermeiros pesquisadores, duas enfermeiras responsáveis pela unidade, três técnicas de enfermagem, três acadêmicos de enfermagem que estavam em período de estágio supervisionado e três recepcionistas. Os participantes se posicionaram em círculo, para que houvesse melhor interação entre todos. Um mediador pesquisador iniciou o diálogo, relatando sobre a epidemiologia das DCV no mundo e no Brasil, os fatores de risco não modificáveis que são aqueles relacionados à herança genética de um indivíduo; o sexo, revelando que a incidência de morbimortalidade é maior e mais precoce no sexo masculino; a idade, pois em decorrência de mudanças anatômicas do sistema cardiovascular ocorre uma disfunção arterial progressiva no organismo. Outro fator não modificável é o histórico familiar, pessoas com pai ou mãe ou irmãos que possuem cardiopatia coronariana precoce, ou seja, homens < 55 anos e mulheres < 65 anos, apresentam maiores riscos de desenvolver DCV[1]. Relatou também sobre os fatores de risco modificáveis que são os que devem ser o foco das ações preventivas. São eles: tabagismo, obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e diabetes mellitus. Após o relato, sem que fossem induzidos, os participantes iniciaram os depoimentos dos fatores de risco que cada um possuía, destacando: sobrepeso/obesidade, diabetes mellitus, estresse e dislipidemia. Os profissionais de saúde trabalhadores de serviços de atendimento de saúde estão expostos a ambientes conflituosos, alta carga laboral, estresse físico e mental, alteração no ritmo circadiano, dentre outros fatores que podem contribuir para o surgimento da hipertensão arterial e consequentemente aumento do risco cardiovascular. São vários problemas na dimensão do estresse

ligado à enfermagem, como o número reduzido de enfermeiros na equipe, a falta de reconhecimento profissional e os baixos salários, que levam os profissionais a atuar em mais de um local de trabalho, desempenhando uma extensa carga horária mensal[5]. A discussão evoluiu para as mudanças que poderiam ocorrer na rotina diária da unidade, como os lanches que são predominantemente ricos em gorduras e carboidratos, a substituição do almoço por lanches hipercalóricos, a ingestão reduzida de consumo de água durante o período de trabalho, entre outros. A equipe acordou que todos se responsabilizarão em não trazer alimentos industrializados, com excesso de açúcar, refrigerantes e que iniciarão a prática de exercícios físicos após o encerramento das atividades na unidade. O mediador para encerrar o grupo, propôs cinco desafios a serem cumpridos: 1- Beber água durante o período de trabalho, observando sempre a coloração da urina para que esta se mantenha clara; 2- Ingerir café por cinco dias sem açúcar, pois após esse período não sentirão mais o gosto amargo; 3- Ser responsável em não levar doces e guloseimas para compartilhar com a equipe; 4- Praticar exercício físico inicialmente duas vezes por semana, no mínimo trinta minutos, e evoluir gradualmente e 5- Levar lanche feito em casa e ingerir durante o intervalo de descanso, não o esquecendo na bolsa ou geladeira. Todos os profissionais se comprometeram com os desafios propostos. Como incentivo para as mudanças, foi oferecido um lanche saudável com salada de frutas, bolo preparado com farinha integral, maçã e canela e chá de ervas sem açúcar. Após três semanas dos acordos firmados no grupo de reflexão, resultados positivos começaram a surgir. Os participantes relataram perda de peso, diminuição das dores em articulações, melhor disposição para trabalhar no turno da tarde, melhora dos níveis glicêmicos do participante com diabetes mellitus e comprometimento recíproco entre os profissionais do serviço em levar adiante os desafios propostos. **Conclusões:** Conclui-se que os objetivos do grupo de reflexão foram alcançados e que os resultados gerados pelas mudanças no estilo de vida dos profissionais irão aparecer gradualmente. Popularmente acredita-se que profissionais de saúde pelo conhecimento que adquirem com o passar do tempo e pelo acesso privilegiado a informações sobre saúde, devem ser exemplo de comportamento a ser seguido pelos pacientes e usuários do serviço de saúde. Neste sentido, o grupo proporcionou conscientização e reflexão acerca do desenvolvimento das DCV, além da ideia de que hábitos de vida saudáveis podem reduzir consideravelmente os fatores de risco modificáveis associados às DCV.

DESCRITORES: Enfermagem; Doenças Cardiovasculares; Fatores de Risco; Educação em Saúde.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arq Bras Cardiol. Rio de Janeiro, 2013 dez; 101 (6/supl 2).

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília, 2010. P. 95.

3. Jaarsma T, Stewart S, De Geest S, Fridlund B, Heikkilä J, Mårtensson J, et al. A survey of coronary risk factors and B-type natriuretic peptide concentrations in cardiac nurses from Europe: do nurses still practice what they preach? Eur J Cardiovasc Nurs. 2004; 3(1):3-6.

4. Guanaes C, Mattos ATR. O grupo de reflexão na formação do profissional de saúde: um enfoque construcionista social. Gerais, Rev. Interinst. Psicol. Juiz de Fora. 2008 jun; 1(1).

5. Cavagioni L, Pierin AMG. Risco cardiovascular em profissionais de saúde de serviços de atendimento pré-hospitalar. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(2):395-403.

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

53.HIGIENE DE MÃOS: CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM ATUANTES EM HOSPITAL DE PORTE III

HANDS HYGIENE: NURSING PROFESSIONALS KNOWLEDGE WHO WORKS IN HOSPITALS SIZE III

HIGIENE DE MANOS: CONOCIMIENTO DE PROFESIONALES DE LA ENFERMARÍA ACTUANTES EN HOSPITAL DE PORTE III

SCHMIDT, Catiele Raquel[1]; BANDEIRA, Laura Renner[2]; TRINDADE, Letícia Flores[3]; SANTOS, Fabiano Pereira Dos[4]; LORO, Marli Maria[5]; KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat[6].

Resumo:

A higienização das mãos é uma medida simples, e que pode ter alto impacto no controle de infecção hospitalar, se realizado de maneira adequada. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é identificar o conhecimento a respeito da higiene de mãos por profissionais de enfermagem, já que prestam cuidado direto ao paciente. Trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa, realizada em três unidades de um hospital privado porte III. Participaram 92 profissionais da equipe de enfermagem, que reconhecem a técnica adequada a ser realizada em grande parte das situações, porém conforme a literatura afirma, muitas vezes o conhecimento teório não é aplicado na prática. Desta forma, sugere-se que estudos observacionais sejam realizados nestes locais, para comprovar se o conhecimento teórico embasa ou não as ações dos profissionais.

DESCRITORES: Conhecimento; Desinfecção das mãos; Enfermagem; Serviço hospitalar de admissão de pacientes.

Abstract:

Hand hygiene is a simple measure, and it can have a high impact on hospital infections control if performed properly. In this sense, this study identifies knowledge about hand hygiene by nursing professionals, since they provide direct care with patient. It is a cross-sectional, quantitative research fulfilled in three units of a private hospital size III. Ninety-two professionals from the nursing team participated, who recognizes the appropriate techinique to be performed in the most situations, however according literature assert, many times the theoretical knowledge is not applied

[1] Acadêmica do curso de Enfermagem Unijuí. Bolsista PIBIC/FAPERGS do projeto Segurança do Paciente: Percepção de Profissionais de Saúde. E-mail: cati.schmidt94@gmail.com

[2] Acadêmica do curso de Enfermagem Unijui. Bolsista PIBIC/CNPQ do projeto Segurança do Paciente: Percepção de Profissionais de Saúde.

[3] Acadêmica do curso de Enfermagem Unijuí. Bolsista PIBIC/CNPQ do projeto Demandas de Cuidado de Pacientes Oncológicos em Tratamento: Proposta de Intervenção Pela Convergência da Pesquisa e Prática Educativa.

[4] Enfermeiro, graduado pela Unijui. Mestrando em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria/ UFSM.

[5] Enfermeira. Doutora em ciências. Docente do departamento de Ciências da Vida - DCVida da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ.

[6] Enfermeira. Doutora em ciências. Docente do corpo permanente do Mestrado em Atenção Integral a Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ.

in practice. In this way, it is suggested that observational studies should be held in this places, to verify if the theoretical knowledge bases or not in the professionals actions.

DESCRIPTORS: Admitting Department, Hospital; Hand Disinfection; Knowledge; Nursing.

Resumen

La higinización de las manos es uma medida sencilla, y que puede tener alto impacto en el control de la infección hospitalar, si realizada de manera adecuada. En ese sentido, el objetivo de este estudo es identificar el conocimiento a respeto de la higiene de las manos por profesionales de enfermaría, ya que prestan cuidado directo al paciente. Se trata de una búsqueda transversal, cuantitativa, realizada en tres unidades de um hospital privado porte III. Participaron 92 profesionales del equipo de enfermaría, que reconocem la técnica adecuada a ser realizada en gran parte de las situaciones, pero de acuerdo con la literatura, muchas veces el conocimiento teorico no es aplicado en la práctica. Así, es sugerido que los estudios observacionales sean realizados em estes locales, para comprobar si el conocimiento teorico embasa o no las acciones de los profesionales.

DESCRIPTORES: Conocimiento; Desinfección de las manos; Enfermaría; Servicio hospitalarde admisión de pacientes.

Introdução

A higiene de mãos (HM), é considerada a medida mais simples e de baixo custo, que tem influência direta para reduzir as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), pois as mãos dos profissionais são a via de transmissão mais importante de microorganismos.[1] O ato de HM é caracterizada pela remoção de sujidade, suor, pelos e microbiota transitória, com intuito de interromper a transmissão de infecções relacionadas ao contato.[1]

Atualmente, utiliza-se dois métodos principais para HM: higienização simples e a fricção com preparação alcoólica. A HM simples deve ser realizada com água e sabão, e durar de 40 a 60 segundos, sendo indicada nos seguintes casos: no início e no término do turno de trabalho, quando as mãos estiverem visivelmente sujas, no momento em que os profissionais entrarem em contato com fluídos corporais ou sangue, antes e após refeições, ao ir no banheiro, na preparação e manipulação de medicamentos, quando utilizar várias vezes preparação alcoólica e ao remover as luvas. Já a fricção com produtos alcoólicos (gel ou líquido), deve durar aproximadamente de 20 a 30 segundos, quando as mãos estiverem livres de sujidades visíveis.[1]

Mesmo essa iniciativa sendo simples, estima-se que no Brasil, dos pacientes atendidos nos hospitais, cerca de 3 a 15% desenvolvam alguma IRAS, que resulta em aumento na permanência hospitalar, nos custos e no agravo do quadro clínico dos pacientes que pode levar ao óbito.[2]

Nos últimos anos, estratégias estão sendo tomadas para consientizar as instituições e profissionais sobre o cuidado seguro. Este por sua vez, é o resultado de ações corretas, sistemas adequados que denota esforço coordenado e permanente, pois o cuidado seguro deve ser um direito do usuário e um dever ético do profissional.[3]

A técnica de HM está entre as estratégias, que visam consolidar a segurança do paciente, e como a ferramenta de trabalho dos profissionais de enfermagem é o cuidado, o objetivo deste estudo é

identificar o conhecimento acerca da técnica de higienização das mãos na perspectiva de profissionais de enfermagem de uma instituição hospitalar.

Metodologia

Estudo transversal de natureza quantitativa, desenvolvido em três unidades de clínica médica e cirúrgica de um hospital privado de porte III, do interior do Estado do Rio Grande do Sul (RS) – Brasil, com abrangência de 72 leitos nestas unidades. Nos meses da coleta de dados, atuavam na unidade A, 28 profissionais da enfermagem, na unidade B, 35 e na unidade C, 49 profissionais.

Os critérios de inclusão para participar do estudo foram: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem, estar trabalhando há pelo menos três mêses nos respectivos setores, com carga horária semanal de 36 horas ou mais. Foram excluídos os profissionais de enfermagem que encontravam-se em licença saúde ou qualquer outro afastamento durante a coleta de dados.

Após aplicar os critérios supracitados, foram excluídos 11 profissionais: seis por estarem em licença maternidade, dois licença saúde, dois por mudança de setor, um por participar da equipe de pesquisa. Obteve-se 101 profissionais elegíveis, entre estes, nove não aceitaram participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada, no período de setembro a novembro de 2015, por acadêmicos de enfermagem, previamente capacitados. Como instrumento de pesquisa utilizou-se o Teste de Conhecimento a respeito da Higienização das mãos para profissionais da saúde, validado pela OMS. Questionário auto-aplicável, composto por 26 questões de múltipla escolha, com perguntas que avaliam o conhecimento técnico e cientifico sobre os aspectos da HM, durante a assistência. Dessas, 12 são questões de caracterização sócio demográficas e laborais que compreendem: data, idade, sexo, unidade e tempo de atuação na instituição, grau de instrução (enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem), realização de horas extras, jornada dupla, turno de trabalho, natureza do hospital. Para avaliar a conhecimento em relação à HM compreendem 14 questões de múltiplas escolhas.

A inserção e análise descritiva dos dados foi realizada pelo programa PASW Statistics® (PredictiveAnalytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) 18.0 for windows.

A abordagem dos indivíduos ocorreu na unidade de internação e, ao aceitar participar do estudo, os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, dirigindo-se à uma sala reservada para responder o questionário afim de garantir privacidade. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI) sob parecer consubstanciado número 1.209.075 de 01 de setembro de 2015.

Resultados e discussão

Participaram do estudo 92 profissionais de enfermagem. Destes, 10 (10,9%) enfermeiros e 82 (89,1%) técnicos de enfermagem. Dentre eles 90 mulheres (97,8%), com idade entre 20 a 40 anos.

No que tange a análise do conhecimento, os respondentes afirmam de forma assertiva as questões relacionadas à técnica de higiene de mãos (HM) com preparação alcoólica. Observa-se ainda que a escolha da fricção com álcool foi predominante entre os profissionais participantes do

estudo quando comparada a técnica de HM com água e sabão. Dados que podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1: Conhecimento de profissionais da enfermagem acerca da técnica da higienização das mãos e uso de preparações alcoólicas e água e sabonete, de uma instituição privada do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2015

Variável			**N**	**%**
Técnica de higienização das mãos com preparação alcoólica	A preparação alcoólica deve cobrir todas as superfícies de ambas as mãos.	Sim	89	96,7
		Não	3	3,3
	As mãos têm de estar secas antes do uso.	Sim	69	75
		Não	23	25
	Pode-se secar as mãos com papel toalha após a fricção com a preparação alcoólica.*	Sim	14	15,2
		Não	77	83,7
Tipos de higienização das mãos de acordo com as situações.	Antes de escrever no prontuário do paciente	Fricção com álcool	47	51,1
		Água e sabonete	44	47,8
		Nenhum	1	1,1
	Antes do contato com o paciente	Fricção com álcool	71	77,2
		Água e sabonete	21	22,8
	Ao chegar na unidade após o almoço	Fricção com álcool	26	28,3
		Água e sabonete	66	71,7
	Antes de aplicar uma injeção	Fricção com álcool	76	82,6
		Água e sabonete	16	17,4
	Antes de esvaziar o urinol	Fricção com álcool	58	63
		Água e sabonete	23	25
		Nenhum	11	12
	Antes de abrir a porta do quarto do paciente	Fricção com álcool	74	80,4
		Água e sabonete	15	16,3
		Nenhum	3	3,3

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

Após aplicar uma injeção	Fricção com álcool	65	70,7
	Água e sabonete	27	29,3
Após esvaziar o urinol	Fricção com álcool	44	47,8
	Água e sabonete	48	52,2
Após remoção da luvas de procedimento	Fricção com álcool	18	19,6
	Água e sabonete	74	80,4
Ao deixar o paciente	Fricção com álcool	76	82,6
	Água e sabonete	16	17,4
Após arrumação da cama do paciente	Fricção com álcool	53	57,6
	Água e sabonete	38	41,3
	Nenhum	1	1,1
Após exposição visível ao sangue	Fricção com álcool	27	29,3
	Água e sabonete	65	70,7
Após contato com um paciente com diarréia	Fricção com álcool	23	25
	Água e sabonete	69	75
Antes da desinfecção do leito após a alta do paciente	Fricção com álcool	44	47,8
	Água e sabonete	46	50
	Nenhum	2	2,2

Fonte: Dados dos autores

*Na questão: 91 participantes.

Ao analisar o conhecimento acerca da técnica de HM, os profissionais reconhecem as iniciativas corretas e incorretas ao utilizar preparação alcoólica. Mesmo com o conhecimento acerca do uso correto da preparação alcoólica, percebe-se que a HM ainda é um fator que influência negativamente os índices gerais de qualidade dos serviços e segurança do paciente.[4]

Estudo realizado na Espanha, em seu sistema público, evidencia que os profissionais da saúde reconhecem maior uso de preparações alcoólicas quando comparado a HM com água e sabão. Para o mesmo autor, demonstra-se que estes dominam o conhecimento a respeito da técnica, porém, apresentam incipiência no que se refere às prevenções de transmissões cruzadas.[5]

Em relação a técnica adequada nas situações antes e após o contato com o paciente, bem como antes de abrir a porta do quarto, os respondentes afirmaram que a fricção com álcool é suficiente e evita a disseminação de microrganismos.[6] Porém, estudo que utilizou método de observação em relação a adesão a HM, demonstrou que as indicações “antes do contato com o

paciente" e "antes de procedimento asséptico" obtiveram a menor aderência, o que caracteriza fragilidade na assitência, e aumenta o potencial para ocorrência de eventos adversos (EA), infecção cruzada, entre outros.[2]

Resultados demonstram que os profissionais reconhecem a importância da HM com água e sabão após remoção de luvas,[1] o que vai ao encontro de outro estudo, onde os profissionais afirmam realizar a técnica nessa mesma situação.[7]

Pode-se inferir que quando utiliza-se o método de observação da adesão à HM, os resultados são abaixo do esperado. Dessa maneira, fica explícito que o conhecimento a respeito da técnica pode não refletir na prática. Nesse sentido, a vigilância torna-se essencial, pois mesmo com resultados negativos, eles oportunizam um momento de reflexão importante para gestores, líderes e profissionais de saúde quanto à segurança do paciente, bem como a necessidade de evoluções.[2]

Pesquisas evidenciam que os profissionais conhecem a importância das mãos no controle da infecção e a corresponsabilização de toda equipe pela transmissão cruzada de microrganismos, porém, os índices de adesão são muito aquém do necessário.[8] Nesse sentido, identificou-se fatores facilitadores que incluem: a conscientização, disponibilidade de material, pesquisas e campanhas sobre HM. Como dificuldades, levantou-se: a falta de treinamento, deficiência de equipamentos e sobrecarga de trabalho.[8]

Pesquisa que avaliou 1103 protuários de hospitais do Rio de Janeiro, identificou 56 EA evitáveis, sendo que 24,6% destes eram IRAS, que representou um adicional de 226 dias de internação hospitalar.[9] Esses dados demonstram que mesmo com evidências sobre a importância da mãos na cadeia de transmissão de IRAS e sobre os efeitos positivos da HM nas taxas de infecção, os profissionais ainda possuem atitudes passivas frente a este problema de saúde pública.[10]

Algumas frentes são levantadas com intuito de fortalecer a HM, entre elas a formação profissional e o empoderamento do paciente. Literatura pontua que o processo formativo ainda não está abordando esta temática a ponto de mobilizar os futuros profissionais a aderirem à prática correta de HM.[11]

Estudo realizado com estudantes de 5 e 6 ano de medicina evidenciou fragilidade no processo de formação, em que 28,1% dos graduandos não aderiram a prática de HM e, entre os motivos por eles referidos estão: a escassez de material, ausência de pia próximas ao local de atendimento, reações cutâneas e falta de informação científica.[12]

Desse modo, dimensões comportamentais de profissionais e usuários a respeito da técnica devem ser avaliadas, pois além do trabalhador, os pacientes necessitam tornarem-se sujeitos empoderados e ativos neste processo.[4] Importante ainda que sejam estimulados a observar e cobrar dos profissionais que a HM seja realizada.[13]

Considerações Finais

Estudo identifica que os profissionais de enfermagem conhecem a técnica e os materiais adequados para realizar a HM em diferentes situações. No entanto, isso não minimiza a necessidade de que ações de educação permanente sejam efetivadas com o intuito de garantir o cuidado seguro. Ademais, sugere-se que estudos observatórios sejam realizados, para confirmar se o conhecimento

teórico transforma-se em prática, tendo em vista que a literatura aponta baixas taxas de adesão à esta técnica.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília: Anvisa: 2007. 52 p. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/manual_integra.pdf.

2. Souza LM, Ramos MF, Becker ESS, Meirelles LCS, Monteiro SAO. Adherence to the fi ve moments for hand hygiene among intensive care professionals. Rev Gaúcha Enferm. 2015;36(4):21-8.

3. REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS. 2013. 132 p.

4. Rosetti KAG, Tronchin DMR. Compliance of hand hygiene in maintaining the catheter for hemodialysis. Rev Bras Enferm. 2015;68(6):742-7. DOI http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680608i.

5. Pérez PP, Usagre MH, Cavanillas AB, Humada MSA, Camacho BB, Vázquez MV. Higiene de las manos: conocimientos de los profesionales y áreas de mejora. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2015 [acesso em: 2017 mar 24];31(1):149-160. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v31n1/0102-311X-csp-31-01-00149.pdf

6. Organização Pan-Americana da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Manual do observador: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos [Internet]. Brasília, (DF); 2008. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/higienizacao_oms/manual_para_observadores-miolo.pdf

7. Pereira FMV, Toffano SEM, Silva AM, Canini SRMS, Gir E. Adesão às precauções-padrão por profissionais de enfermagem que atuam em terapia intensiva em um hospital universitário. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013[acesso em: 2017 abr 03];47(3):686-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300686

8. Oliveira AC, Paula AO, Gama CS; Oliveira JR; Rodrigue CD. Adesão à higienização das mãos entre técnicos de enfermagem em um hospital universitário. Rev enferm UERJ [Internet]. 2016 [acesso em: 2017 mar 15]; 24(2):e9945. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v24n2/v24n2a15.pdf

9. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. Rev assoc med bras [Internet]. 2013[acesso em: 2017 mar 14]; 59(5):421–428. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n5/v59n5a06.pdf

10. Brasil. Ministério da saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente e higiene das mãos. Brasília: 2013. 100 p. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf

11. Botene DZA, Pedro ENR**.** Os profissionais da saúde e a higienização das mãos: uma questão de segurança do paciente pediátrico. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2014 [acesso em: 2017 mar 23];35(3):124-129. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n3/pt_1983-1447-rgenf-35-03-00124.pdf

12. Caires MS, Neto JT, Muniz PA, Filho VS, Santana AC. Assessment of Hygiene Practices Employed by Medical Students at the Federal University of Bahia (Brazil) during Clinical Service. Rev bras educ méd. 2016 40(3):411-422.

13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 1. Ed. Brasília (DF); 2013. 172 p.

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

54.HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR: A IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL PARA A EQUIPE

HOSPITAL HYGIENE: THE IMPORTANCE OF THE USE OF INDIVIDUAL PROTECTION EQUIPMENT FOR THE TEAM

HOSPITAL DE HIGIENE: LA IMPORTANCIA DE EQUIPO PROTECTOR PERSONAL PARA USO DEL EQUIPO

SCHUTZ, Thais Costa [1]MACHADO, Bruna Parnov[2]

Resumo

Introdução: O ambiente hospitalar tem sido alvo de ocorrências, pois os profissionais trabalham, muitas vezes, na precariedade, na falta de materiais para realização das atividades. Nesse ambiente é fundamental a existência da Vigilância em Saúde do Trabalhador, essa poderá promover a saúde e prevenir acidentes e doenças. **Objetivo:** identificar a relação entre acidentes e uso incorreto de EPI's na equipe de higienização hospitalar. **Metodologia:** foram utilizados DeCS, logo, realizou-se uma busca na LILACS. **Resultados:** O dia-a-dia dos trabalhadores trazem problemas que são levados para o local de trabalho, pois começam a contrair doenças, e essas os deixando em estado de dependência. Portanto, devem seguir a orientações para uso de EPI's, assim como proteger-se quando se encontram em contato com agulhas ou fluídos de sangue. **Conclusão:** O uso inadequado de EPI's pode causar diversos problemas, portanto usá-los adequadamente é a melhor forma de prevenir acidentes e preservar a saúde dos trabalhadores.

DESCRITORES: equipamentos de proteção individual; acidentes de trabalho; saúde do trabalhador; riscos ocupacional.

Abstract

Introduction: The hospital environment has been the target of occurrences, since professionals often work in precariousness, lack of materials to carry out the activities. In this environment it is fundamental the existence of Vigilance in Health of the Worker, this can promote health and prevent accidents and diseases. **Purpose**: to identify the relationship between accidents and improper use of PPE in the hospital hygiene team. **Methodology:** DeCS was used, and a search was performed at LILACS. **Results:** The daily life of workers brings problems that are taken to the workplace, as they begin to contract diseases, and these leave them in a state of dependency. Therefore, they should follow guidelines for use of PPE, as well as protect themselves when in contact with needles or blood fluids. **Conclusion:** Improper use of PPE can cause several problems, so using them properly is the best way to prevent accidents and preserve workers' health.

[1] Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA. E-mail: thais.schutz@hotmail.com

[2]Profª Enfª Me. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA.

DESCRIPTORS: personal protective equipment; Accidents at work; Worker's health; Occupational risks.

Resumen

Introducción: El entorno del hospital ha sido objeto de ocurrencias, para el trabajo profesional, a menudo en condiciones precarias, en ausencia de materiales para la realización de actividades. En este entorno, la existencia de Vigilancia de la Salud Ocupacional es crítica, esto puede promover la salud y prevenir accidentes y enfermedades. **Objetivo**: Identificar la relación entre los accidentes y el uso incorrecto del PPE en el equipo de higiene hospitalaria**. Métodos:** Fueron utilizados DeCS, por lo que llevan a cabo una búsqueda en LILACS**. Resultados**: Los trabajadores del día a día traer problemas que son llevados al lugar de trabajo a medida que empiezan a contraer enfermedades, y los dejándolos en un estado de dependencia. Por lo tanto, debe seguir las directrices para el uso de equipo de protección, así como para protegerse a sí mismos cuando están en contacto con agujas o fluidos sanguíneos. **Conclusión:** El uso inadecuado de los EPI puede causar muchos problemas, a fin de utilizar de manera adecuada es la mejor manera de prevenir accidentes y preservar la salud de los trabajadores.

PALABRAS CLAVE: equipo de protección personal; accidentes de trabajo; salud ocupacional; riesgos laborales.

Introdução

III Seminário Internacional

Os últimos séculos vêm trazendo diversas mudanças na sociedade e, além disso, está havendo muitas transformações, novas tecnologias e modificações na organização do trabalho, enfim surgimento de novas profissões e com elas algo desafiador, o sofrimento, a dor, as doenças, os acidentes, esses fazem o ser humano preocupar-se com um todo, pois existem consequências e essas acarretam prejuízos[2]. O ambiente hospitalar tem sido alvo dessas ocorrências, pois não apenas a equipe que trabalha nas unidades passa por problemas devido à falta de algo ou de Equipamento de Proteção Individual (EPI) para fazerem suas atividades, mas também a equipe de higienização/limpeza desses hospitais. Nesse ambiente é fundamental a existência da Vigilância em Saúde do Trabalhador, essa poderá promover a saúde dos mesmos e prevenir acidentes e doenças através de mecanismos de investigação, análise e intervenção nos processos, nos ambientes de vivencias diária, nas organizações como um todo e também nas relações de trabalho[3].

Pesquisas mostram que existem diferentes tipos de acidentes em diferentes áreas do ambiente hospitalar, esse pode ocorrer com diversos tipos de materiais, inclusive material biológico. No dia-a-dia dos profissionais observa-se que não somente trabalhadores que tem contato direto com pacientes sofrem esses acidentes, mas também, a equipe de higienização e limpeza, lavanderia, equipe de manutenção e de coleta de lixo devido ao seu contato na parte externa da unidade. Existem diferentes tipos de limpeza hospitalar e a equipe de higienização deve estar sempre atenta naquilo que está fazendo, seja qual for sua atividade, pois hospital é um lugar de muitas infecções e de muitos objetos perfuro-cortantes[1].

São vários os tipos de acidentes que podem ocorrer dentro de uma unidade hospitalar, e estudos revelam que o número de acidentes é muito maior naqueles que fazem parte da esterilização/limpeza dos objetos que são utilizados para a assistência dos pacientes. Assim devem

ser tomadas algumas medidas com a finalidade de minimizar esses riscos de contaminação, essas incluem reconhecer o risco, identificar medidas de prevenção e ainda mostrar aos trabalhadores que deve haver uma conscientização a cerca dos riscos que estão expostos em seu local de trabalho. No que diz respeito à equipe de higienização, principalmente aqueles que atuam nas atividades realizadas no expurgo (local onde é realizada a limpeza do material que foi utilizado na assistência prestada ao paciente), deve-se ter uma conscientização muito maior, onde uma das principais ações preventivas é o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), gorro, óculos, máscara, luvas grossas de borracha, avental impermeável e sapato fechado, com isso haverá uma diminuição dos riscos que os trabalhadores estão expostos, como contaminação por gotículas de sangue, secreção corpórea ou acidentes percutâneos[8].

O uso de EPI's é de extrema importância para que não haja complicações posteriores nos trabalhadores, e devem ser utilizados naquelas situações onde se tem exposição com pacientes internados, ou naquelas em que se apresentam materiais já usados pelos mesmos. Portanto estar bem consciente do que está fazendo é algo imprescindível, além disso, prevenir-se é a melhor forma de se ter um trabalho seguro e organizado. Assim, objetiva-se fazer uma avaliação entre a incidência de acidentes, sejam eles com perfuro-cortantes, materiais biológicos, entre outras maneiras, e o uso incorreto dos EPI's, que são de uso individual utilizado pelo trabalhador para proteger-se dos riscos presentes na instituição e que devem ser disponibilizados pelo empregador de forma adequada para que se tenha um uso correto na equipe de higienização hospitalar[8].

Justifica-se reflexões com essa temática a partir da implementação das Normas Reguladores (NR), pois segundo a NR-6 Equipamento de Proteção Individual, é todo produto utilizado individualmente pelo trabalhador com a finalidade de protegê-lo de riscos ocupacionais que possam atingir sua saúde levando-o a um estado precário. Esta norma define que cabe ao empregador disponibilizar de forma adequada o material necessário e suficiente para que o trabalhador possa fazer o uso correto dos mesmos sem ter restrições para utilização. Assim, faz-se necessário a fiscalização nas instituições para que se tenha um controle daquilo que está certo e errado, do que está sendo usado ou não[10].

Atualmente, vê-se nas instituições hospitalares uma precariedade que não tem fim, os profissionais, em especial as equipes de higienização mostram-se insatisfeitos com seu ambiente de trabalho e o modo como fazem suas atividades. Existe uma privatização no que diz respeito à conscientização desses trabalhadores em usar Equipamento de Proteção Individual, ou seja, materiais para sua própria proteção, onde se apresentam luvas, máscaras, óculos, entre outros. Nas instituições há diferentes meios para comunicação, o que não se tem é profissionais adequados para dar de forma correta a informação, o que acontece caso não use tal proteção, a incidência desses acontecimentos e o que fazer para evitá-los.

Assim, pensando em todos esses acontecimentos, devem-se formar meios para conscientizar os trabalhados dessas equipes sobre a utilização diária e correta dos Equipamentos de Proteção Individual, como usar e o porquê da utilização. São várias as doenças que podem acometer pessoas que estão ligada ao ambiente hospitalar, entre elas a infecção hospitalar, onde os sintomas são relacionados ao local do procedimento ou envolvem algum sistema, como respiratório ou urinário. Pacientes graves podem ter o comprometimento do organismo todo, o profissional fica mais susceptível a outras doenças pela sua baixa imunidade. Não somente essa, mas também outras

podem acarretar problemas difíceis de ser tratados, por exemplo, alguém higieniza um material perfuro-cortante e antes de fazer a limpeza, o indivíduo, sem o uso de luvas, faz um corte na parte superior do dedo mínimo, o que poderá acontecer? E se o paciente estivesse com AIDS? O profissional teria se contaminado com o sangue que estava presente no material e assim, ficaria com uma doença grave, difícil de ser trata, simplesmente pelo fato de não ter usado luvas para protegê-lo.

Consequentemente, o profissional terá que se afastar de suas atividades diárias e ter uma vida com muitos mais limites, e isso trará para aquele trabalhador muitas perdas, entre elas a convivência na sociedade. Portanto, com todos esses acontecimentos o uso de EPI's torna-se indispensável nas unidades hospitalares e, para isso, toda a equipe de higienização deve conscientizar-se daquilo que está fazendo e que pode acontecer caso não se proteger, no entanto, cabe às instituições ter regulamentos e normas que sejam cumpridas para dar início a um trabalho seguro e bem sistematizado.

O presente trabalho tem como objetivo: descrever a importância do uso de EPI's na equipe de higienização de um hospital. E como questão norteadora: Qual a importância do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) na equipe de higienização hospitalar?

Metodologia

Pesquisa com abordagem qualitativa do tipo bibliográfica. Inicialmente buscaram-se os DESCRITORES no DeCS (DESCRITORES em Ciências da Saúde), onde se utilizaram "Equipamentos de proteção individual"; "Acidentes de trabalho"; "Saúde do trabalhador" e "Risco ocupacional". Utilizou-se a base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), onde se consideraram como instrumentos relevantes artigos científicos, teses e dissertações, de 2004 a 2015, em idiomas português, inglês e espanhol. Para seleção dos artigos procurou-se considerar os trabalhos que dessem maior relevância ao tema, independente do idioma, assim foram excluídos os artigos, teses e dissertações que abordassem temas diferentes em seu assunto. Assim, obtiveram-se quinze artigos científicos, uma dissertação e duas teses, no entanto, excluíram-se as teses, dissertações e quatro artigos, finalizando com onze artigos para realização do trabalho completo.

Resultados e disscussão

Trabalho Hospitalar

O trabalho de higienização hospitalar é bastante amplo e complexo, assim como traz sentimentos de prazer, para aqueles que gostam do que fazem, o expõem também aos riscos que podem causar sérios danos a sua saúde. Muitos acidentes que ocorrem dentro dos hospitais são produzidos por materiais perfuro-cortantes com material biológico que está potencialmente contaminado, esses podem acontecer na retirada do lixo hospitalar, quando diversos materiais são descartados de forma inadequada e em locais impróprios, também na hora de higienizar o produto já usado por pacientes, onde há um descuido que acaba ocasionando o acidente [8].

O trabalho hospitalar exige influencia mútua dos seres humanos, recursos materiais e tecnológicos, assim o processo de trabalho terá uma organização mais ampla, interdependente,

dinâmica e complexa, deixando assim, o ambiente com mais facilidade de trabalho para a equipe de higienização[9].

O dia-a-dia dos trabalhadores trazem diversos problemas que são levados para o local de trabalho sem mesmo que eles notem este fato, e isso acaba causando muitos transtornos na vida desses trabalhadores, pois começam a contrair doenças, e essas os deixando em estado de dependência, muitas vezes total. Portanto, devem seguir a orientações para uso de Equipamento de Proteção Individual (máscaras, luvas, óculos, etc.), assim como proteger-se quando se encontram em contato com agulhas ou fluídos de sangue, usando assim, aventais para que não haja esse contato [1].

Sabe-se que existe certo desconforto na utilização dos EPI's, nesses entram, sufocação, incômodo, dificuldade na utilização, calor, entre outros, porém seu uso é obrigatório em todas as instituições. O que se vê atualmente, é que a maioria dos trabalhadores faz o uso do material por ser norma da entidade, não porque corre o risco de adquirirem certas doenças, o que se tem também é a falta de oportunidade para escolher, todos devem usar aquilo que foi dado para si, sem nenhuma restrição. Contudo, a existência de fatores positivos com o uso desses EPI's é imensa, os trabalhadores ficam protegidos de todas as ocorrências que podem acontecer devido ao contato direto com materiais hospitalares contaminados[8].

Estudos revelam que a causa de acidentes na equipe de higienização dá-se, na maioria das vezes com materiais biológicos, e que as ocorrências nas mulheres é duas vezes maiores do que nos homens, fato esse que deve ser investigado mais, pois não se sabe ao certo o porque dessa diferença. Autores dizem que esse episódio acontece devido ao número de mulheres serem maior dentro da unidade, por isso há a existência de um número maior de acidentes no sexo feminino. A localização desses perfuro-cortantes também é bastante discutida, pois se afirma que os lugares onde mais acontecem acidentes são aqueles que contêm sacos de lixo seguido de materiais encontrados no chão[7].

"A adoção de medidas preventivas, para ambiente hospitalar, é extremamente necessária, uma vez que os riscos à saúde são mais eminentes pela possibilidade de contágio por agentes infecciosos ao se considerar as características da modalidade de serviços que são desenvolvidos por estas instituições" (ERDRMANN, 2004, p.88).

Biossegurança

A biossegurança é o que chamamos de ações voltadas para a prevenção, proteção do trabalhador, minimização de riscos inerentes às atividades de pesquisa, ensino, produção, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, visando à saúde do homem, e a preservação do meio ambiente, visando um bom resultado[11]. Pode-se dizer que biossegurança é uma forma de cuidar a vida que garante condições naturais e físicas para todas as gerações, para isso deve-se haver um envolvimento significativo de toda sociedade colocando em prática o pensamento de ética e cidadania [4].

Equipamentos de Proteção Individual - EPI's

A NR-6 diz que Equipamento de Proteção Individual, é todo produto utilizado individualmente pelo trabalhador com a finalidade de protegê-lo de riscos ocupacionais que possam atingir sua saúde levando-o a um estado precário[8].

> Os EPI's são materiais importantes de proteção que devem ser utilizados pelos trabalhadores naquelas situações as quais os trabalhadores estão expostos a riscos ocupacionais. Percebe-se que muitos trabalhadores da enfermagem deixam de fazer uso desses EPI's nestas situações e se expõem ao contato com patógenos transportados pelo sangue e outras secreções corpóreas (RIBEIRO, 2012, p. 200).

Equipe de higienização

A Equipe de Limpeza Hospitalar tem sido bastante esquecida pelas unidades hospitalares e também pelos pesquisadores e estudantes. Sabe-se que esterilizar material usado em hospital não é nada agradável para aqueles que estão fazendo o ato, além disso, existem diversos fatores que causam as doenças que muitas vezes tornam-se irreversíveis. O trabalhador dessa equipe deve fazer o uso correto de todos os EPI's que lhe são apresentados pelas unidades, porém muitos não o fazem corretamente e outros nem mesmo usam o material. Contudo existe aí, uma necessidade de mais estudos sobre esses profissionais, sobre a equipe de higienização, que faz ligação direta e indiretamente com o paciente[5].

A dificuldade existente na população em entender certas coisas é algo de extrema preocupação para todos os profissionais da saúde, para tanto eles precisam inventar diferentes formas de conscientizar os trabalhadores em fazer de forma correta suas atribuições. Têm-se muitas maneiras de fazer uma proteção bem sucedida, e o uso correto dos EPI's pelos trabalhadores é de suma importância para que se tenha uma vida mais saudável e longa. Existem sim, aspectos negativos e positivos na utilização dos mesmos, porém estudos revelam que a incidência de acidentes de trabalho é menor naqueles que fazem o uso dos equipamentos[8].

Conclusão

Com todos esses acontecimentos o uso de EPI's torna-se indispensável nas unidades hospitalares e, para isso, toda a equipe de higienização deve estar sensibilizada daquilo que está fazendo e que pode acontecer caso não haja proteção. Portanto, indica-se como elemento chave para a proteção do trabalhador o desenvolvimento de uma cultura organizacional, que tenha como objetivo promover, prevenir e manter condições laborais sistematizadas e seguras tanto para a equipe de higienização, quanto aos demais envolvidos.

O uso dos EPIs é importante para proteção segura e eficaz, esses são barreiras primárias de contenção, designados a fazer uma proteção ampla do trabalhador dos riscos que podem os acometer. Assim, deve-se haver a educação permanente dos trabalhadores a fim de evitar e prevenir os acidentes inerentes aos materiais contaminados, pois quanto maior à manipulação desses materiais maior a chance de contrair doenças. Contudo, o profissional deve buscar alternativas para que não haja acidentes de trabalho, onde contenha as condições de segurança, que são alcançadas por um conjunto de ações destinadas a prevenção e controle dos agravos que podem surgir.

O uso inadequado de EPI's pode causar diversos problemas à saúde do trabalhador, principalmente aqueles que ficam diretamente ligados à limpeza hospitalar, portanto usar os mesmos

adequadamente é a melhor forma de prevenir acidentes e preservar a saúde dos trabalhadores envolvidos.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Canini SRMS, Gir E; Machado AA. Accidents with potentially hazardous biological material among workers in hospital supporting services. Rev Latino-am Enfermagem, 2005; 13(4):1-5.

2. Chillida MSP; Cocco MIM. Saúde do trabalhador & terceirização: perfil de trabalhadores de serviço de limpeza hospitalar. Rev Latino-am Enfermagem 2004 março-abril; 12(2):271-6

3. Daldon MTB; Lancman S. Vigilância em Saúde do Trabalhador – rumos e incertezas. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 38 (127): 92-106, 2013

4. Erdtmann BK. Gerenciamento dos resíduos de serviço de saúde: biossegurança e o controle das infecções hospitalares. Texto Contexto Enferm 2004; 13(n.esp):86-93.

5. Martello NA, Benatti MCC. Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. Rev Esc Enferm USP, 2009; 43(2):422-8.

6. Marziale MHP. Influencia organizacional na ocorrência de acidentes de trabalho com exposição a materia biológico. Rev. Latino-Am. Enfermagem jan.-fev. 2013;21(Spec):1-8.

7. Morais NO, et al. Exposição ocupacional com material potencialmente contaminado entre profissionais da área de apoio. Cogitare Enferm 2009 Out/Dez; 14(4):709-13.

8. Ribeiro RP, Vianna LAC. Uso dos equipamentos de proteção individual entre trabalhadores das centrais de material e esterilização. Cienc Cuid Saude 2012; 11(suplem.):199-203

9. Sznelwar LI, et al. Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar:

contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. Revista Produção, 2004; 140(3): 045-057.

10. Valim MD, Marziale MHP. Avaliação da exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011; 20 (Esp): 138-46.

11. Vilela RAG, Almeida IM, Mendes RWB. Da vigilância para prevenção de acidentes de trabalho: contribuição da ergonomia da atividade. Ciência & Saúde Coletiva, 2012; 17(10):2817-2830.

III Seminário Internacional X Semana de Enfermagem

55.HISTERECTOMIA E A SEXUALIDADE FEMININA: UMA REVISÃO NARRATIVA

HYSTERECTOMY AND THE FEMININE SEXUALITY: AN NARRATIVE REVIEW

HISTERECTOMÍA Y LA SEXUALIDAD FEMININA: UNA REVISIÓN NARRATIVA

SCHMIDT, Alessandra[1]; VASQUEZ, Maria Eduarda Deitos[2]; GUERRA, Gabriele Moura[3]; SEHNEM, Graciela Dutra[4].

Resumo

Introdução: A capacidade reprodutiva está culturalmente vinculada a feminilidade e sexualidade. Logo, a remoção total ou parcial do útero, por meio da histerectomia, pode acarretar importantes repercussões nessas esferas. **Objetivo:** conhecer as produções científicas das ciências da saúde relacionadas à sexualidade de mulheres histerectomizadas, no contexto nacional e internacional. **Método**: revisão narrativa da literatura operacionalizada a partir de busca na Biblioteca Virtual em Saúde nas bases de dados LILACS e MEDLINE. Selecionaram-se artigos completos, publicados no período de 2012 a 2016, localizados por meio dos DESCRITORES *sexuality* e *hysterectomy*. **Resultados:** 5 artigos compuseram o corpus do estudo e foram discutidos a partir de duas categorias temáticas. **Conclusões**: sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas de modo a oferecer subsídios para o rompimento de mitos e tabus que cercam o imaginário das mulheres e seus parceiros quanto à histerectomia e a sexualidade.

DESCRITORES: Histerectomia; Sexualidade; Saúde da Mulher; Enfermagem.

Abstract

Introduction: Reproductive capacity is culturally linked to femininity and sexuality. So, total or partial removal of the uterus, through hysterectomy, can have important repercussions in these spheres. **Objective**: to know the scientific productions of the health sciences related to the sexuality of hysterectomized women, in the national and international context. **Method**: narrative review of the literature operationalized through search in the Virtual Health Library in the LILACS and MEDLINE databases. Were selected complete articles, published in the period from 2012 to 2016, located through the descriptors *sexuality* and *hysterectomy*. **Results**: 5 articles composed the study corpus, and were discussed from two thematic categories. **Conclusions:** It is suggested that new research be done to offer subsidies for the breakdown of myths and taboos that surround the imaginary of women and their partners regarding hysterectomy and sexuality.

DESCRIPTORS: Hysterectomy; Sexuality; Women's Health; Nursing.

Resumen

[1] Acadêmica de Enfermagem, Membro do Grupo de Pesquisas e Estudos na Saúde da Mulher (GRUPESM), Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). E-mail: alessandraschmidt1988@hotmail.com

[2] Acadêmica de Enfermagem, Monitora do Grupo de Pesquisas e Estudos na Saúde da Mulher (GRUPESM), Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

[3] Acadêmica de Enfermagem, Membro do Grupo de Pesquisas e Estudos na Saúde da Mulher (GRUPESM), Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

[4] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Curso de Enfermagem, Líder Grupo de Pesquisas e Estudos na Saúde da Mulher (GRUPESM), Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

Introducción: La capacidad reproductiva está culturalmente ligada a la feminidad y la sexualidad. Así, la extirpación total o parcial del útero, mediante la histerectomía, puede tener importantes repercusiones en estas esferas. **Objetivo:** conocer las producciones científicas de las ciencias de la salud relacionadas con la sexualidad de las mujeres histerectomizadas, en el contexto nacional e internacional. **Método**: revisión narrativa de la literatura operacionalizada mediante búsqueda en la Biblioteca Virtual de Salud en las bases de datos LILACS y MEDLINE. Fueron seleccionados artículos completos, publicados en el período de 2012 a 2016, localizados a través de los descriptores *sexualidad* y *histerectomía*. **Resultados**: 5 artículos compusieron el corpus del estudio, y fueron discutidos a partir de dos categorías temáticas. **Conclusiones**: Se sugieren nuevas investigaciones para ofrecer subsidios para la desconstrucción de mitos y tabúes que rodean el imaginario de las mujeres y sus parejas con respecto a la histerectomía y la sexualidad.

DESCRIPTORES: Histerectomía; Sexualidad; Salud de la Mujer; Enfermería.

Introdução

A sexualidade é um constructo sociocultural que perpassa a vida das pessoas, independente do seu querer, desvelando-se por meio de gestos, discursos, atitudes, posturas, olhares e silêncios manifestados no comportamento de cada um. Emergem de sua conceituação uma diversidade de questões, perpassando sexo, gênero, identidades sexuais, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade, bem como a reprodução.[1]

Neste sentido, o útero é considerado o órgão símbolo da capacidade reprodutiva e está, culturalmente, vinculado a feminilidade e sexualidade. Sua retirada, pode causar implicações significativas na vida social da mulher, como a perda do papel de mãe, até então definidor da identidade feminina, distorção da autoimagem e prejuízos na qualidade da vida sexual da mulher e do seu parceiro.[2]

Por definição, entende-se o procedimento cirúrgico de remoção total ou parcial do útero, quando mantido o colo uterino, como histerectomia.[3] No Brasil, esta tornou-se a segunda cirurgia mais frequentemente realizada por mulheres em idade reprodutiva atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS), superada apenas pela cesariana.[3] No ano de 2010, cerca de 62.565 histerectomias totais foram realizadas pelo SUS, em torno de 300.000 mulheres ainda recebam indicação desta cirurgia anualmente.[4]

A histerectomia pode ser recomendada tanto para condições benignas quanto malignas, entretanto, aproximadamente 90% das cirurgias realizadas, tem como indicação condições benignas, como: falha do tratamento clínico em pacientes com sangramento uterino anormal; endometriose; prolapso de órgãos pélvicos; infecção pélvica; bem como, histerectomia pós-parto, relacionada à atonia uterina; rotura uterina; placenta prévia; acretismo placentar e hemorragias.[5-7]

A vivência da sexualidade após a histerectomia, permanece como um assunto velado entre as mulheres e seus companheiros, sendo experienciada em uma esfera muito pessoal e, portanto, pouco abordada por profissionais de saúde no contexto da assistência. Dessa forma, o problema de pesquisa norteador da investigação embasou-se na seguinte questão: Quais as produções científicas das ciências da saúde relacionadas à sexualidade de mulheres histerectomizadas? Para responder a tal questionamento, este estudo objetivou conhecer as produções científicas das ciências da saúde relacionadas à sexualidade de mulheres histerectomizadas.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo revisão narrativa de literatura, método que consiste na síntese e construção de conclusões gerais a respeito de pesquisas publicadas quanto à uma área de estudo em particular, que possibilita ao leitor a aquisição e atualização do conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo.[8]O problema de pesquisa norteador desta investigação esteve embasado no seguinte questionamento: Quais as produções científicas das ciências da saúde relacionadas à sexualidade de mulheres histerectomizadas?

O levantamento bibliográfico foi realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo selecionadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). A busca do material foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2017, considerando-se como recorte temporal o período de 2012 a 2016.Foram selecionados, após consulta nos DESCRITORES em Ciências da Saúde (DeCS), os DESCRITORES controlados "*Sexuality*" e "*Hysterectomy*", cujo cruzamento deu-se da seguinte forma: "Sexuality" AND "Hysterectomy".Como critérios de inclusão, aplicaram-se: pesquisas que abordassem como assunto principal a temática da sexualidade relacionado à histerectomia, publicados nos idiomas inglês ou português ou espanhol e disponíveis online, gratuitamente, na forma de artigo científico. Quanto aos critérios de exclusão considerou-se a repetição dos estudos selecionados, estudos referentes à Resumos congressos, anais e editoriais, comentários e opiniões de especialistas, assim como teses e dissertações. Também, foram exclusos artigos que não apresentavam o texto completo e Resumos disponíveis na íntegra nas bases de dados e biblioteca pesquisadas.

A análise dos resultados seguiu a modalidade de análise temática, operacionalizada a partir das seguintes etapas: *pré-análise*, que consiste na seleção dos artigos a serem utilizados, retomada de hipóteses e objetivos do estudo; *exploração do material*, que consiste na operação classificatória, etapa em que serão definidas categorias temáticas, através do alcance do núcleo de compreensão do texto; e *tratamento e interpretação dos resultados obtidos*. [9]

Inicialmente, utilizando-se a combinação dos DESCRITORES supracitados, foram localizadas na Biblioteca Virtual em Saúde 201 publicações. Aplicando-se os critérios de seleção, a amostra foi reduzida a um universo de 22 artigos. Destes, 16 mostraram-se indisponíveis para leitura gratuita e um repetido em ambas as bases de dados, sendo portanto, excluídos.

A seguir, procedeu-se a leitura minuciosa do material na íntegra, a fim de evidenciar e delimitar o que se faz indispensável para a obtenção de um estudo aprofundado. Para isso, considerou-se a temática apresentada no seu enquadramento dos critérios previamente estabelecidos e a aderência ao objetivo proposto. Perante o exposto, foram selecionados cinco estudos, por estarem relacionados à temática, ao objetivo desse estudo e contemplarem os critérios de inclusão estabelecidos.Quanto às questões éticas, os preceitos de autoria foram respeitados. Em virtude da natureza bibliográfica do estudo, não houve necessidade de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão

Das cinco publicações selecionadas, quatro estavam indexadas na base de dados LILACS e apenas uma na MEDLINE. No que diz respeito ao idioma de publicação, três estudos encontravam-se disponíveis em espanhol, um em português e um na língua inglesa. Quanto ao delineamento metodológico, houve ligeiro predomínio de estudos de natureza qualitativa, que totalizaram três estudos, seguidos por dois estudos quantitativos. Em relação aos países de publicação, dois estudos foram desenvolvidos no Chile, enquanto que as demais pesquisas foram realizadas no Brasil (01), nos Estados Unidos (01) e na Venezuela (01).

Por meio da técnica de análise temática, emergiram duas categorias para discussão, apresentadas a seguir:

Histerectomia: significados construídos por mulheres e seus companheiros

A construção sociocultural da feminilidade encontra-se intrinsecamente atrelada à capacidade reprodutiva da mulher e sua missão social para a maternidade, manifestada na figura do útero, órgão cuja funcionalidade biológica está relacionada ao papel reprodutor, assim como a sexualidade feminina.[10]

Assim, a mulher quando submetida a retirada desse órgão, pode apresentar sentimentos negativos em relação a si mesma e ao seu corpo, pressupondo que a partir da histerectomia, perdas importantes em relação a sua identidade como mulher serão materializadas.[10]

Isso se manifesta, especialmente, entre mulheres que, quando submetidas a histerectomia, não tenham vivenciado anteriormente a experiência da maternidade e que a identificam como um projeto de vida. Isso favorece o fortalecimento de estereótipos, que emergem do senso comum, e são significados pelas mulheres por meio de expressões como “mulher vazia”, “fria” e “oca”. [10-11]Entretanto, nos discursos de mulheres histerectomizadas que já possuíam filhos, esta percepção não é evidenciada, pois, para este grupo, a presença do útero é entendida como desnecessária e sua retirada irrelevante para a autopercepção construída por elas enquanto mulheres.[10] Para os parceiros de mulheres histerectomizadas, o imaginário da histerectomia constrói-se a partir de mitos, crenças e tabus que carregam em si conotações negativas a respeito deste procedimento, visto como uma barreira ao exercício pleno da sexualidade do casal. Novamente, isto se deve a relação direta da histerectomia a perda do potencial reprodutivo, percebido, intimamente, como um sinal de incapacidade feminina.[12]

Neste sentido, os impactos na relação conjugal e vida sexual gerados a partir das reações dos parceiros acerca da remoção uterina são motivo de preocupação e insegurança entre as mulheres que se submetem a este procedimento. Sensações conflitivas de medo, ansiedade e desvalorização emergem, sobretudo, diante da possibilidade de rejeição por parte do companheiro, pela perda do órgão.[11-12]

A presença de sinais e sintomas causados pelo útero enfermo também foram apontadas, com frequência, como motivo de desconforto durante o ato sexual, o que ocasionava tanto a diminuição no número de intercursos sexuais quanto a interrupção total dos mesmos, sendo alegadas, em especial, manifestações de origem ginecológica, como a intensa hemorragia no período anterior à histerectomia, bem como a dispareunia persistente.[11]

Logo, em contrapartida, a cessação dos sintomas clínicos, advindos das condições patológicas de base, seguidamente, é indicada como uma forma de alívio físico e mental ao casal, que lhes parece proporcionar, em alguns casos, o fim das disfunções sexuais pré-cirúrgicas, bem como a possibilidade e a tranquilidade de evitar o desenvolvimento de neoplasias.[11-12]

Histerectomia e disfunções sexuais: terapêuticas de enfoque biológico

Após a histerectomia, grande parte das mulheres são forçadas a encarar a fase da menopausa precocemente, com isso profundas alterações fisiológicas se fazem evidentes, especialmente, àquelas relacionadas à diminuição progressiva dos níveis hormonais femininos, exacerbada com a remoção concomitante de útero e ovários.[13]

Dentre as manifestações clínicas mais pontuadas por mulheres histerectomizadas, após a vivencia da menopausa cirúrgica, destacam-se: os fogachos, que afetam de 60% a 80% das mulheres, a osteoporose, e, especialmente, a atrofia vaginal, que se caracterizada por alterações na espessura do epitélio e lubrificação da mucosa vaginal.[13-15]

As disfunções hormonais estabelecidas, diante deste processo, podem desencadear efeitos negativos na função sexual feminina, incluindo a diminuição da sensibilidade genital, da libido e da multiplicidade de orgasmos. Contudo, em resposta a estas questões, o tratamento de reposição hormonal (TRH), implementado nas últimas décadas, tem indicado melhoras significativas na vida sexual dos casais que vivenciam este processo.[13]

Em estudo realizado com mulheres venezuelanas em período menopausal natural ou cirúrgico, reiterou-se que, entre esta população, há alta prevalência de disfunções sexuais, explicadas diante da não utilização do TRH. Após a aplicação do questionário *Índice da Função Sexual Feminina* (IFSF), destinado a avaliação quantitativa do desejo, da excitação, da lubrificação, do orgasmo, da satisfação e da dor durante o intercurso sexual, foram observados, a despeito da remoção uterina, melhores pontuações em todos os indicadores de função sexual entre as mulheres que utilizavam a terapêutica de reposição hormonal. Enquanto que, a ausência do TRH, representou um risco para a disfunção sexual, manifestada por baixas pontuações no IFSF.[13]

As concentrações de hormônios de origem androgênica, à exemplo da testosterona, apresentam considerada redução a partir do envelhecimento feminino, em meio a menopausa natural. Entretanto, este processo de depleção hormonal, demonstra-se ainda mais acentuado diante da menopausa cirúrgica quando aliada à ooforectomia, uma vez que a TRH realizada para retomada dos níveis normais de estrógeno diminui ainda mais os níveis deste hormônio, responsável pela libido.[16-17]

Estudo randomizado realizado junto à 850 mulheres sujeitas à terapêutica de reposição hormonal de testosterona após a histerectomia, evidenciou, de modo geral, melhoras significativas nos pensamentos e desejos sexuais, bem como na frequência de relações sexuais entre aquelas submetidas à maiores concentrações hormonais em relação às demais.[17]

Outra questão a ser apontada, diz respeito ao aumento das pontuações do grupo, em uso do TRH, no Psychological General Well-Being Index (PGWBI), questionário utilizado para avaliar o bem-estar dos pacientes a partir de seis subescalas, quais sejam: ansiedade, humor depressivo, bem-estar positivo, autocontrole, saúde geral e vitalidade. Sobretudo, este último item, mostrou-se especialmente aumentado entre aquelas submetidas a maiores dosagens de testosterona em relação

ao grupo placebo, correlacionando esta terapêutica ao bem-estar geral e disposição para o exercício da sexualidade.[17]

Considerações Finais

A perda do útero, a partir da histerectomia, apresentou significados distintos para mulheres que já haviam experienciado a maternidade e para àquelas cujo desejo de ser mãe ainda não fora consumado, representando para estas últimas um abalo na identidade feminina, que poderia ou não exercer repercussões na vivência da sua sexualidade.

O medo de rejeição por parte do parceiro e dos impactos da perda do órgão na vida conjugal após a cirurgia foram evidenciados em diferentes estudos, entretanto a cessação das manifestações clínicas prévias, também, surgiu como um facilitador para a retomada da vida sexual.

No que diz respeito aos efeitos abruptos da menopausa cirúrgica, percebe-se na terapia de reposição hormonal um importante caminho terapêutico para a resolução de sinais e sintomas típicos deste processo e que se mostram mais evidentes entre mulheres histerectomizadas, especialmente, no que tange a sexualidade. Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas junto às mulheres e seus companheiros de modo a aprofundar o conhecimento existente no âmbito das ciências da saúde a respeito das repercussões deste procedimento na qualidade de vida e bem-estar do casal, buscando oferecer melhores subsídios para o rompimento de mitos, crenças e tabus que cercam o imaginário da histerectomia e da sexualidade.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1.Sehnem GD, Pedro ENR, Budó MLD, Silva FM, Ressel LB. A construção da sexualidade de estudantes de enfermagem e suas percepções acerca da temática. Cienc. enferm. 2014; 20(1): 111-21.

2. Real AA, Cabeleira MEP, Nascimento JR, Braz MM, Pivetta HMF. Os efeitos da histerectomia sobre a sexualidade feminina. Saúde (Santa Maria). 2012; 38(2):123-30.

3. Volpato DC, Becker TCA. Prevalência dos fatores de risco para histerectomia em um hospital da região noroeste do Paraná. Saude e pesqui. 2013; 6(1):61-8.

4. Almeida FA, Barbosa AM, Marques FJ, Heitmann PM, Neves VL. Leiomioma uterino: um estudo de caso que envolve o tratamento não conservador. Rev. Gestão & Saúde. 2015; 6(supl.3):2341-59.

5. Aarts JW, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BW et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(8):CD003677.

6. Ramilo I, Caeiro AF, Mendinhos G, Santos AP, Matos F. Pospartum hysterectomy:15-year review. Acta Obstet Ginecol Port. 2015; 9(1):16-22.

7. Skorupska KA, Miotla P, Kubik-Komar A, Rechberger E, Adamiak-Godlewska A, Rechberger T. Are there any differences in quality of life and sexual functions after various types of hysterectomy – does prophylactic salpingectomy matter? Ginekol Pol. 2016; 87: 26-31.

8.Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. Acta paul. enferm. 2007;20(2):121-36.

9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Ed. São Paulo: HUCITEC; 2014.

10. Martins CL, Pinto BK, Soares MC, Muniz RM, Pikersgill MF, Antoniolli L. Identidade feminina: a representação do útero para as mulheres submetidas à histerectomia. J res: fundam. care. Online 2013; 5(4):574-82.

11.Urrutia MT, Arraya A, Flores C, Jara D, Silva S, Lira MJ. Histerectomía: la experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2013; 78(4):262-68

12. Gutiérrez AA, Soto MTU, Suazo DJ, Solovera SS, Salas MJL, Espinoza CF. El significado de la histerectomía para un grupo de hombres chilenos parejas de histerectomizadas. Rev. Esc. Enferm. USP. 2012; 46(6):1334-9.

13. Zambrano NB, Machado JU, Valbuana G, Benítez AC, Quiroz EA. Efectos de la terapia de reemplazo hormonal sobre la función de mujeres con menopausia natural o quirúrgica. Rev Obstet Ginecol Venez. 2014; 74(3):184-92.

14. Polonini HC, Raposo NRB, Brandão MAF. A terapia de reposição hormonal e a saúde da mulher no climatério: riscos e benefícios. Rev APS. 2011; 14(3):354-61.

15. Pardini D. Terapia de reposição hormonal na menopausa. Arq Bras Endocrinol Metab. 2014;58(2):172-81.

16. Faro L, Russo JA. Testosterona, desejo sexual e conflito de interesse: periódicos biomédicos como espaços privilegiados de expansão do mercado de medicamentos. Horizontes antropológicos. 2017; 23(47):61-92.

17. Huang G, Basaria S, Travison TG, Ho MH, Davda M, Mazer NA et al. Testosterone Dose-Response Relationships in Hysterectomized Women with and without Oophorectomy: Effects on Sexual Function, Body Composition, Muscle Performance and Physical Function in a Randomized Trial. Menopause. 2014; 21(6): 612–23.

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem

56.IMPLANTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ – OPERATÓRIA, RELATO DE EXPERIÊNCIA

IMPLANTATION OF THE PREOPERATIVE NURSING CONSULTATION, EXPERIENCE REPORT

IMPLANTACIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PREOPERATIVA, RELATO DE EXPERIENCIA

SOUZA, Tainá Caroline Gonçalves de [1]; ROSA, Marina Brites Calegaro [2]; DEZORDI, Cátia Cristiane Matte[3]; ALIEVI, Mariana Fröhlich[4]; PRETTO, Carolina Renz [5]; STUMM, EnivaMiladi Fernandes[6].

Resumo

Introdução: a consulta de enfermagem pré-operatória é uma ferramenta para qualificar assistência ao paciente cirúrgico. **Objetivos**: refletir sobre a experiência de enfermeiras na implantação e operacionalização da consulta de enfermagem pré-operatória em um ambulatório hospitalar do sul do Brasil. **Metodologia**: estudo qualitativo, descritivo, tipo relato de experiência sobre implantação da Consulta de Enfermagem no pré-operatório, desenvolvida durante 2005 a 2015. **Resultados e Discussão:** As consultas de enfermagem pré-operatórias compreendem coleta de dados, verificação de realização dos exames pré-operatórios, hospitalização, cuidados pré-cirurgicos e esclarecimentos quanto ao procedimento entre outros. Desde março de 2005 até abril de 2015 foram realizadas 10.128 consulta enfermagem, média anual de 1.446 atendimentos. **Considerações Finais**: O estudo permitiu refletir sobre a experiência de enfermeiras na implantação e operacionalização da consulta enfermagem pré-operatória e identificar sua importância para assegurar a efetividade do ato cirúrgico, diminuir ansiedade e proporcionar vínculo entre paciente-instituição.

DESCRITORES: Enfermagem; Assistência Perioperatória; Cuidados de Enfermagem.

Abstract

Introduction: the preoperative nursing consultation is a tool to qualify assistance to the surgical patient. **Objective**: To reflect on the experience of nurses in the implantation and operationalization of the preoperative nursing consultation in a hospital outpatient in the south of Brazil. **Methodology:** Qualitative and descriptive study, type experience report about implantation of the preoperative nursing consultation, developed during 2005 to 2015. **Results and Discussion**: The preoperative nursing consultation includes data collection, verification of the preoperative exams, hospitalization, pre-surgical care and clarification regarding the procedure, among others. From March 2005 to April 2015, were performed 10,128 nursing consultations, an annual average of 1,446 consultations. **Final Considerations**: The study permit to reflect on the experience of nurses in the implantation and operationalization of the preoperative nursing consultation, identify her importance to ensuring the effectiveness of the surgical act, reducing anxiety and providing relationship between patient-institution.

DESCRIPTORS: Nursing; Perioperative Care; Nursing Care.

Resumen

Introducción: La consulta de enfermería preoperatoria es herramienta para calificar la atención al paciente quirúrgico. **Objetivos:** Reflexionar sobre la experiencia de las enfermeras en la implementación y operación de la consulta de enfermería preoperatoria en un hospital en el sur del Brasil. **Metodología**: Estudio cualitativo, descriptivo, tipo relato de experiencia sobre implantación de la consulta de enfermería en el preoperatorio, desarrollada durante 2005 a 2015. **Resultados y Discusión:** Las consultas de enfermería preoperatorias involucran recolección de datos, verificación de realización de exámenes pre-operativos, hospitalización, cuidados pre-quirúrgicos y aclaración del procedimiento entre otros. De marzo de 2005 hasta abril de 2015 fueron realizadas 10.128 consultas de enfermería, media anual de 1.446 atendimientos. **Consideraciones Finales**: El estudio permitió reflexionar sobre la experiencia de enfermeras en la implantación y operación de la consulta de enfermería preoperatoria, identificar su importancia para la efectividad del acto quirúrgico, diminución de ansiedad y favorecimiento del vínculo paciente-institución.

DESCRIPTORES: Enfermería; Atención Perioperativa; Cuidados de Enfermería.

Introdução

A necessidade da realização de uma cirurgia traz dúvidas e ansiedade aos pacientes e seus familiares,[1-3] requer da instituição hospitalar e da equipe de saúde preparo rigoroso que envolve aspectos técnicos, de infraestrutura e processos gerenciais.

Tempo de espera para procedimentos cirúrgicos eletivos e realização de cirurgias pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é maior comparado às cirurgias de urgência e emergência. Essa realidade reforça a necessidade de implantar estratégias de gestão nos serviços hospitalares, capazes de prevenir a ocorrência de inconformidades que resultam em cancelamento ou adiamento de cirurgias[4], com consequências no tratamento do paciente, aliado a insatisfação dos usuários e custos maiores para a instituição hospitalar.[5-6]

A enfermagem está inserida neste contexto e sua atuação junto aos pacientes cirúrgicos se inicia no pré-operatório. As orientações de enfermagem têm impacto positivo na recuperação do paciente no pós-operatório.[7] Essas, quando adequadas, permitem participação ativa do paciente durante sua internação hospitalar e reduzem os níveis de ansiedade.[2] Além disso, entende-se que quanto maior for a colaboração do paciente e sua sensação de tranquilidade, menor será o índice de complicações pós- operatórias[7] e tempo de internação hospitalar.

Neste sentido, a Consulta de Enfermagem (CE), atividade privativa do enfermeiro oferece inúmeros benefícios na assistência à saúde,[8] como estratégia de gestão. A CE constitui-se em um momento individual, que requer avaliação técnica rigorosa e atendimento às necessidades do paciente no período que precede a cirurgia. A mesma pode ser utilizada como um mecanismo de gerenciamento na assistência ao paciente cirúrgico. A partir dessas considerações, este estudo tem como objetivo refletir sobre a experiência de enfermeiras na implantação e operacionalização da Consulta de Enfermagem (CE) pré-operatória em um ambulatório hospitalar do sul do Brasil.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, tipo relato de experiência. Os relatos de experiência são uma modalidade de pesquisa que apresentam uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação profissional vivenciada e que interessa à comunidade científica.[9]A experiência de implantação da CE no pré-operatório ocorreu durante os anos de2005 a 2015, em um hospital geral, filantrópico, porte IV, localizado na região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul (RS). O referido hospital realiza procedimentos de pequena, média e alta complexidade, é referência para uma população de aproximadamente 1.282.927. Possui 32 setores assistenciais entre unidades de internação, unidades de tratamento intensivo adulto, cardíaca e neonatal, centro cirúrgico, centro de alta complexidade em oncologia e instituto do coração. As consultas de enfermagem pré-operatórias iniciaram na instituição no ano de 2005, com o intuito principal de orientar os pacientes eletivos do SUS acerca do procedimento cirúrgico e as etapas nele envolvidas. O processo de implantação foi motivado pela inquietação dos enfermeiros das unidades assistenciais e do centro cirúrgico frente ao déficit de conhecimento dos usuários ao chegarem à instituição, associado à falta de exames e preparo para realização do ato cirúrgico. Fatores estes que ocasionavam o cancelamento da cirurgia ou seu adiamento. Da mesma forma, buscava-se a redução do tempo de internação e dos gastos. O processo de implantação das consultas de enfermagem pré-operatórias ocorreu em etapas, desenvolvidas em seis encontros com enfermeiros que atuam no referido hospital.

Resultados e Discussão

A implantação das consultas de enfermagem pré-operatórias tiveram início com a elaboração de um protocolo de exames mínimos pré-operatórios, para a efetividade do ato cirúrgico em pacientes eletivos do SUS, por profissionais da auditoria de enfermagem, auditoria e coordenação cirúrgica médica e anestesistas. O mesmo foi construído após revisão de literatura e a partir de resultados de estudos baseados em evidências. Estudos brasileiros evidenciaram percentual de 5,1% e 17, 30% de cancelamento das cirurgias por falta de exames, realidade vivenciada por diferentes instituições.[7-10] Assim verifica-se a relevância da formulação e utilização dos protocolos de exames pré-operatórios a fim de evitar o cancelamento ou adiamento dos procedimentos cirúrgicos eletivos.

O protocolo passou pela aprovação dos cirurgiões do hospital. Sequencialmente, houve um processo de reflexão sobre a forma implantação, operacionalização e controle do seu seguimento, antes da internação do paciente cirúrgico. Os protocolos são instrumentos normativos utilizados para intervenção técnico e social, norteiam os profissionais no desempenho de funções, são baseados em conhecimento científico e prático e devem empregar estratégias que facilitem o uso dos resultados na clínica[11].

Como havia outras dificuldades, principalmente aquelas relacionadas à falta de informação dos pacientes cirúrgicos sobre o procedimento e sua estada no hospital, optou-se por inserir a CE pré-operatória. O enfermeiro, em decorrência de suas habilidades e competências, foi desafiado a realizar essa etapa, verificar o cumprimento do protocolo de exames e orientar o paciente e seu familiar sobre a hospitalização cirúrgica eletiva. A Consulta de Enfermagem aplicada a diferentes populações mostra-se como uma prática positiva na diminuição de complicações e na redução da frequência de internações hospitalares.[8] Contudo, conforme a necessidade de cada paciente, tornam-

se necessárias intervenções mais individualizadas.[12]Algumas dificuldades encontradas pelos enfermeiros na realização da CE centram-se na deficiência dos espaços físicos e na capacitação profissional para aplicabilidade da sistematização da assistência.[12]

Para garantir a operacionalização do protocolo, todos os médicos cirurgiões mantinham o mesmo em seus consultórios, como subsídios para sanar dúvidas, com vistas a agilizar o processo que antecede o ato cirúrgico. Assim, o paciente cirúrgico eletivo, após avaliação com o cirurgião, era orientado a agendar consulta com o enfermeiro e próxima à data da cirurgia, com o anestesista. Para efetivar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, criou-se um formulário a ser preenchido pela enfermeira durante a CE, o qual acompanhava o paciente até sua hospitalização. Esse documento foi constituído questões acerca do histórico de saúde e doença do paciente, uso de medicamentos contínuos, história prévia de intercorrências cirúrgicas, alergias medicamentosas, sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura), peso, altura e resultados de exames laboratoriais e de imagem. Esse formulário favorece a coleta de dados, essa composta de dados subjetivos, objetivos, históricos e atuais, utiliza-se de entrevista, observação, exame físico resultados de provas diagnósticas e colaboração de outros profissionais,[13] o que auxilia na identificação do estado de saúde do indivíduo e subsidia a percepção de suas reais necessidades.[14]

A comunicação por meio do formulário compreende informações essenciais para a efetivação da mesma. A elaboração do documento de comunicação ocorreu a partir de estudos científicos e rodas de conversa entre as enfermeiras auditoras, enfermeiras do centro cirúrgico e da unidade de internação cirúrgica com intuito de obter informações relevantes na CE e que estas fossem efetivamente utilizadas no momento da admissão do paciente no hospital. O primeiro formulário criado foi testado a partir da realização da CE com quinze pacientes cirúrgicos eletivos. Os resultados do teste piloto foram apresentados aos demais membros do grupo.

As consultas de enfermagem pré-operatórias, na instituição relatada, iniciaram em 2005, com agendamento eletivo realizado via telefone, no Centro Cirúrgico. O desenvolvimento da CE em três turnos da semana ficou a cargo de uma enfermeira auditora, com experiência assistencial em unidade de terapia intensiva e centro cirúrgico. No dia da consulta, os pacientes eram recebidos na recepção do pronto socorro da instituição, onde se realiza a ficha de atendimento e posterior encaminhamento para a avaliação.

A consulta de enfermagem abrange múltiplas dimensões do paciente, e também é o momento de verificação do seguimento do protocolo de exames pré-operatórios. Nos caso em que o mesmo não tenha sido contemplado, o enfermeiro faz um encaminhamento ao médico cirurgião, conforme acordado entre as partes. Este por sua vez, retifica as questões junto ao paciente, que retorna ao hospital com o protocolo completo. A organização da equipe e as relações desenvolvidas nesse espaço influenciam a assistência prestada. O fomento às novas formas de compreensão e ação diante das necessidades de saúde do paciente repercute em mudanças nas práticas e rotinas laborais que se constituem nos cuidados oferecidos. O trabalho em equipe repercute na promoção de novas realidades, possibilidades e favorece a qualidade do serviço [15].

A restrição alimentar, suspensão de medicamentos, higiene corporal e necessidade de exames complementares são informações importantes que podem ser esclarecidas ao paciente durante a CE. Estudo nacional identificou que a maioria dos pacientes cumpriram as orientações de enfermagem pré-operatórias recebidas antes da hospitalização, principalmente aquelas relacionadas

ao jejum, ao uso de medicamentos, a higiene corporal, ao horário de chegada ao hospital, ao local de apresentação e a presença do acompanhante.[2] Esses dados reforçam a eficiência das orientações de enfermagem que antecedem o ato cirúrgico.

Do mesmo modo, na CE orienta-se a respeito da hospitalização, cuidados pré-operatórios e do procedimento cirúrgico. Evidencia-se que esse contato com a enfermeira é um momento de esclarecimento de dúvidas e exposição de anseios. Os questionamentos mais frequentes referem-se ao tempo de permanência cirúrgica, recuperação e local de espera para acompanhantes. Estudo mostram como necessidades dos pacientes diante de um procedimento cirúrgico cuidados relacionados à redução da ansiedade, ao se considerar que é um dos sentimentos mais evidente no pré-operatório.[2-7-16] Estudo nacional mencionou sobre a importância das orientações de enfermagem neste período. Os autores descrevem que as ações pré-operatórias realizadas individualmente, reduzem o medo e a ansiedade, previnem complicações pós-operatórias e aumentam, consideravelmente, a confiança, segurança e o vínculo paciente-enfermeiro.[7]

Com a ampliação, em 2008, de contratações de enfermeiros na instituição hospitalar, um deste profissional foi alocado no ambulatório de especialidade para realizar as CE. Atualmente, todos os pacientes cirúrgicos eletivos do SUS realizam esta consulta que é agendada em três dias da semana. Desde março do referido ano até abril de 2015 foram realizadas 10.128 CE pré-operatórias com pacientes cirúrgicos eletivos do SUS, o que representa uma média anual de 1.446 atendimentos ao ano. Devido a uma atualização no sistema de códigos da tabela do SUS a instituição tem registros arquivados somente a partir de 2008.

No decorrer da implantação da CE até os dias atuais percebe-se que houve uma adesão crescente dos profissionais médicos quanto ao cumprimento do protocolo de exames pré-operatórios. Há ainda, em algumas situações, pacientes que chegam à instituição para a CE sem os exames mínimos exigidos no protocolo, contudo, tratam-se de exceções, se comparados ao que se observava anteriormente a criação das consultas de enfermagem. Estas consultas também contribuíram para a diminuição dos índices de cancelamentos de cirurgia e das taxas de permanência hospitalar. Estudos nacionais apontaram como principais causas de cancelamento cirúrgico eletivo: condições clínicas desfavoráveis dos pacientes no dia da cirurgia, o absenteísmo, a falta de leitos, a falta de exames pré-operatórios, o preparo ineficaz do paciente e questões administrativas.[6-4-10] Outro estudo internacional identificou que as principais razões para o cancelamento e adiamento de cirurgias eletivas em um hospital relacionaram-se: 30% as condições clínicas desfavoráveis dos pacientes no momento da cirurgia; 25,5 % a recusa do paciente, ao não comparecimento e a problemas financeiros deste; 21% a razões administrativas da instituição, como a sobrecarga nos cronogramas, a falta de anestesistas e as falhas nos equipamentos; 19,70% ao preparo inadequado do paciente e 3,80% a outros motivos.[5]

Grande parte dos problemas relacionados ao cancelamento ou adiamento de cirurgias eletivas, são considerados evitáveis e podem ser minimizados através de uma detecção precoce e que antecede o ato cirúrgico.[5] Nesta perspectiva, a avaliação pré-operatória realizada em um ambulatório pelo enfermeiro ou por um médico pode ser vista como uma aliada fundamental no sentido de aprimorar, qualificar o pré-operatório dos pacientes cirúrgicos e intervir positivamente nas diferentes necessidades apresentadas por estes[17]. Num estudo que objetivou analisar medidas com vistas a reduzir os cancelamentos cirúrgicos destacou que o uso de uma intervenção telefônica

para confirmar a cirurgia dias antes da sua realização, foi eficiente por reduzir em 30% o absenteísmo dos pacientes cirúrgicos[4.]

Possivelmente a estratégia das CE pré-operatórias tenha relação com a redução no cancelamento das cirurgias devido à falta de orientações, falta de exames e absenteísmo, bem como, possa estar relacionada com a redução da taxa de permanência dos pacientes cirúrgicos. As enfermeiras auditoras que acompanharam os pacientes cirúrgicos eletivos do SUS durante a internação observaram redução da hospitalização prévia para a realização de exames pré-operatórios, o que era uma realidade vivenciada constantemente antes da implantação e operacionalização da CE. Os enfermeiros assistenciais que participam da admissão do paciente cirúrgico utilizam o formulário da CE para acompanhar o paciente, o que provavelmente repercute em uma melhora na qualidade da assistência prestada.

Considerações finais

O estudo permitiu refletir sobre a experiência de enfermeiras na implantação e operacionalização da CE pré-operatória em um serviço ambulatorial hospitalar, e identificar que tal estratégia é um meio de assegurar a efetividade do ato cirúrgico, diminuir medos, ansiedade e proporcionar vínculo entre paciente e a instituição.

A partir da vivencia dessa experiência e da aplicabilidade prática da CE no decorrer de dez anos na referida instituição, o enfermeiro mostrou-se como um profissional estratégico e qualificado para desenvolver a avaliação pré-operatória e auxiliar na gestão do serviço de saúde, com resultados positivos para a organização hospitalar, pacientes e enfermagem. Houve melhor operacionalização das questões administrativas que se relacionam ao ato cirúrgico, com diminuição das causas de cancelamento e adiamento de cirurgias.

Para finalizar, entende-se que existe necessidade de realização de mais estudos científicos referentes à temática, e no âmbito da referida instituição, pesquisas que evidenciem o real impacto desta prática sobre os custos hospitalares e qualidade da assistência.

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Assis CC, Lopes JL, Nogueira-Martins LA, Barros ALBL. Acolhimento e sintomas de ansiedade em pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. Rev Bras Enferm. 2014 mai/jun;67(3):401-7. Available from:http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0401.pdf.

2. Teixeira MV, Corrêa AR, Silqueira SMF, Carvalho MV. Avaliação dos resultados das orientações pré-operatórias a pacientes submetidos a cirurgia cardíaca eletiva. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2013 mai/ago; 3(2):620-31. Available from: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/329/425.

3. Sampaio CEP, Silva RV, Comino LBS, Romano RAT. Nível de ansiedade dos acompanhantes de crianças em cirurgia ambulatorial: contribuições da consulta de enfermagem. Ver enferm UERJ. Rio de Janeiro. 2014 mar/abr; 22(2):233-8. Available from: http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13612.

4. Avila MAG, Bocchi SCM. Confirmação de presença de usuário à cirurgia eletiva por telefone como estratégia para reduzir absenteísmo. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(1):193-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100024&script=sci_arttext.

5. Elrahman AA, Hamza AA, El –Haj MA. Cancellation of Elective General Surgical Operations at the Day of Intended Surgery. Global Journal of HUMAN-SOCIAL SCIENCE: I Surgeries and Cardiovascular System Volume 14 Issue 3 Version 1.0 Year 2014. Available from: http://medicalresearchjournal.org/index.php/GJMR/article/viewFile/676/593.

6. Macedo JM, Kano JA, Braga EM, Garcia MA, Caldeira SM. Cancelamento de cirurgias em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento. Rev SOBECC. São Paulo. 2013 jan/mar; 18(1): 26-34.Available from: http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2012/pdf/Artigos-Cientificos/Ano18_n1_jan_mar2013_cancelamento-de-cirurgias-em-um-hospital-universitario.pdf.

7. Santos J, Henckmeier L, Bendetz S. O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. Enfermagem em Foco. 2011; 2(3):184-7. Availablefrom: http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/131.

8. Oliveira ISKP, Queiroz AKP, Matos DPM, Moura MAF, Lima FET. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm. Brasilia 2012 jan-fev; 65(1): 155-61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100023.

9. CAVALCANTE, Bruna Luana de Lima; LIMA, Uirassú Tupinambá Silva. Relato de experiência de uma estudante de enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. Journal of Nursing Health, Pelotas, v.1, n.2, p.94-103, jan./jun. 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index .php/enfermagem/article/viewFile/3447/2832>. Acesso em: 15 fev. 2017.

10. Magri MPF, Espíndola RF, Santhiago MR, Mercadante EF, Junior NK. Cancelamento de cirurgias de catarata em um hospital público de referência. Arq Bras Oftalmol. 2012;75(5):333-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27492012000500007&script=sci_arttext.

11. Felix LG, Soares MJGO, Nobrega MML. Protocolos de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 jan-fev; 65(1):83-91.

12. Silva RM, Soares RSA, Lana LD, Birrer JÁ, Mostardeiros SCTS. Percepção de pacientes com neoplasias esofágicas e estomacais sobre orientação pré-operatória recebidas do enfermeiro. Rev Enferm UFSM. 2011 set/dez;1(3):431-9. Available from: http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3279.

13. Santos N, Veiga P, Andrade P. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. Rev Bras Enferm 2011 mar-abr; 64(2): 355-8.

14. Costa RHS, Nelson ARC, Prado NC da C, Rodrigues EHF, Silva RAR. Diagnóstico de enfermagem e seus componentes em pacientes com a Síndrome da Imunodeficiência adquirida. Acta Paul Enferm 2016; 29(2) 146-53.

15. BussTM, López Montesinos MJ, Amestoy SC, Porto AR, Bettin AC, Fernandes HNet al. Trabalho em equipe: visão de enfermeiros de um hospital de Murcia/Espanha. Enfermería Global, nº36, out. 2014.

16. Morales CLP, Alexandre JG, Prim S, Amante LN. A comunicação no período perioperatório sob a ótica dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Texto Contexto Enferm. 2014 abr-jun; 23(2): 347-55. Availablefrom: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000200347&script=sci_arttext&tlng=pt.

17. Nicholson A, Coldwell CH, Lewis SR, Smith AF. Nurse-led versus doctor-led preoperative assessment for elective surgical patients requiring regional or general anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013.Nov 12;11:CD010160. doi: 10.1002/14651858.CD010160.pub2.

57.IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM PRONTO SOCORRO: UMA VIVÊNCIA DE ESTÁGIO EXTRACURRICULAR

IMPLEMENTATION OF RISK CLASSIFICATION IN A SAFE DISTRESS: AN EXTRACURRICULAR STAGE LIVING

APLICACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO EN UNA AYUDA LISTO: UN EXTRACURRICULARES ETAPA EXPERIENCIA

DALMOLIN, Angélica[1]; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira[2]; COPPETTI, Larissa de Carli[3]; OBEM, Marielle Kulakowski[3]; GOMES, Joseila Sonego[4]; SIMON, Bruna Sodré[5].

Resumo

Introdução: os serviços de urgência e emergência constituem um importante componente de assistência em saúde, sendo relevante o acolhimento com classificação de risco, pois possibilita desenvolver atendimento qualificado e organizar o fluxo de pacientes**. Objetivo:** relatar a importância do acolhimento com classificação de risco do pronto socorro, bem como a atuação do enfermeiro no serviço. **Método:** relato de experiência realizado na unidade de pronto socorro adulto de um hospital escola. **Resultados e discussão:** no período de vivência diária de acompanhamento e atuação acadêmico/profissional, observou-se a relevância do enfermeiro durante a implementação da avaliação dos usuários de acordo com a classificação de risco. Nesse sentido, constataram-se benefícios aos pacientes que aguardavam atendimento no pronto socorro. **Conclusão:** o enfermeiro mostrou-se o profissional de destaque durante o acolhimento e classificação de risco, estando habilitado a oferecer escuta sensível e qualificada, possibilitando aplicar as etapas do protocolo de classificação de risco.

DESCRITORES: Enfermagem em Emergência; Serviço Hospitalar de Emergência; Triagem.

Abstract

Introduction: emergency and emergency services constitute an important component of health care, being the host with risk classification relevant, as it allows to develop qualified care and to organize the flow of patients. **Objective:** to report the importance of the host with risk classification of the emergency room, as well as the nurse's role in the service. **Method:** this is an experience report carried out at the adult first aid unit of a hospital school. **Results and discussion:** during the period of daily living of follow-up and academic / professional performance, it was observed the relevance of the nurse during the implementation of the evaluation of the users according to the classification of risk. In this sense, benefits were found for patients who were waiting for emergency room care. **Conclusion:** the nurse was the outstanding professional during the reception

[1] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria PPGENF/UFSM.
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente Adjunta do Departamento de Enfermagem e do PPGENF/UFSM.
[3] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSM.
[4] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Ciências da Vida da Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Doutoranda em Enfermagem PPGEnf/UFSM.
[5] Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente Assistente na Universidade Federal do Pampa, Doutoranda em Enfermagem PPGEnf/UFSM.

and classification of risk, being able to offer sensitive and qualified listening, making possible to apply the steps of the protocol of classification of risk.

DESCRIPTORS: Emergency Nursing; Emergency Service, Hospital; Triage.

Resumen

Introducción: los servicios de urgencia y emergencia son un componente importante del cuidado de la salud, con el anfitrión relevante con calificación de riesgo, ya que permite el desarrollo de la atención especializada y organizar el flujo de pacientes. **Objetivo:** informar sobre la importancia de la acogida con la primera calificación de crédito de ayuda, así como el trabajo de las enfermeras en el servicio. **Método:** se trata de un relato de experiencia llevada a cabo en la unidad lista ayuda de un adulto de un hospital universitario. **Resultados y Discusión**: en la experiencia cotidiana de período de seguimiento y rendimiento académico / profesional, señalaron la importancia de las enfermeras durante la aplicación de la evaluación de los usuarios de acuerdo a la calificación. En consecuencia, se encontraron, los beneficios para los pacientes en espera de atención en la sala de emergencias**. Conclusión:** la enfermera resultó ser el profesional durante la clasificación de recepción y el riesgo más destacado, pudiendo proporcionar escucha sensible y calificado, por lo que es posible la aplicación de las etapas del protocolo de evaluación de riesgos.

DESCRIPTORES: Enfermería de Urgencia; Servicio de Urgencia en Hospital; Triaje.

Introdução

Os serviços de urgência e emergência constituem um importante componente de assistência em saúde no Brasil. No contexto hospitalar esse serviço presta atendimento a pacientes em situações de agravo a saúde, muitas vezes com risco iminente de morte, que apresentam necessidade de atendimento especializado, além de tecnologias e recursos humanos capazes de reduzir agravos.

Esses serviços também são reconhecidos por serem abertos, ou seja, atendendo à livre demanda de urgência e emergência, não havendo área de abrangência delimitada. Nessa perspectiva, muitas vezes os atendimentos solicitados no pronto socorro poderiam ter sido realizados na rede primária de atenção à saúde. Esse tipo de procura dificulta o fluxograma de serviço, além de gerar superlotação de pacientes e sobrecarga à equipe de trabalho.[1]

Além disso, o crescimento da violência urbana e aumento dos acidentes têm implicado em crescimento na demanda de atendimento nos serviços de urgência e emergência. Aliado a essa demanda da atualidade, têm-se a desorganização do serviço, que na maioria das vezes atende por ordem de chegada, não utilizando padrões clínicos como forma de avaliação e prioridade de atendimento.

Visando amenizar os prejuízos aos pacientes e funcionários atuantes no serviço de pronto – socorro, em 2004 o Ministério da Saúde (MS) criou a Cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH)[2]. Essa cartilha corrobora com a importância do acolhimento com classificação de risco, sendo esse, um importante fator de mudança na rotina de trabalho e atuação da enfermagem nos serviços de urgência e emergência.[3]

O critério de classificação de risco clínico dos pacientes pode seguir o protocolo de Manchester, ou outro protocolo estabelecido e instituído no serviço. Comumente, esses protocolos

incluem os níveis de prioridade por cor, de acordo com o tempo de espera para atendimento médico e posterior reavaliação de enfermagem, estratificando os riscos em cinco níveis distintos. A identificação por cores é usada para facilitar a visualização, partindo da queixa principal referida pelo paciente.

Nesse ínterim, o enfermeiro é o mais indicado para realizar a avaliação e classificação de risco dos pacientes que chegam aos serviços de urgência orientados por um protocolo direcionado. Esse profissional tem sido referência na aplicabilidade e avaliação da implementação desse tipo de protocolo, pois é responsável pelo acolhimento das pessoas que procuram o serviço. Assim, pressupõe atender a todos, ouvindo suas queixas por meiode uma postura adequada e receptiva, capaz de proporcionar respostas aos usuários, utilizando os recursos disponíveis.[4]

Diante disso, ao reconhecer a importância das atividades de implementação da classificação de risco em um serviço de urgência e emergência, tendo como profissional referência para a aplicabilidade do protocolo direcionador o enfermeiro, a acadêmica definiu a unidade de pronto socorro adulto para a realização da atividade extracurricular. Assim, objetiva-se com este trabalho relatar a vivência de estudante de enfermagem que acompanhou a implementação do protocolo e relevância do acolhimento com classificação de risco em serviço de urgência e emergência.

Método

Trata-se de um relato de experiência referente a uma atividade extracurricular de um discente de enfermagem oportunizada pelo Programa de Ensino e Extensão – Programa de Formação Complementar em Enfermagem (ProFCEn), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Esse programa corrobora com a formação dos acadêmicos, possibilitando a inclusão em diversas áreas de atuação do enfermeiro, bem como a troca de experiências entre Instituição e serviços de saúde.

A realização das atividades deu-se no pronto socorro adulto do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), perfazendo um total de 120 horas. O estágio extracurricular teve supervisão direta de uma enfermeira assistencial da referida unidade e supervisão indireta de um professor docente do Departamento de Enfermagem da UFSM. A imersão no contexto do setor e as práticas desenvolvidas possibilitaram a acadêmica executar atividades inerentes ao profissional enfermeiro atuante em serviço do pronto atendimento, aperfeiçoar ações essenciais do cuidado de enfermagem e acompanhar a implementação do protocolo de classificação de risco por meio do acolhimento.

Resultados e discussão

Ciente dos crescentes problemas envolvendo a atenção em saúde nas urgências, o Ministério da Saúde cria em 2003 a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como propósito primordial retomar a humanização como sendo uma medida capaz de fortificar o SUS enquanto política pública de saúde, assegurando atendimentos baseados nos princípios e diretrizes do SUS: igualdade, universalidade e equidade.[5]

Nessa perspectiva de atenção, a PNH aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco, como uma mudança no processo de trabalho nesse tipo de serviço. O acolhimento acompanhado da classificação de risco é uma conduta de responsabilidade dos profissionais de saúde para com o paciente. Para tal, é necessário que o profissional tenha uma postura adequada,

capaz de acolher as queixas referidas pelo paciente, observando suas singularidades, a fim de planejar uma estratégia de cuidado adequada a cada sujeito, assegurando uma assistência integral, com cuidados qualificados.

Corroborando com esse processo, o Ministério da Saúde atualmente procura padronizar o acolhimento por meio da classificação de risco uniformizando esse processo, em todo o território nacional.[5] Assim, diferentes medidas vêm sendo utilizadas para a organização dessa demanda, tendo como propósito diminuir riscos e possíveis agravos de saúde a pacientes que aguardam atendimento em pronto atendimento. Alguns autores afirmam que a triagem estruturada é uma das medidas mais importante, uma vez que possibilita que os pacientes mais críticos sejam atendidos primeiro.[7]

Diante da magnitude do problema observado nos serviços de urgência e emergência do nosso país, vem sendo recomendada a utilização de escalas ou protocolos que estratifiquem os riscos em cinco níveis, ofertando dessa maneira uma assistência mais humanizada, acolhedora e resolutiva. Dentre as escalas existentes no mundo todo, destaca-se o protocolo de Manchester[8] como a forma vigente de classificar os riscos dos pacientes em aguardo para atendimento no pronto socorro adulto do HUSM.

O protocolo de Manchester classifica o paciente estratificando-o em cinco níveis de prioridade, acompanhado de classificação por cor, visando facilitar a sua implementação. No nível um têm-se os pacientes com demandas emergentes de cuidado e que necessitam de avaliação médica imediata, sendo identificados pela cor vermelha. No nível dois encontramos os pacientes com demandas muito urgentes e que necessitam de atendimento em até dez minutos, identificados pela cor laranja. No nível três os pacientes com demandas urgentes que devem ser atendidos em até 60 minutos, identificados com a cor amarela. O nível quatro são aqueles pacientes com problemas pouco urgentes que podem ser atendidos em até 120 minutos e recebem a identificação através da cor verde. O quinto e último nível são pacientes que não possuem demandas urgentes, e que podem aguardar até 240 minutos para atendimento e são identificados com a cor azul.[8]

Além disso, o protocolo de Manchester reconhece que as queixas álgicas trazidas pelos pacientes devem ser incluídas durante a avaliação, podendo ser a queixa principal do doente em fluxogramas específicos.[8]

Nessa perspectiva, durante o estágio extracurricular foi possível evidenciar o quanto os enfermeiros eram comprometidos na execução do acolhimento com classificação de risco. Essa medida operacionalizava de forma diferenciada o serviço e tinha por finalidade qualificar a assistência de saúde prestada, bem como efetivar o atendimento por ordem de prioridades.

Com isso, foi possível perceber que todos os pacientes eram acolhidos em sala privativa, sendo ouvidos e avaliados durante a consulta de enfermagem. No entanto, ressalta-se que esse processo de acolher e amparar os pacientes precisa transcender o espaço físico, exigindo que o profissional tenha postura ética capaz de acolher e dar o retorno adequado ao usuário. Sob essa ótica, faz parte do processo de saúde mais qualificado, garantindo os encaminhamentos quando necessário, realizando a atenção de forma integral.

A vivência nesse contexto possibilitou perceber a atuação do enfermeiro durante o acolhimento com classificação de risco, revelando a importância da escuta qualificada e do

conhecimento científico necessário para a avaliação clínica do paciente, sendo essa permeada pelos conhecimentos de fisiologia, patologia, anatomia, dentre outras disciplinas estudadas durante a graduação. Além disso, foi possível acompanhar o fluxograma de funcionamento do protocolo de Manchester, bem como os diferentes níveis de atenção. Também, foi possível acompanhar o encaminhamento desses pacientes a consulta médica, ou acompanhar a reavaliação enquanto aguardavam na sala de espera pelo atendimento.

Salienta-se que durante a vivência foi identificado uma maior agilidade no atendimento no pronto socorro. Essa agilidade no atendimento reorganiza o fluxo de trabalho e direciona os pacientes na rede de saúde. Além disso, contribui com o declínio da superlotação das emergências, bem como o tempo na fila de espera. Assim, o enfermeiro que executa a triagem com acolhimento e classificação de risco necessita estar capacitado para elaborar essa função, tendo domínio do protocolo instituído no serviço, a fim de facilitar sua implementação, identificando sinais e sintomas que precisam ser priorizados.

Considerações finais

Compreende-se que a classificação de risco faz parte de um processo novo na prática do serviço da enfermagem atuante no pronto atendimento do referido serviço. Para tal, foi necessário capacitar os funcionários a fim de facilitar a implementação do protocolo, bem como fortalecer o conhecimento pré- existente.

Entende-se isso como uma prática que deve ser mais abordada na academia, preparando o aluno de forma mais qualificada para atuar na classificação de risco, pois isso irá refletir na formação profissional e, posteriormente, na qualidade do serviço ofertado no país. Também, foi possível vislumbrar a importância do enfermeiro atuante em urgência e emergência, diante das dificuldades e diversidades de condições de trabalho que os mesmos atuam, representando um desafio diário de assistência em saúde.

O estágio extracurricular possibilitou ampliar os horizontes para perceber a atuação do enfermeiro na unidade de pronto atendimento, proporcionando ampliar o conhecimento adquirido acerca do trabalho em emergência, bem como aprofundar a organização e elaboração da classificação de risco a partir do acolhimento e do protocolo de Manchester.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Zimmermman LP, Magnango TSBS, Urbanetto JS, Greco PBT, Viero NC, Vieira TG, Cereon MDS. Avaliação do grau de dependência de cuidados de enfermagem dos pacientes internados em pronto-socorro. Revista de Enfermagem da UFSM. 2011; 1(2):153-163.

2. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS - acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, 2004.

3. Souza CC, et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre protocolo institucional brasileiro e Manchester. Rev. Lat. Am. Enfermagem. 2011; 19(1): 26-33.

4. Sakai AM, et al. Sentimentos de enfermeiros no acolhimento e na avaliação da classificação de risco em pronto-socorro. Rev. Rene. 2016; 17(2):233-41.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2008.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Brasília, 2009.

7. Bohn MLS, et al. Percepção de enfermeiros sobre utilização do protocolo do sistema de classificação de risco Manchester. Cienc Cuid Saude. 2015; 14(2):1004-1010.

8. Silva AP, Diniz AS, Araújo FA, Souza CC. Presença de queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de Manchester. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2013; 3(1);507-517.

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

58.IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE EM USO DE QUIMIOTERAPIA

IMPORTANCE OF THE NURSING TEAM IN THE CARE OF THE PATIENTIN THE USE OF CHEMOTHERAPY

IMPORTANCIA DE EQUIPO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN USO DE LA QUIMIOTERAPIA

SILVA, Jaqueline Scalabrin da[1];GRECO, Patrícia Bitencourt Toscani[2] ;TUCHTENHAGEN, Patrícia[3] ; MAGNAGO, Tania Solange Bosi de Souza[4]; DULLIUS, Angela Isabel[5]

Introdução: O câncer é um problema de saúde pública, especialmente entre os países em desenvolvimento. Nas próximas décadas, estima-se que corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025[1]. A estimativa para o Brasil, no biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer[1.] Existem três formas principais de tratamento do câncer: quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Elas podem ser usadas em conjunto, variando apenas quanto à suscetibilidade dos tumores a cada uma das modalidades terapêuticas e à melhor sequência de sua administração. Atualmente, poucas são as neoplasias malignas tratadas com apenas uma modalidade terapêutica[2]. Dentre as alternativas de tratamento, a mais utilizada é a quimioterapia. Ela atua de modo sistêmico, administrado em intervalos regulares, variando de acordo com os esquemas de tratamento[2]. Os citotóxicos não são letais às células neoplásicas de modo seletivo[1], o ataque indiscriminado promovido pelas drogas antineoplásicas às células de rápida proliferação, cancerosas ou normais, produz os indesejáveis efeitos colaterais ou tóxicos, conhecidos e extremamente temidos pelos indivíduos que necessitam se submeter ao tratamento[3]. Muitas dessas quimioterapias são aplicadas durante internação hospitalar dos pacientes. Este cenário em que o paciente se encontra fragilizado aponta a importância do cuidado da equipe de enfermagem na assistência de quem faz uso dessa terapêutica. A equipe de enfermagem auxilia o paciente no enfrentamento do impacto com o tratamento, mais especificamente, quanto aos efeitos colaterais dos medicamentos antineoplásicos, bem como o manejo diante destes efeitos. Essas ações contribuem para uma melhor qualidade de vida durante o tratamento. A quimioterapia interfere no processo de crescimento e de divisão celular, destruindo as células tumorais e também agredindo as células normais que possuem características semelhantes[4]. Por isso os pacientes que fazem uso de quimioterapia apresentam diversos efeitos colaterais. As principais toxicidades da quimioterapia são: mielodepressão, náuseas e vômitos, alopecia, toxicidade renal, cardiotoxicidade, toxicidade pulmonar, neurotoxicidade, lesão gonadal e esterilidade, de acordo com a droga ou a dose[5]. A enfermagem assume um papel de extrema importância no acompanhamento e na minimização dos efeitos adversos[4]. É importante o conhecimento da enfermagem acerca do tema para poder agir na

1. Enfermeira no Hospital Universitário de Santa Maria, mestranda do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: jaquelinescalabrin@gmail.com
2. Enfermeira, Mestre. Professora, Universidade Regional integrada do Alto Uruguai e das Missões-Campus Santiago.
3. Enfermeira, mestranda do programa de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
4. Enfermeira, Doutora. Professora, Universidade federal de Santa Maria(UFSM).
5. Cirurgiã dentista, doutora. Professora do programa de pós graduação da enfermagem da UFSM

prevenção destes efeitos ou para que possa fazer um manejo adequado no cuidado dos pacientes. A assistência de enfermagem sistematizada, principalmente no que diz respeito à implementação de intervenções precisas e eficazes frente aos efeitos colaterais resultantes da administração de quimioterápicos[4] é fundamental. **Objetivos:** identificar as produções sobre o papel do enfermeiro frente ao paciente em uso de quimioterápicos. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa acerca da importância do profissional de enfermagem no cuidado do paciente em uso de quimioterapia. A busca foi realizada na base de dados LILACS, utilizando os DESCRITORES enfermagem oncológica, efeitos colaterais e cuidados de enfermagem. Foram incluídos os estudos relacionados à temática, sem recorte temporal e foram excluídos estudos de revisão, manuais, teses e dissertações, além daqueles que não estivessem na língua portuguesa. **Resultados:** Foram selecionados 12 artigos, de 20 encontrados, destes 8(66%) apresentaram uma abordagem quantitativa e 4(34%) apresentaram abordagem qualitativa. Os artigos trouxeram alguns efeitos adversos mais comuns como: náusea e/ou vômito, mucosite, apresentados em 50%(n=6) dos artigos, o trauma vascular e/ou extravasamento em 16,7% (n=2), a neuropatia periférica foram mencionados em 16,7%(n=2) dos artigos, estresse e mielodepressão em 8,3%(n=1). Os estudos também apontaram sobre a importância dos cuidados e/ou orientações de enfermagem em 91,7% (n=11), sendo que em 33,3% (n=4) apontaram medidas farmacológicas no cuidado ao paciente e em 75% (n=9) apontaram medidas não farmacológicas na prevenção e tratamento das reações adversas. Como o cuidado com alimentação, nos casos de diarreia, constipação e vômitos, exercício físico como estimulador da função intestinal e bem estar, higiene após evacuações, evitando lesões e infecções causadas pela diarreia, estímulo à ingesta líquida durante vômitos e diarreias a fim de evitar desidratação. Em todos estes pontos citados nos artigos a enfermagem entra com suas orientações e cuidados na prevenção e tratamento das reações. Essas orientações sobre o tratamento devem ser feitas a esse paciente antes, durante e após o uso do quimioterápico, além de referirem-se a importância da orientação de um estilo de vida mais saudável para o tratamento. Um dos efeitos colaterais mais citados foi a náusea e vômito. O enfermeiro deve orientar para a importância da ingesta alimentar, mesmo durante o quadro de inapetência e esclarecer sobre as atividades físicas que podem incrementar o apetite, bem como servir de intermediação com profissionais nutricionistas. Os estudos referem que o desconforto proporcionado ao paciente pela náusea e pelo vômito contribui muito para a diminuição da qualidade de vida, visto que os pacientes tornam-se debilitados e sem disposição para conduzirem adequadamente os seus afazeres diários[4]. Algumas orientações devem ser dadas a estes pacientes como: ingerir pequenas porções de alimentos leves com maior frequência, frios ou à temperatura ambiente, evitar alimentos doces, gordurosos ou com odor forte, além do uso da medicação antiemética prescrita[4]. Um estudo trouxe a musicoterapia como alternativa não farmacológica, o qual observou redução significativa de náuseas antes e após as sessões, trazendo efeitos fisiológicos que envolvem mudanças no metabolismo, evidenciando que apenas a abordagem farmacológica não é suficiente para o controle total dos mesmos em pacientes submetidos à quimioterapia de alto e moderado potencial emético[5]. No que se refere às mucosites efeito bastante comum e frequente, decorrente do uso de quimioterápicos, os estudos destacam o impacto que traz à qualidade de vida e nutricional do paciente. Cabe ao enfermeiro dar atenção diária ao paciente com potencial para desenvolvê-la, através de uma avaliação criteriosa e com conhecimento de mecanismos capazes de evitar ou minimizar os danos causados. Verificou-se que a orientação de enfermagem sobre a manutenção da higiene oral é a forma mais eficaz de prevenção.

O tratamento que mais se destaca atualmente é o laser de baixa potência, seguindo-se o gluconato de clorexidina a 0,12% [4]. O laser de baixa potência é um tratamento ofertado pelo profissional da odontologia. O enfermeiro faz a avaliação diária da cavidade oral e a solicitação deste profissional. Os conhecimentos sobre a mucosite oral e sobre os métodos de prevenção e de tratamento são essenciais para a prática diária da enfermagem oncológica, devido à alta incidência desse agravo e ao comprometimento na qualidade de vida do paciente[4]. Quanto ao outra complicação muito temida, descrita por alguns autores, é o extravasamento de drogas antineoplásicas vesicantes/irritantes ou os efeitos adversos no sítio de infusão venosa[4]. Esta complicação foi citada em dois artigos e é de extrema importância e preocupação para a enfermagem, sendo que a enfermagem é responsável pela administração dos quimioterápicos e manutenção dos acessos venosos dos pacientes. Cabe ao enfermeiro observar os fatores de risco e atuar sobre eles, incluindo ações educativas visando ao melhor desempenho do pessoal de enfermagem que administra esses fármacos[4]. É imprescindível que o enfermeiro avalie o paciente de maneira integral, estando atento aos sinais e sintomas apresentados, que conheça dos efeitos colaterais desencadeados pelos quimioterápicos utilizados durante o tratamento, podendo assim agir na sua prevenção. A prestação de cuidados ao paciente oncológico requer do enfermeiro multiplicidade de conhecimento e versatilidade na atuação. Esses são fatores determinantes para uma gestão de qualidade[4]. Em todos os estudos foi apontada a importância do profissional da enfermagem no cuidado e orientação aos pacientes no aparecimento dos eventos adversos e/ou na prevenção do mesmo. **Conclusões:** Conclui-se com este estudo que além do conhecimento sobre os efeitos adversos referentes à administração de quimioterápicos é extremamente relevante o conhecimento sobre as condutas e intervenções que devem ser tomadas diante do aparecimento desses e até mesmo na sua prevenção. Certifica-se a necessidade de treinamentos e capacitações dos profissionais de modo que o mesmo possa sempre colaborar para um bom andamento na assistência e melhores condições do paciente durante o tratamento, diminuindo as repercussões dos efeitos adversos que envolvem esse tipo de tratamento.

DESCRITORES: enfermagem oncológica; efeitos colaterais; cuidados de enfermagem.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem**.**

Referências:

INCA. Estimativa 2016. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. 2015. Atualizada em 2015. Acesso em 28/03/17. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf

INCA. ABC do câncer. Abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. 2012. Atualizada em 2012. Acesso em 28/03/17. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf

Bonassa EMA, Santana TR. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3ª ed. São Paulo. Editora Atheneu. 2005.

Guimarães RCR, Gonçalves RPF, Lima CA, Torres MR, Silva. Ações de enfermagem frente às reações a quimioterápicos em pacientes oncológicos. J. res: fundam. Care. Online. UFRJ 2015. 7 (2); 2440-52. Acesso em 27/03/17. Disponível em file:///C:/Users/Salete/Downloads/3589-24607-2-PB%20(3).pdf

Silva GJ, Fonseca MS, Rodrigues AB, Oliveira PP, Brasil DRM, Moreira MMC. Utilização de experiências musicais como terapia para sintomas de náusea e vômito em quimioterapia. Ver Bras Enferm. 2014; 67 (4); 630-6. Acesso em 27/03/17. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0630.pdf

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

59.INFRAESTRUTURA DAS UNIDADES DE TRABALHO EM UM HOSPITAL UNIVERSITARIO: VISÃO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

INFRASTRUCTURE OF WORK UNITS IN A UNIVERSITY HOSPITAL: VISION OF NURSING WORKERS

INFRAESTRUCTURA DE UNIDADES DE TRABAJO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: VISIÓN DE TRABAJADORES DE ENFERMERÍA

CARVALHO, Deciane Pintanela de[1] ;ROCHA, Laurelize Pereira [2] ;GUTIERRES, Évilin Diniz [3]; JULIANO, Laís Farias [4] ;SILVEIRA, Rogério Barbosa da [5] ;BARLEM, Edison Luiz Devos [6]

Introdução: o trabalho da enfermagem possui inúmeros fatores que geram satisfação aos trabalhadores, como o trabalho em equipe e o próprio desenvolvimento do cuidado a saúde, entretanto alguns motivos são geradores de insatisfação como se pode citar a sobrecarga de trabalho, dificuldade de comunicação entre a equipe e as condições inadequadas de trabalho[1]. Além disso, o trabalho de enfermagem também é caracterizado por longas jornadas de trabalho, com desempenho de atividades rotineiras e intensas durante todo o período. Nesse sentido, faz-se necessário um ambiente de trabalho saudável, com condições adequadas de infraestrutura que permitam o desenvolvimento efetivo do processo de trabalho de forma segura, diminuindo a probabilidade de exposição dos trabalhadores aos riscos ocupacionais, adoecimentos, acidentes de trabalho e afastamentos por motivo doenças[2]. Para a realização de uma assistência humanizada e com qualidade para os pacientes é imprescindível que os trabalhadores tenham um ambiente físico adequado com disponibilidade de recursos materiais e equipamentos em boas condições de uso[3]. A inadequação da estrutura física das unidades de trabalho gera nos trabalhadores de enfermagem sentimentos como impotência, desmotivação, falta de autonomia, desgastes, conflitos com os pacientes e impossibilidade de planejar e implementar uma assistência adequada. Essa assistência não efetiva, diante das dificuldades e inadequações estruturais, pode ser percebida a partir da redução do acesso dos pacientes aos serviços de saúde, da dificuldade e demora na resolutividade de condutas necessárias para assistir o paciente, podem gerar ações não humanizadas e ainda pode interromper a continuidade do processo de cuidado[4]. Além da insatisfação do trabalhador, a falta ou fragilidade nas condições de infraestrutura podem ser causadoras de riscos e complicações ao paciente internado em unidade hospitalar, como a ocorrência de quedas do leito[5]. Neste contexto, este estudo tem como **objetivo:** verificar como os trabalhadores de enfermagem visualizam a infraestrutura da sua unidade de trabalho. **Método:** estudo do tipo quantitativo, descritivo e exploratório, realizado em um Hospital Universitário no sul do Rio Grande do Sul. Participaram do estudo 211 trabalhadores de enfermagem. Para calcular a amostra foi utilizado o programa StatCalc

[1] Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Bolsista Capes, Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande.
[2] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.
[3] Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Professora substituta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.
[4] Acadêmica de Enfermagem, Bolsista EPEC. Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. E-mail:
[5] Acadêmico de Enfermagem, Bolsista PIBIC. Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande.
[6] Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.

do programa EpiInfo versão 7, empregando-se o nível de confiança de 95%, obtendo uma amostra mínima de 184 participantes. A seleção da amostra ocorreu de forma não probabilística por conveniência. Utilizou-se como critérios de inclusão ser enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, atuar no hospital universitário por no mínimo três meses, nas seguintes unidades: Serviço de Pronto Atendimento, Classificação de risco, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Geral, Centro Cirúrgico, Unidade de Clínica Médica, Unidade de Clínica Cirúrgica, Traumatologia, Unidade de Internação Obstétrica, Centro Obstétrico, UTI Neonatal, Unidade de Pediatria. Como critérios de exclusão optou-se por: atuar em cargos administrativos, e estar de atestado, licença de qualquer natureza ou férias no momento da coleta de dados. A coleta de dados foi realizada por uma equipe previamente treinada em julho a agosto de 2016, por meio de um questionário semiestruturado composto por questões referentes às características do trabalhador (idade, escolaridade etc.); características do trabalho (função e infraestrutura da unidade de trabalho). Os dados foram digitalizados por meio da dupla digitação e foi realizada a análise estatística descritiva no software Statistical Package for the Social Sciences versão 21. Obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, sob parecer nº54/2016. **Resultados:** participaram do estudo 49 enfermeiros, 85 técnicos em enfermagem e 77 auxiliares de enfermagem, a idade dos trabalhadores de enfermagem variou entre 23 e 68 anos, com média de 42 anos (dp=9,31). De acordo com a escolaridade, dois (0,9%) trabalhadores possuíam ensino médio completo, oito (3,8%) possuem curso de auxiliar de enfermagem, 98 (46,4%) curso técnico em enfermagem, 34 (16,1%) graduação em enfermagem, 46 (21,8%) especialização, 15 (7,1%) mestrado em enfermagem, 2 (0,9%) doutorado em enfermagem, dois (0,9%) possuem residência em enfermagem e 4 (1,9%) graduação em outra área. Com relação à infraestrutura da unidade de trabalho, verificou-se que 134 (63,5%) trabalhadores de enfermagem visualizam como inadequada a disponibilidade de equipamentos e recursos materiais e 73 (34,6%) caracterizam como adequada. Quanto à estrutura física identificou-se que o posto de enfermagem foi considerado adequado por 108 (51,2%) trabalhadores e inadequado para 80 (37,9%), o expurgo foi caracterizado como adequado por 82 (38,9%) trabalhadores e inadequado para 117 (55,5%), 88 (41,7%) evidenciaram que a sala de prescrição é adequada e 66 (31,3) inadequada, 56 (26,5%) consideram adequadas às dependências das enfermarias da unidade e 104 (49,3%) inadequadas, 123 (58,3%) identificam que os corredores são adequados e 66 (30,8%) inadequados, 127 (60,2%) caracterizam como adequados o banheiro e 75 (35,5%) inadequado e 108 (51,2%) referiram que a copa é adequada e 86 (40,8%) como inadequada. De acordo com o espaço físico e mobiliário, 80 (37,9%) identificaram como adequados, 104 (49,3%) caracterizaram o espaço físico como inadequado e 120 (56,9%) o mobiliário inadequado, 74 (35,1%) evidenciaram que a qualidade dos materiais é adequada e 124 (58,8%) inadequada e 71 (33,6%) evidenciaram a quantidade de materiais adequada e 129 (61,1%) inadequada. **Conclusão:** conclui-se que a maior frequência de trabalhadores de enfermagem caracterizou como adequadas a estrutura física do posto de enfermagem, sala de prescrição, corredores, banheiro e copa. E como inadequados a disponibilidade de equipamentos e recursos materiais, o expurgo, as enfermarias, o espaço físico da unidade, os mobiliários e a qualidade e quantidade de materiais. Os resultados representam condições reais de trabalho da enfermagem em um hospital universitário, evidenciando a necessidade do olhar da gestão e dos próprios trabalhadores para a necessidade de mudanças na busca de um ambiente de trabalho adequado, que permita que o desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem ocorra de forma efetiva,

proporcionando uma assistência com qualidade e resolutiva para os pacientes e familiares usuários do serviço de saúde. Este estudo possibilita ampliar a visão dos gestores quanto a necessidade do planejamento e implementação de ações visando melhores condições de trabalho, especialmente em relação à quantidade e qualidade equipamentos e materiais, favorecendo a qualidade da assistência prestada e motivando os trabalhadores quanto o fazer da enfermagem. Sugere-se que o planejamento de ações de melhorias e mudanças na infraestrutura do ambiente e condições de trabalho sejam efetivadas conjuntamente com os trabalhadores do serviço.

DESCRITORES: Infraestrutura; Serviços de Saúde; Hospitais Universitários; Enfermagem.

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

Referências:

1. Mauro MYC, Paz AF, Mauro CCC, Pinheiro MAS, Silva VG. Condições de trabalho da Enfermagem nas Enfermarias de um Hospital Universitário. Esc Anna Nery Rev Enferm, 2010;14 (1): 13-18.

2. Machado MH, Santos MR, Oliveira E, Wermelinger M, Vieira M, Lemos W, et al. Condições de trabalho da enfermagem. Enferm. Foco, 2016;7(ESP): 63-76.

3. Nogueira CMCS, Justino JMR, Rebouças JM, Tavares MIPL, Morais FRR. Caracterização da infraestrutura e do processo de trabalho na assistência ao pré-natal. Cogitare Enferm., 2016;21(4):01-10.

4. Pedrosa ICF, Corrêa ACP, Mandú ENT. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. Cienc Cuid Saude 2011; 10(1):058-065.

5. Vaccari E, Lenardt MH, Willig MH, Betiolli SE, Oliveira ES. Safety of the hospital environment in terms of preventing falls on the part of the elderly: a descriptive study. Online braz j nurs, 2014;13(3):271-81.

60.INTERAÇÃO DO CUIDADOR COM A CRIANÇA INSTITUCIONALIZADA

CARETAKER INTERACTION WITH THE INSTITUTIONALIZED CHILD

INTERACCION DEL CUIDADOR CON EL NIÑO INSTITUCIONALIZADO

BÓRIO, Taniely da Costa[1]; GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi [2]; SALDANHA, Mariana Domingos[3]; SCHWARTZ, Eda[4]; MILBRATH, Viviane Marten[5].

Resumo

Objetivo: Conhecer a produção científica acerca da interação entre o cuidador/mãe social e a criança institucionalizada, no período de 2009 à 2015. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa, em que se realizou busca em três bases de dados LILACS, MEDLINE e INDEX, sendo selecionados 23 para síntese das informações. **Resultados:** Foram elaboradas quatro categorias: Práticas cotidianas de cuidado no contexto do abrigo, Processo de interação entre cuidador e criança; Processo de trabalho do cuidado da criança institucionalizada; Características da criança institucionalizada. **Considerações finais:** As produções científicas avaliadas, favorecem a identificação dos problemas existes, demonstrando a necessidade de uma discussão mais abrangente sobre a temática, a fim de possibilitar a elaboração de estratégias que proporcionem o vínculo e o acolhimento adequados para o desenvolvimento infantil pleno.

DESCRITORES: Criança Abrigada; Cuidador; Relações interpessoais.

Abstract: Aim: To know the scientific production about the interaction between caretaker/social mother and the institutionalized child, in the period of 2009-2015. **Method:** It's an integrative review that was developed in three databases LILACS, MEDLINE and INDEX, having 23 articles selected to summarize information. **Results:** Four theme categories were created: Daily care practice in the context of shelter, interaction process between caretaker and child; work process of caring for an institutionalized child; characteristics of the institutionalized child. **Final Considerations:** Evaluated scientific production, favor identifying existing issues, showing the need of a broader discussion on the theme in order to enable creating strategies that favor links and adequated consoling to childhood development at it's fullest.

DESCRIPTORS: Child, Institutionalized; Caregivers; Interpersonal Relations.

Resumen

[1] Enfermagem. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UFPel, Pelotas, RS, Brasil. E-mail:
[2]Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde, Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.
[3] Enfermagem. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.
[4] Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas -UFPel.
[5] Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas-UFPel.

Objetivo: Conocer la publicación científica acerca de la interacción entre el cuidador/madre social y el niño institucionalizado, en el periodo de 2009 a 2015. **Método:** Se trata de una revisión integrativa, en que se realizó búsqueda en tres bases de datos LILACS, MEDLINE e INDEX, siendo seleccionados 23 artículos para síntesis de las informaciones. **Resultados:** Fueron elaboradas cuatro categorías temáticas: Prácticas cotidianas de cuidado en el contexto del abrigo, Proceso de interacción entre cuidador y niño; Proceso de trabajo de cuidado del niño institucionalizado; Características del niño institucionalizado. **Consideraciones finales:** Las producciones científicas evaluadas, favorecen la identificación de los problemas existentes, demostrando la necesidad de una discusión más amplia sobre la temática, a fin de posibilitar la elaboración de estrategias que proporcionen el vínculo y el acogimiento adecuados para el pleno desarrollo infantil.

DESCRIPTORES: Niño Institucionalizado; Cuidadores; Relaciones Interpersonales.

Introdução

Após o nascimento, o bebê precisa de cuidado e atenção as suas necessidades físicas (alimentação, limpeza, cuidado, proteção, entre outras) e psicossociais (se sentir seguro, amado, protegido, valorizado) para sobreviver. Qualquer atividade do bebê que provoque uma resposta do adulto pode ser considerada um comportamento de busca por apego, logo, o apego e o vínculo emocional recíprocos entre bebê e cuidador, são construídos por meio da interação.[1]

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária da criança.[2] O abandono ou a falta de capacidade de prover cuidado e proteção, dos familiares/responsáveis, torna necessário o acolhimento das crianças, sendo que o abrigamento institucional deve ser provisório, até o retorno para família de origem ou encaminhamento para família substituta.[3]

Considerando a formação de vínculo e o apego indispensáveis para o desenvolvimento infantil, observa-se que na institucionalização infantil, esses passam a ser exercidos pelos cuidadores. O vínculo pode ser definido como a vontade de manter proximidade, sendo que o desenvolvimento afetivo, cognitivo e social da pessoa está ligado à qualidade dos vínculos estabelecidos na infância. Complementarmente, no apego, a criança dependerá do relacionamento com a figura de apego que lhe dará segurança para explorar o mundo.[4] Com base nesses pressupostos, objetivou-se conhecer a produção científica acerca da interação do cuidador/mãe social com a criança abrigada. Para tanto, elaborou-se a questão norteadora: o que tem sido publicado acerca da interação da criança institucionalizada com seu cuidador?

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa acerca da interação da criança institucionalizada com seu cuidador, para qual se seguiu seis passos: estabelecimento da questão norteadora da pesquisa; busca por artigos; criação de categorias; avaliação dos artigos incluídos; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento.[5] Inicialmente elegeu-se a questão norteadora: o que tem sido publicado acerca da interação da criança institucionalizada com seu cuidador a partir de 2009? A escolha por

essa delimitação de data se deu devido à implementação de uma nova diretriz acerca das orientações técnicas para os serviços de acolhimento de crianças e adolescentes.[3]

Escolheu-se como bases de dados para a coleta de material Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), INDEX da Psicologia, MEDLINE. Para delimitar as buscas utilizou-se as palavras chave em três idiomas (português, inglês e espanhol), e diversas combinações: Child, Orphanages, Caregivers, Educator, Institution, shelter; niño, abrigo; criança, abrigo, cuidador, educadores. As palavras foram conectadas entre si pelo boleano AND, totalizando 657 artigos nessa primeira seleção. Após essa primeira etapa, aplicou-se os critérios de inclusão: ser artigo original; ser publicado após 2009; abordar a temática da interação da criança abrigada com o seu cuidador. Complementarmente, utilizou-se como critérios de exclusão: artigos de revisão, editoriais, cartas e artigos de reflexão; artigos originais que tratavam da interação de adolescentes (acima de 12 anos completos) com seus cuidadores. Na etapa posterior, os artigos foram selecionados por títulos e Resumos, aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão, selecionando-se 23 artigos para análise.

Após a seleção final dos artigos, todos foram qualificados quanto ao seu nível de evidência, conforme Stillwell et al.[6]: nível de evidência I para revisão sistemática ou metanálise; 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.

Resultados e discussão

Após a leitura e análise do elaborou-se um quadro contendo as informações com a caracterização dos trabalhos selecionados para análise integral:

Identificação (título, ano e periódico)	**Objetivo/Tipo de estudo**	**Base de dados/ Idioma/ Nível de evidência**
Um estudo sobre o acolhimento precoce inspirado no método Bick .[7] 2011 - Psicologia em Estudo	Apresentar uma adaptação do Método Bick de Observação como técnica de coleta de dados Qualitativo	LILACS Português Nível:VI
Análise comparativa do perfil de crianças em acolhimento institucional nos anos de 2004 e 2009.[8]	Realizar análise comparativa do perfil das crianças acolhidas por uma instituição infantil e dos aspectos envolvidos nesse processo.	LILACS Português Nível:VI

2014 - Psico (Porto Alegre)	Quantitativo	
Acolhimento institucional na assistência à infância: o cotidiano em questão.[9] 2014 - Psicologia & Sociedade	Mostrar como os modelos de prática assistencial estão presentes nos diversos momentos institucionais e que sua problematização pode permitir um outro lugar na escuta e nas ações nas instituições de acolhimento Qualitativo	LILACS Português Nível:VI
Escuta afetiva: possibilidades de uso em contextos de acolhimento infantil.[10] 2013 - Psicologia Escolar e Educação	Conhecer o processo de acolhimento a partir do relato das crianças acolhidas e de educadoras. Qualitativo	LILACS Português Nível:VI
Avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças institucionalizadas.[11] 2013 - Revista Brasileira de Enfermagem	Avaliar o crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 6 anos institucionalizadas. Quantitativo	LILACS Português Nível:VI
Reflexões acerca da experiência de observação de um bebê abrigado.[12] 2013 - Revista Mal-Estar e Subjetividade	Pensar a questão do desenvolvimento emocional de um bebê abrigado a partir da experiência de observação direta, com adaptação para o contexto de abrigo. Qualitativo	LILACS Português Nível:VI
Transtorno de apego reativo em crianças institucionalizadas.[13] 2012 - Psicologia Argumento	Utilizar o Teste do Desenho da Figura Humana como forma de identificar sinais de Transtorno de Apego Reativo na Infância em crianças abrigadas Qualitativo	LILACS Português Nível:VI
Educador social: Imagem e relações com crianças em situação de acolhimento institucional.[14] 2012 - Revista Mal-Estar e Subjetividade	Identificar a imagem que educadores sociais têm da criança em situação de acolhimento institucional Qualitativo	LILACS Português Nível:VI

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

Perfil mediacional de mães sociais que atuam em instituições de acolhimento.[15] 2012 - Psicologia: Ciência e Profissão	Identificar as interações e as mediações estabelecidas entre a mãe social e a criança em situação de acolhimento Qualitativo	LILACS Português Nível:VI
Análise das habilidades funcionais de crianças em entidade filantrópica.[16] 2011 - Rev Bras Clin Med São Paulo	Verificar a capacidade de desempenho das habilidades funcionais de crianças com idades entre 2 e 6 anos abrigadas em entidade filantrópica e observar os níveis de assistência que o cuidador oferece para as crianças Quantitativo	LILACS Português Nível:VI
Percepções de educadores de abrigo: o seu trabalho e a criança institucionalizada.[17] 2011 - Rev Brasileira de crescimento desenvolvimento Humano	Analisar a percepção de cuidadores de abrigo acerca do trabalho desenvolvido por eles e sobre as crianças institucionalizadas. Quantitativo	LILACS Português Nível:VI
Fatores relacionados à institucionalização: perspectivas de crianças vítimas de violência intrafamiliar.[18] 2010 - Revista Gaúcha de Enfermagem	Compreender os fatores relacionados à institucionalização de crianças vítimas de violência intrafamiliar. Qualitativa	LILACS Português Nível:VI
Processos de saúde e doença entre crianças institucionalizadas: uma visão ecológica.[19] 2009 - Ciência & Saúde Coletiva	Colocar em discussão um conjunto de dados sobre a saúde de 287 crianças institucionalizadas Quantitativo	LILACS Português Nível:VI
Psychiatric Morbidity among a Sample of Orphanage Children in Cairo.[20] 2012 - International Journal of Pediatrics	Identificar a prevalência de problemas emocionais, comportamentais e os fatores associados de crianças em orfanatos Quantitativo	MEDLINE Inglês Nível:IV
Understanding institutionalized children in a developing country: exploration of trauma and	Examinar os vínculos de crianças em um ambiente institucional com base na sua importância como fator preditor de	MEDLIN

attachment at an orphanage in India.[21] 2015 - Journal of the American Psychoanalytic Association	organização para prosperidade psicológica Qualiquantitativo	E Inglês Nível:VI
Child mental health in Jordanian orphanages: effect of placement change on behavior and caregiving.[22] 2014 - BMC Pediatrics	Avaliar a saúde mental e os problemas comportamentais de crianças institucionalizadas na Jordânia Quantitativo	MEDLIN E Inglês Nível:VI
From maid to mother: transforming facilities, staff training, and caregiver dignity in an institutional facility for young children in Nepal.[23] 2014 - Infant Mental Health Journal	Avaliar um programa para melhorar a saúde, segurança e o desenvolvimento de crianças até 6 anos de idade em um grande orfanato no Nepal Qualitativo	MEDLIN E Inglês Nível:IV
Severe punishment of children by staff in romanian placement centers for school-aged children: effects of child and institutional characteristics.[24] 2013 - Child Abuse & Neglect	Determinar se as características da criança e/ou da institucionalização são preditores de castigos severos e/ou frequência de castigos que as crianças recebem da equipe em instituições da Romênia Quantitativo	MEDLIN E Inglês Nível:IV
Maintaining a social-emotional intervention and its benefits for institutionalized children.[25] 2013 - Child Development	Relatar a manutenção de uma das maiores intervenções conduzidas em orfanatos de São Petersburgo para crianças desde o nascimento até 4 anos Quantitativo	MEDLIN E Inglês Nível:IV
Self-regulation in newly arrived international adoptees.[26] 2011 - Physical & Occupational Therapy in Pediatrics	Avaliar 387 crianças institucionalizadas para presença de dificuldades de auto-regulação e comportamento examinando a relação entre esses e os fatores de risco preexistentes. Quantitativo	MEDLIN E Inglês Nível:IV

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem

Estudo do "Ages and Stages Questionnaires" com cuidadores de crianças institucionalizadas.[27] 2014 - Psico USF	Explorar o conhecimento de cuidadoras sobre o desenvolvimento de crianças em acolhimento institucional com um instrumento de triagem Quantitativo	Index Psicologia Português Nível:VI
O trabalho do cuidado: uma análise psicodinâmica .[28] 2012 - Revista Psicologia: Organizações e Trabalho	Investigar as formas de sofrimento e o uso de estratégias defensivas do/a cuidador/a social de abrigo de crianças e adolescentes Qualitativo	Index Psicologia Português Nível:VI
Caretaking behavior among siblings in children's shelters.[29] 2012 - Psicologia: Reflexão e Crítica	Identificar características particulares da manifestação de comportamento de cuidado entre crianças com e sem irmãos em uma instituição de abrigo Quantitativo	Index Psicologia Inglês Nível:IV

Figura 2: Quadro com a caracterização dos estudos selecionados.

Após a síntese dos resultados elaborou-se quatro categorias temáticas: Práticas cotidianas de cuidado no contexto do abrigo; Processo de interação entre cuidador e criança; Processo de trabalho do cuidado da criança institucionalizada; Características da criança institucionalizada.

Práticas cotidianas de cuidado no contexto do abrigo

As práticas cotidianas de cuidado, realizadas pelos cuidadores estão relacionadas, especialmente, às atividades de alimentação, higiene e recreação. Destacam-se dentre elas: acompanhar as refeições, arrumar o quarto, organizar o banho, arrumar para a escola e levar para atendimento médico ou de outra natureza, sendo a rotina marcada por horários fixos e rígidos. Muitas educadoras acreditam que esses cuidados já sejam suficientes para as crianças.[7,12,14, 17, 28.]

Contudo, é necessário que as educadoras deem sentido a sua prática, de modo a compreender a importância dos seus gestos e o objetivo do seu trabalho para proporcionar crescimento sadio e dignidade. A comunicação verbal autoritária e a punição como justificativa de aprendizado impossibilitam a autonomia, inviabilizando a singularidade da criança e interferindo no seu desenvolvimento.[14,15]

As questões referentes ao déficit de higiene foram apontadas por estudo, que mostrou a higienização inadequada de mamadeiras, a fixação incorreta de fraldas além da baixa qualidade dessas, o que não oferece conforto às crianças.[23] Ainda, nesse estudo, observou-se a inexistência de um lugar adequado para recreação das crianças.

Processo de interação entre cuidador e criança

A falta de convívio familiar, de socialização primária e de formação de vínculo e apego podem gerar um atraso no desenvolvimento infantil.[17,23] Portanto, é indispensável que a criança receba afeto e carinho durante sua institucionalização. Para tanto, a redução do tamanho do grupo e do número de crianças por cuidador pode contribuir para melhorar o envolvimento entre eles, minimizando os efeitos negativos gerados pela ruptura de vínculos, imposta pela institucionalização.[25]

Estudo aponta a dificuldade de interação entre cuidadoras e crianças, com resistência de manifestações afetivas, afastamento físico e falta de expressões incentivadoras, o que demonstra a fragilidade das cuidadoras em lidar com os vínculos.[14] A rotina rígida dos serviços, muitas vezes, inviabiliza a atenção individualizada, a comunicação efetiva e assistência às demandas infantis, o que interfere na constância dos cuidados prestados.[7]

Em geral, os conceitos de infância são constituídos de acordo com os conhecimentos de vida preestabelecidos pelas cuidadoras, não apresentado um padrão de instrução, geram assim, o medo de estabelecer vínculos, devido ao seu rompimento, característico do acolhimento institucional.[15] Entretanto, a elaboração do vínculo é de extrema importância para o desenvolvimento da criança.[13,15, 17, 23.]

Processo de trabalho do cuidado da criança institucionalizada

O cuidado da criança institucionalizada impõe aos cuidadores diversas dificuldades que se refletem em desânimo, tristeza, exaustão emocional e física, desordem psicoafetiva, ansiedade e estresse. [10,14] Portanto, é preciso que se invista na prevenção e promoção da saúde destes profissionais, bem como na sua capacitação, qualificação e suporte psicológico, a fim de que eles consigam lidar com as crianças atendendo suas necessidades psicoemocionais.[10,14,23,27] Complementarmente, destaca-se que a capacitação da equipe, pode trazer benefícios, para o cuidado institucional,[25] pois os profissionais que não recebem capacitação adequada apresentam dificuldade em lidar com as demandas infantis.[7]

Dentre as formas de sofrimento apresentadas pelos cuidadores, estudo ressalta o sentimento de solidão, em que os cuidadores não são ouvidos, nem têm acesso a informações sobre as crianças, gerando desgaste e condições precárias de trabalho.[28] A sensação de impotência das educadoras pode ser identificada nas suas queixas em relação a gestão da instituição, que permite a exacerbação de conflitos interpessoais oriundos de inúmeras situações.[9,10]

O cansaço físico e psicológico está presente na vida das cuidadoras, de forma que muitas delas procuram atendimento psicológico.[7,28] Esses fatores são agravados pela angústia, falta de reconhecimento e negação da palavra cuidadora.[28] Além disso, as cuidadoras têm dificuldade para conversar com as crianças acerca de sua história familiar, evitando tocar no assunto, desse modo, costumam ignorar questionamentos específicos e entreter a criança para que ela não se lembre.[28]

Características da criança institucionalizada

O ambiente institucional parece desenvolver sentimentos de insegurança, inadequação e a ausência de expectativas para o desenvolvimento futuro das crianças.[14,27] Estudo aponta que a criança apresenta características depreciativas, com carecias de figuras parentais, de afetividade e de

um lar, portanto, a instituição é um lugar inapropriado para o desenvolvimento infantil.[14] A entrada precoce na instituição e a duração do tempo de permanecia são elementos centrais no atraso do desenvolvimento infantil.[24,27] Longos períodos de institucionalização podem acarretar danos irreparáveis para o desenvolvimento infantil, principalmente quando ocorre durante os primeiros dois anos de idade.[18,21,27]

No entanto, o tipo de atenção e interação que a criança recebe individualmente parece ser o grande modulador de o quanto esse desenvolvimento será favorecido ou não em idades posteriores.[27] Complementarmente, a longa permanência da criança em ambiente institucional pode deixa-la particularmente vulnerável a doenças infecciosas e a manifestação de diversos estados de depressão.[19]

A criança quando é afastada do seu ambiente natural e levada a conviver com pessoas estranhas, recebendo um cuidado coletivo, tem dificuldade em compreender a institucionalização.[18] Assim, a experiência do ajustamento à vida institucional, com o cuidado profissional, pode gerar alterações no curso do desenvolvimento da criança, impactando negativamente sobre a aquisição de habilidades sociais, cognitivas e afetivas.[19] As habilidades referentes à cognição e comunicação são mediadas pelo nível de interação entre a criança e seu ambiente, sendo que na institucionalização as atividades externas são reduzidas, restringindo a socialização das crianças às interações dentro da instituição .[27]

Estudos apontam como características gerais das crianças institucionalizadas falta de liderança, insegurança, timidez, comportamento depressivo e/ou agressivo, isolamento, dificuldade de enfrentamento do mundo exterior, pouco interesse social, sentimento de culpa, sentimento de desamparo, ansiedade, conflitos de sexualidade, atrasos de desenvolvimento, transtornos emocionais, entre outros.[13,19,20,27] Complementarmente, a institucionalização infantil está relacionada a diversos fatores, dentre eles pode-se destacar dependência química dos genitores, abandono, maus tratos, desintegração familiar,[22] pobreza,[8,12] situações de risco para o seu crescimento e desenvolvimento físico, mental e social.[11,26]

Considerações finais

Ao longo dos anos, embora a institucionalização infantil continue sendo bastante frequente, percebe-se que ainda existe uma grande necessidade de busca e compreensão deste tema, a fim de garantir qualidade de vida e melhorar o desenvolvimento infantil.

O conhecimento da produção cientifica acerca do tema, facilita a identificação dos problemas existes e aponta para a necessidade de uma visão mais abrangente sobre o processo de formação de vínculo entre cuidadores e crianças. A partir disso, é possível identificar que é necessário oferecer aos profissionais maior preparo e qualificação, bem como melhor estrutura física e organizacional, salientando a importância da instituição proporcionar o vínculo e o acolhimento adequado para o melhor desenvolvimento da criança. Destaca-se que a realização de estudos, possibilita um retorno para a comunidade e um investimento no futuro das crianças e profissionais do meio institucional.

Eixo temático: Processo de cuidado em saúde e Enfermagem, premio- Lia Rauber.

Referências

1 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (BR). Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

2 Brasil. Estatuto da criança e do adolescente Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara; 2015.

3 Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (BR). Orientações técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. [internet] 2009 [acesso em 2017 Mar 20]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/cnas/noticias/orientacoes_tecnicas_final.pdf

4 Biazus CB, Ramires, VRR. Depressão na adolescência: uma problemática dos vínculos. Psicol estud. 2012;17(1): 83-91.

5 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidencias da saúde e na enfermagem. Texto & contexto enferm. 2008;17(4):758-64.

6 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

7 Golin G, Bnetti SPC, Donelli TMS. Um estudo sobre o acolhimento precoce inspirado no método Bick. Psicol estud. 2011; 16(4): 561-569.

8 Cavalcante LIC, Magalhães CMC, Reis DC. Análise comparativa do perfil de crianças em acolhimento institucional nos anos de 2004 e 2009. Psico (Porto Alegre). 2014; 45(1): 90-99.

9 Guedes CF, Scarcelli IR. Acolhimento institucional na assistência à infância: o cotidiano em questão. Psicol soc (Online). [internet] 2014 [acesso em 2017 Mar 25];26:58-67. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26nspe/07.pdf.

10 Trivellato AJ, Carvalho C, Vectore C. Escuta afetiva: possibilidades de uso em contextos de acolhimento infantil. Psicol esc educ. 2013;17(2):299-307.

11 Chaves CMP, Lima FET, Mendonça LBA, Custódio IL, Matias EO. Avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças institucionalizadas. Rev bras enferm. Set/out 2013;66(5): 668-674.

12 Nascimento RDM, Pedroso JS. Reflexões acerca da experiência de observação de um bebê abrigado. Rev mal-estar subj. 2013;13(1-2):369-386.

13 Junior GAF, Melani RH, Carvalho SG. Transtorno de apego reativo em crianças institucionalizadas. Psicol argum 2012;30(70):431-439.

Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

14 Avoglia HRC, Silva AM, Mattos PM. Educador social: imagem e relações com crianças em situação de acolhimento institucional. Rev mal-estar subj. 2012;12(1-2):265-292.

15 Tomás DN, Vectore C. Perfil mediacional de mães sociais que atuam em instituições de acolhimento. Psicol ciênc prof. 2012;32(3):576-587.

16 Lanzillotta P, Rocha RP. Análise das habilidades funcionais de crianças em entidade filantrópica. Rev Soc Bras Clin Med. 2011;9(2):121-3.

17 Magalhães CMC, Costa LN, Cavalcante LIC. Percepção de educadores de abrigo: o seu trabalho e a criança institucionalizada. Rev bras crescimento desenvol hum. 2011;21(3):818-831.

18 Gabatz RIB, Padoin SMM, Neves ET, Terra MG. Fatores relacionados à institucionalização: perspectivas de crianças vítimas de violência intrafamiliar. Rev gaúch enferm. 2010;31(4):670-7.

19 Cavalcante LIC, Magalhães CMC, Pontes FAR. Processos de saúde e doença entre crianças institucionalizadas: uma visão ecológica. Ciênc saúde coletiva. 2009;14(2):615-625.

20 Koumi MAEL, Ali YF, Banna EAEI, Youssef UM, Raya YMR, Ismail AA. Psychiatric Morbidity among a sample of orphanage children in Cairo. Int J Pediatr. [internet] 2012 [cited 2017 Mar 25];2012:[7 screens]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3523538/pdf/IJPED2012-141854.pdf.

21 Dyette K, Akhtar MN. Understanding institutionalized children in a developing country: exploration of trauma and attachment at an orphanage in India. J Am Psychoanal Assoc. [internet] 2015 Jun [cited 2017 Mar 25]; 63(3):14-9. Available from: http://journals.sagepub.com.

22 Mackenzie MJ, Gearing RE, Schwalbe CS, Ibrahim RW, Brewer KB, Sharaihah RA. Child mental health in Jordanian orphanages: effect of placement change on behavior and caregiving. BMC pediatr (Online). [internet] 2014 Dec [cited 2017 Mar 25];14:316. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4278229.

23 Wright AC, Lamsal D, Ksetree M, Sharma A, Jaffe K. From maid to mother: transforming facilities, staff training, and caregiver dignity in an institutional facility for young children in Nepal. Infant Ment Health J. [internet] 2014 Mar-Apr [cited 2017 Mar 25];35(2):132-143. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/imhj.21429.

24 Rus AV, Stativa E, Pennings JS, Cross DR, Ekas N, Purvis KB, Parris SR. Severe punishment of children by staff in Romanian placement centers for school-aged children: effects of child and institutional characteristics. Child abuse negl. [internet] 2013 Dec [cited 2017 Mar 25];37:1152-62. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.003.

25 Mccall RB, Groark CJ, Fish L, Muhamedrahimov RJ, Palmov OL, Nikiforova NV. Maintaining a social emotional intervention and its benefits for institutionalized children. Child Dev. [internet] 2013 Sep-Oct [cited 2017 Mar 25];84(5):1734-49. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3706532.

26 Tirella LG, Miller LC. Self regulation in newly arrived international adoptees. Phys occup ther pediatr. [internet] 2011 Aug [cited 2017 Mar 25];31(3):301-14. Available from: http://informahealthcare.com/potp.

27 Cruz, EJS, Dias GB, Pedroso JS. Estudo do Ages and Stages Questionnaires com cuidadores de crianças institucionalizadas. Psico USF. 2014; 19 (3): 411-420.

28 Lima, SCC. O trabalho do cuidado: uma análise psicodinâmica. Rev psicol organ trabalho. [internet] 2012 [acesso em 2017 Mar 25]; 12(2): 203-216. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v12n2/v12n2a06.pdf

29 Cavalcante LIC, Costa LN, Magalhães CMC. Caretaking behavior among siblings in children's shelters. Psicol reflex crit. 2012; 25(1): 165-173.

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

61.INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR DPOC EM IDOSOS RESIDENTES NA 4ª CRS-RS E SEUS CUSTOS NO ÂMBITO DO SUS

HOSPITAL INTERVENTIONS FOR DPOC IN ELDERLY RESIDENTS AT THE 4 CRS-RS AND ITS COSTS UNDER THE SUS

LA HOSPITALIZACIÓN DE DPOC EM ADULTOS MAYORES DE LA 4 CRS-RS Y SUS COSTOS EN EL SUS

BARROS, Iarema Fabieli [11];WEILLER, Teresinha Heck [2] ;BECK, Carmem Lúcia Colomé [3]

Introdução: A população idosa brasileira vem apresentando crescimento significativo nas últimas décadas. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população será de aproximadamente 64 milhões de indivíduos no ano de 2050, representando 29,7% da população total do país[1]. Como consequências dessa alteração no perfil etário da população, são previstas maiores pressões fiscais sobre os sistemas públicos de saúde e previdência, gerando uma grande demanda de serviços de saúde, que ocasionará, por vez, aumento em gastos com cuidados médicos e de internações hospitalares[2]. Nesse cenário, tem-se a população idosa do Rio Grande do Sul com crescimento significativo. Somente nos últimos dez anos, a proporção de pessoas acima de 60 anos no estado cresceu 47%, enquanto a população total, apenas 15%. O contingente de idosos está vivendo em média 75 anos, totalizando 1,4 milhão de pessoas. Da mesma forma, a população dos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ªCRS-RS), que hoje representa 563.653 habitantes, vem crescendo e, destes, 11,62% (62.456) são idosos[3]. Diante disso, doenças respiratórias crônicas afetam uma parcela significativa de idosos em todo o mundo, com prevalência considerável de internações e custos elevados ao sistema único de saúde (SUS). Dentre essas doenças está a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), que ao longo dos últimos anos, teve destaque em vista de sua importância como fator de morbidade e mortalidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a DPOC afeta 210 milhões de pessoas no mundo, com cerca de 64 milhões de casos sintomáticos[4]. Frente à isso, na década de 70 foi implantado no Brasil o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), também conhecido como AIH (Autorização de Internação Hospitalar), que possui informações sobre o atendimento prestado em toda a rede nacional financiada pelo setor público. Os dados produzidos pelo SIH-SUS são de fácil acesso, disponibilizados livremente e abrangendo todo o país. Dessa forma, delinear o perfil e as estatísticas de hospitalizações de idosos poderá servir como modelo para elaborar estratégias mais eficazes de promoção da saúde e prevenir agravos. **Objetivo**: O presente estudo buscou analisar as internações hospitalares referentes a doenças respiratórias crônicas em idosos residentes na 4ª CRS-RS e seus custos correspondentes no âmbito do SUS no período de 2008 a 2014. **Metodologia**: Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo de dados secundários publicados pelo

[1] Fisioterapeuta, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil. iaremafabi@hotmail.com
[2] Enfermeira, Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Pró-Reitora de Extensão, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.
[3] Enfermeira, Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

Ministério da Saúde (MS) de forma online pelo DATASUS referente às internações decorrentes de doenças respiratórias crônicas que envolvam idosos, residentes nos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ªCRS), no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2014. Os dados utilizados foram extraídos do Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), construídos com informações provenientes da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento obrigatório que habilita as internações realizadas no SUS. Esses dados foram obtidos nos arquivos públicos e encontram-se disponíveis para download pela Internet, na homepage do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). As características sobre a população residente nos municípios na 4ª CRS no período do estudo são conforme o Censo Brasileiro de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva (frequências absolutas e percentuais). Para caracterizar as internações por distúrbios respiratórios crônicos foram considerados os códigos contidos no Capítulo X da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde em sua décima revisão (CID-10)[5]. A lista de morbidades está descrita no CID-10 da seguinte forma: Bronquite aguda e bronquiolite aguda (J20-J21); Bronquite enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (J40-J44) Asma (J45-J46); Bronquiectasia (J47). No estudo, foram analisadas as internações por doenças respiratórias considerando, sexo, faixa etária, lista de morbidade, município e valor total de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH's) pagas. Foram excluídos da pesquisa os dados referentes a pessoas com idade ignorada Este estudo foi submetido ao comitê de ética da Universidade Federal de Santa Maria e aprovado sob o nº 909.905, mesmo se tratando de uma pesquisa utilizando o banco de dados de domínio público. **Resultados**: O número total de internações por doenças respiratórias de idosos residentes na 4ª CRS-RS no período de 2008 a 2014 foi de 7.111 internações. Dessas, 56,97% (4.051) ocorreram em pessoas do sexo masculino e 43,03% (3.060) em pessoas do sexo feminino, sendo que o número de internações masculinas permaneceu superior ás internações femininas durante todo o período analisado. Com relação ao valor total de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pagas (R$ 3.838.557,86), pode-se observar que 57,25% (R$ 2.197.555,56) foram destinados para o sexo masculino e 43,03% (R$ 1.641.002,30) para o sexo feminino. Além disso, houve uma redução de 29,65% dos valores totais de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pagas. Dentre a lista de morbidades CID-10, a DPOC contribuiu com a maior proporção de internações hospitalares por doenças respiratórios, correspondendo a aproximadamente, 94,22% do total de internações. Essas ocorreram mais na faixa etária de 70 a 79 anos e foram mais prevalentes nos municípios de Santiago, Agudo, São Francisco de Assis, São Sepé, Restinga Seca, Santa Maria, Nova Palma, Júlio de Castilhos, Jaguari e Cacequi. **Conclusões**: As doenças respiratórias crônicas são responsáveis por uma grande parcela e carga da morbimortalidade do Brasil. Geram elevados custos ao serviço público, além de inúmeros desafios os gestores que precisam dar conta dessa demanda. O Brasil conta com um sistema de vigilância e monitoramento para as doenças respiratórias crônicas, mas que precisa de profissionais e agentes de transformação que ponham em prática e atuem conjuntamente aos programas e ferramentas disponíveis, além da formação de parcerias para promoção da saúde. Reduzir as internações hospitalares com ações preventivas faz com que a qualidade de vida das pessoas idosas também se modifique positivamente, diminuindo o número de internações, melhorando os padrões de morbidade e produzindo uma redução da mortalidade nas faixas etárias mais avançadas. Este estudo apresenta como limitação o fato de que o sistema abrange apenas informações das internações em

instituições públicas e conveniadas ou contratadas pelo SUS, focando no faturamento e está sujeito ao preenchimento inadequado de prontuário. Dessa forma, os estudos epidemiológicos são essenciais para identificar problemas prioritários, de modo a orientar decisões relativas à definição de prioridades para intervenção, proporcionando maior resolubilidade ao serviço. Medidas de saúde pública que objetivem uma melhor atenção ao idoso não precisam, necessariamente, elevar as despesas com saúde, mas sim substituir a quantidade de procedimentos de internação pela qualidade desse serviço, reduzindo assim as taxas de utilização e, consequentemente, o paciente voltará menos vezes à unidade hospitalar.

DESCRITORES: Idoso; Doença crônica; Hospitalização; Morbidade

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

Referências

[1] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Resultados do Censo 2010 [Internet]. Disponível em: http:// www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php.

[2] Mesquita et al, Internações e complicações apresentadas por idosos em hospital de referência em doenças infecciosas, Rev Epidemiol Control Infect. ;5(1):23-30, 2015.

[3] Ministério da Saúde Datasus [Internet]. Brasília: Indicadores Demográficos segundo o IBGE e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2015.

[4] Alves, CG. Análise de tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas – Brasil 2000 a 2011 [manuscrito] 2014. xv, 83 f.

[5] Ministério da Saúde (Brasil). Organização Mundial de Saúde. CID-10. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima Revisão. São Paulo; 1998. EDUSP. 969-107. Brasília.

62.MEDIDAS DE PREVENÇÃO E ORIENTAÇÕES QUANTO AO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PREVENTION MEASURES AND GUIDELINES FOR THE RISK OF FALLS IN ELDERLY: EXPERIENCE REPORT

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y DIRETRICES PARA LA RIESGO DE CAÍDAS EN LOS ANCIANOS: RELATO DE EXPERIENCIA

POZZATTI, Luana[1]; BEUTER, Margrid[2]; BRUINSMA, Jamile Lais[3]; JACOBI, Caren da Silva[4]

Introdução: A população mundial está envelhecendo, o que leva ao aumento do contingente de pessoas idosas. As alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento, com ao passar dos anos, podem vir a causar limitações ao desempenho de atividades básicas da vida diária e levar a ocorrência de quedas. Destacam-se as alterações nos sistemas visual e vestibular, sistema nervoso central, sistema musculoesquelético e ósseo.[1] A queda é definida como um deslocamento não intencional que o corpo assume, determinado por eventos ou circunstâncias de fatores diversos, que por sua vez acabam por comprometer a estabilidade da pessoa.[2] O evento da queda pode se dar por diferentes fatores, envolvendo condições intrínsecas e/ou extrínsecas. Os fatores intrínsecos podem ser entendidos como as alterações fisiológicas que são normais do avançar de idade da pessoa. Enquanto os fatores extrínsecos estão relacionados aos ambientes inseguros, presença de escadas, iluminação inadequada, tapetes soltos, lugares mal planejados e construídos, obstáculos (pisos mal conservados, fios soltos, degraus altos), ausência de corrimãos, áreas que deslizam facilmente.[3] Os fatores extrínsecos são mais comuns no cotidiano, pois ocorrem devido aos hábitos e comportamentos adotados pelas pessoas. Para o profissional de saúde atuar no sentido de diminuir os riscos de quedas de pessoas idosas é necessário que conheça o cotidiano desses indivíduos para, então, planejar medidas de prevenção. Assim, é importante dialogar com o idoso e sua família por meio da educação em saúde, a fim de elaborar estratégias que facilitem a segurança e propiciem um ambiente mais seguro, levando em consideração as dificuldades e limitações de cada indivíduo.[4] **Objetivo:** Relatar a experiência adquirida pela acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) em atividades de educação em saúde com pessoas idosas quanto ao risco de quedas e as medidas de prevenção. **Metodologia:** As atividades desenvolvidas pela acadêmica fazem parte de um plano de ação, que é uma das atividades propostas pela disciplina de Estágio Supervisionado II, do último semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. A acadêmica elaborou o plano de ação cujo objetivo é de dialogar com pessoas idosoas que tenham sofrido quedas ou que tenham experiências com quedas de seus familiares, vizinhos ou amigos acerca deste evento, assim como tirar dúvidas daqueles que tenham afinidade com o assunto. As atividades estão sendo colocadas em prática durante o estágio de final de curso em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Durante o mês de março foram realizadas

[1]Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: luanapozzatti@gmail.com

[2]Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGENF/UFSM).

[3]Enfermeira. Doutoranda do PPGENF/UFSM.

[4]Enfermeira. Doutoranda do PPGENF/UFSM.

conversas com um grupo de idosos que participam de atividades físicas propostas pelos profissionais da UBS e com idosos que buscam atendimento na Unidade. Para que fosse possível a operacionalização destas atividades com os idosos, a acadêmica apresentou o plano de ação aos profissionais que atuam no local e pactuou o início das atividades com a sua participação no grupo de atividades físicas, no qual os participantes são em sua maioria idosos. Nesse grupo são realizados exercícios alongamento e relaxamento, ministrados por uma fisioterapeuta e auxiliados pelo técnico em enfermagem. A duração da atividade é de aproximadamente 30 minutos. Após a finalização da programação, a acadêmica convidou os idosos para uma conversa sobre a temática das quedas. Então eles aceitaram iniciando-se o diálogo sobre suas experiências com quedas, receios e dúvidas. Durante o horário de funcionamento da UBS diversos idosos buscam atendimento para verificar pressão arterial, realizar curativos, verificar glicemia, aplicar injeções, dentre outros procedimentos. São nesses momentos que a acadêmica inicia o diálogo com os idosos e familiares sobre o risco de quedas e as medidas de prevenção e ouve as histórias daqueles que vivenciaram a queda. **Resultados:** A acadêmica passou então, a realizar as atividades junto com aos idosos que participam do grupo na UBS. Após os encontros era realizada uma roda de conversa com os idosos que aceitassem falar sobre sua experiência com quedas. Para embasar o diálogo sobre a temática utilizou-se dois materiais didáticos sobre quedas: "Cair de maduro é só para fruta" e "Manual de prevenção de quedas", ambas são iniciativas do Estado São Paulo. Esses manuais possibilitaram maior domínio e conhecimento sobre quedas, como acontecem e possíveis orientações para que seja possível a prevenção das quedas. Alguns idosos relataram que já haviam sofrido quedas em seu ambiente domiciliar ou na rua, outros tiveram experiências com familiares mais velhos, e alguns que não tiveram essa experiência demonstravam interesse no assunto, participando ativamente da conversa. Os idosos que já sofreram quedas contaram como aconteceu, destacou-se o dormitório como local frequente em que os idosos caíram ao tentar levantar da cama. Esses idosos relataram sentirem tontura ao realizar tal atividade, a partir disso sugeriu-se que antes de levantar poderiam sentar-se na cama, para se localizar e assim deixar a tontura passar e levantar com mais segurança. Também foi comentado sobre a iluminação do quarto, como facilitar o acesso para acender as lâmpadas do local, deixar um abajur de mesa ao lado da cama, ou serem também instalados interruptores próximos a cama para facilitar o acesso de ligar a luz do quarto. Os idosos que tiveram a experiência de quedas com familiares mais velhos relatavam que seus parentes são "teimosos", que não querem ajuda para tomar banho, por exemplo. Um exemplo citado durante a conversa foi de um idoso de 62 anos que relatou que seu tio de 92 anos que mora junto com sua família quer sempre tomar banho sozinho, mas em várias situações já caiu, por ser o box do banheiro um local molhado e fácil de resvalar e por não ter firmeza e força para realizar essa atividade. Foram comentados sobre o uso de tapetes antiderrapantes no box do banheiro, chinelo de borracha e sobre a instalação de barras de apoio nas laterais do banheiro para deixar o banheiro com maior segurança. Durante a presença da acadêmica, muitos idosos procuraram atendimento na Unidade, dentre eles, uma mulher de 87 anos que caiu da própria altura no pátio de casa, enquanto sua cuidadora a deixou sozinha, a idosa resolveu caminhar pelo pátio e sofreu a queda. A idosa machucou seus joelhos e o braço direito, e, então, realizava os curativos a cada dois dias na Unidade, pois são ferimentos que necessitam de cobertura especial. Durante a realização dos curativos a acadêmica conversava com a idosa e sua filha, que sempre acompanha a mãe, para conhecer a história delas e posteriormente dialogar sobre as medidas de prevenção que poderiam ser

tomadas no domicílio para que não houvesse novas quedas. **Conclusão:** A partir dessas atividades educativas, a acadêmica percebeu a participação ativa dos idosos durante as conversas, pois eles interagiam e contavam suas experiências a fim de obter maiores informações sobre o assunto, isso demonstrou a importância de conhecer a história dos idosos para um melhor planejamento da assistência frente a ocorrência de quedas e medidas de prevenção desses eventos. A continuidade de ações educativas sobre quedas em idosos pelos profissionais da saúde, dentre eles o enfermeiro que atua na atenção primária à saúde é essencial para que se reduza a taxa de quedas em idosos.

DESCRITORES: Quedas; Idoso; Enfermagem.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências:

1. Esquenazi D, Silva SB, Guimarães MA. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto [Internet].2014 [citado 2017 Abr 06]; 13(2): 11-20. Disponível em: http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/10124

2. SILVA TL, MARTINEZ EZ, MANÇO ARX, JUNIOR APS, ARRUDA MF. A associação entre a ocorrência de quedas e a alteração de equilíbrio e marcha em idosos. Revista Saúde e Pesquisa [Internet]. 2014 [citado 2017 Abr 02]; 7(1): 25-34. Disponível em: http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3169

3.KORNHONEN N, NIEMI S, PALVANEN M, PARKKARI J, SIEVANEN H, KANNUS P. Declining age-adjusted incidence of fall-induced injuries among elderlyFinns. Age Ageing [Internet]. 2012 [citado em Abr 03]; 41(1): 75-9. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22113944

4.OLIVEIRA PR, OLIVEIRA AC, DIAS AR, ROCHA CV. Conhecimento do cuidador sobre prevenção de quedas em idosos. Revista de Enfermagem UFPE [Internet]. 2016 [citado em Abr 02]; 10(8) 585-592. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7073/pdf_9604

63.METODOLOGIAS ATIVAS NA PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

METHODOLOGIES ACTIVE IN POST GRADUATION IN NURSING

MÉTODOS EN ACTIVO DESPUÉS DE LA GRADUACIÓN DE ENFERMERÍA

Buss, Eliana[1];Escobal, Ana Paula de Lima[2]; Palmeiras, Graciela de Brum[3]; Soares, Marilu Correa[4] ; Heck, Rita Maria[5].

Introdução: é um desafio superar a historicidade da formação dos profissionais de Enfermagem, pautada no uso de metodologias conservadoras (ou tradicionais), sob forte influência do mecanicismo de inspiração cartesiana-newtoniana, fragmentado e reducionista. Mente e corpo foram separados e por consequência também o conhecimento foi dividido em especialidades em busca da eficiência técnica. No Brasil, Paulo Freire viria a estimular o desenvolvimento de uma Pedagogia Problematizadora, embasada em uma concepção defendida como dialética, em que educando e educador aprendem juntos, em uma relação dinâmica na qual a prática, orientada pela teoria, reorienta essa teoria, num processo de constante aperfeiçoamento. Freire enfatiza também a categoria pedagógica da conscientização, por meio da educação, para a formação da autonomia intelectual do cidadão com intuito de intervir sobre a realidade, sendo a educação, um ato político.(1) Assim entram em cena as Metodologias Ativas defendidas por Paulo Freire quando afirma que na educação de adultos, o que impulsiona a aprendizagem é a superação de desafios, a resolução de problemas e a construção do saber novo a partir de conhecimentos e experiências prévias dos indivíduos.(2) As metodologias ativas são definidas como processos interativos de conhecimento, estudos, pesquisas, análises e decisões individuais ou coletivas, com a finalidade de encontrar soluções para um problema, confrontam o ensino tradicional das faculdades, caracterizado por retenção de informação, disciplinas fragmentadas e avaliações que exigem memorização. É uma concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivos, no qual o educando participa e se compromete com seu aprendizado.(2) **Objetivo:** Relatar a vivência de pós-graduandas na disciplina de Práticas de Atenção, Ensino e Pesquisa em Enfermagem e Saúde vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas **Metodologia:** A participação das discentes na disciplina foi no primeiro semestre de 2016 e a mesma apresentava como objetivos: contextualizar a historicidade da Enfermagem, sua evolução enquanto ciência e arte do cuidado relacionando o processo de ensino aprendizagem e analisar o contexto histórico e social das práticas em Enfermagem e Saúde dos anos 1900 até a atualidade. Os encontros eram quinzenais e a bibliografia utilizada foi dividida em quatro momentos, a saber: O contexto histórico e social das práticas sociais em Enfermagem e Saúde de 1900-1980; Contexto

[1] Enfermeira. Mestre em Gestão de Políticas Públicas pela Universidade do Vale do Itajai. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. E-mail: busseliana@yahoo.com.br
[2]Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Pelotas. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.
[3]Enfermeira. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. Doutoranda do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.
[4]Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora Associada I da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.
[5]Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Titular da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

histórico e social das práticas sociais em Enfermagem e Saúde de 1981-2000; Contexto histórico e social das práticas sociais em Enfermagem e Saúde em 2001 à atualidade; e, à Enfermagem e as inserções atuais. Desta forma, os discentes eram divididos em grupos de aproximadamente quatro pessoas, sendo disponibilizado, pelas facilitadoras, três artigos referentes ao contexto histórico que seria trabalhado, no encontro posterior os discentes deveriam entregar uma resenha crítica impressa e apresentar aos demais colegas e facilitadoras as suas percepções que subsidiavam. Cabe ressaltar, que um dos principais desafios da disciplina em questão, foi que a apresentação não poderia ser em forma de texto, ou seja, desde o cabeçalho dos slides até o fim da apresentação deveriam ser por meio de figuras, fato que provocou desconforto em um primeiro momento, pois escrever um texto faz parte da rotina de um pós-graduando, porém descrever o texto em forma de figuras foi uma tarefa desafiante e recompensadora, além disso, as apresentações poderiam ser por meio de teatro, dinâmicas, em fim os discentes deveriam lançar mão de outros artefatos que não fossem uma apresentação pontual de textos. **Resultados:** por meio da literatura, das apresentações e das discussões foi possível perceber que no Brasil as primeiras instituições de ensino superior surgiram a partir de 1808, devido à vinda da família real para o país. Entretanto, somente em 1920 com o decreto de nº 14.343, de 7 de setembro deste mesmo ano é instituída a Universidade do Rio de Janeiro, hoje Universidade Federal do Rio de Janeiro, que reunia a Escola Politécnica, a Faculdade de Medicina e a Faculdade de Direito, que surgira a partir da fusão da Faculdade Livre de Direito e da Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais.[3] Nesse contexto, a construção do saber em Enfermagem no Brasil se desenvolveu em cinco fases.[4] A primeira denominava-se Enfermagem pré-profissional, chamada de modelo religioso, em que o saber era traduzido pelos procedimentos caseiros. A segunda: modelo vocacional e disciplinar de Florence Nightingale – a Enfermagem moderna. A terceira: Enfermagem funcional, com foco na assistência, prevaleceu até meados de 1940, concomitante a transição do capitalismo liberal para monopolista e pelo desenvolvimento industrial. Em 1931 a legislação brasileira assinou o Decreto 20109/31, que passou a regulamentar a prática da Enfermagem no Brasil. Em 1933, foi fundada no Rio de Janeiro a Escola de Enfermagem Carlos Chagas. A Escola Anna Nery foi incorporada em 1937 fixando condições para a equiparação das escolas à Escola Anna Nery a condição de padrão oficial de ensino de Enfermagem, tendo o curso três anos de duração e inserindo definitivamente o ensino de nível superior a Enfermagem. A quarta fase: apresentou a ênfase no trabalho em equipe e na organização de princípios científicos, desenvolveu-se entre 1940 e 1960, logo após o término da 2ª Guerra Mundial. O aumento das escolas já era percebido em 1939, ano em que havia sete escolas de Enfermagem no Brasil e em 1949 esse número passou para vinte e três. A partir de 1950 houve uma subdivisão dos trabalhos de Enfermagem, em enfermeiros responsáveis pelas funções administrativas, burocráticas, técnicos, auxiliares e atendentes de Enfermagem encarregados do cuidado ao cliente, sendo necessária a fundação de escolas técnicas para o ensino destas profissões, nas quais as aulas são até os dias atuais ministradas por enfermeiras com Graduação em universidades. Quinta fase: foi marcada pela criação das Teorias de Enfermagem iniciou-se na década de 1960, até a contemporaneidade.[4] Trinta e cinco anos após a fundação da primeira escola de Enfermagem brasileira passou-se a ter um ensino institucionalizado, iniciando a construção do conhecimento de Enfermagem no Brasil. Para tanto, o ensino de Enfermagem passa a ser de responsabilidade das enfermeiras graduadas que seguem uma estrutura curricular especializada em Enfermagem clínica e saúde pública. Somente em 1961, com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional 4.024/1961, o currículo do curso

passa a exigir do candidato a formação secundária completa. No que tange ao currículo de Enfermagem a partir da década de 1940 até 1960 ele passa a dar ênfase ao trabalho em equipe e na organização de trabalhos científicos. Outra mudança curricular aconteceu em 1994, após o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) juntamente com a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), propuseram um currículo mínimo para a formação do enfermeiro, sendo homologado com a implantação da Portaria 1721/94, onde o currículo passa a ter 3500 horas, estágio supervisionado nos dois últimos semestres e tempo mínimo de conclusão de quatro anos e máximo de seis anos.(5) De acordo com Conselho Nacional de Educação, os cursos organizaram os seus currículos com os conteúdos divididos em três partes e por ordem a serem administradas, tendência seguida por todo Brasil, com mudanças apenas nos nomes das disciplinas, mas com o mesmo conteúdo.(5) Com essa nova estruturação, os egressos de enfermagem passaram a ter uma visão holística e ética do indivíduo, saúde e doença. Com a Lei de Diretrizes e Bases da Enfermagem (LDBEn) a grade curricular foi novamente alterada em 1997 e 2009, junto com o Decreto 2207/97, que determina que as instituições de nível superior tenham docentes titulados desde pós-graduados até doutores em Enfermagem.(5) **Conclusões:** A participação na disciplina nos possibilitou compreender o quanto os aspectos históricos e sociais da Enfermagem, influenciaram na formação e nas práticas que realizamos na atualidade. Visto que, a evolução da Enfermagem acompanha o aprimoramento da Política Pública de Saúde do Brasil, iniciando com uma assistência hospitalocêntrica, especializando-se por meio da fragmentação do conhecimento e atualmente com o olhar para a educação em saúde a fim de promover melhoria dos índices epidemiológicos cumprindo o que orienta as diretrizes do atual Sistema Único de Saúde. Assim, é coerente que se resgate o ensino desta profissão que cada vez mais vem se firmando enquanto indispensável na transformação da realidade social, por meio do pensamento inovador, voltado para o cuidado integral ao ser humano, inserida em vários espaços da comunidade, demonstrando que saúde é muito mais que o bem estar biopsicossocial por meio de suas pesquisas. Constatou-se que a participação na disciplina foi de suma importância, pois possibilitou a reflexão quanto à realização das práticas atuais na docência, estão relacionadas às questões históricas, além disso, a metodologia utilizada nos encontros despertou o interesse para novas formas de promover o saber.

DESCRITORES: Enfermagem; ensino; educação em saúde

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1 Freire, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.

2 Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina. 2011 jan/jun; 32(1): 25-40.

3 Severo DF, Siqueira HCH de. Interconexão entre a história da graduação em enfermagem no Brasil e o pensamento ecossistêmico. Rev bras enferm 2013 abr**;** 66 (2): 278-81.

4 Meyer DE. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio histórica. In: Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE, organizadoras. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995 p. 63-78.

5 BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. 2009.

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

64.MODELOS DE GESTÃO EM ENFERMAGEM NO SERVIÇO HOSPITALAR E NA ATENÇÃO BÁSICA

MODELS OF MANAGEMENT IN NURSING IN HOSPITAL SERVICE AND BASIC ATTENTION

MODELOS DE GESTIÓN DE SERVICIO DE ENFERMERÍA HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

SCHNEIDER, Fabiéli Vargas Muniz[1]; SILVA, Luiz Anildo Anacleto da[2]; SANTOS, Luana Escobar dos[3]; OLIVEIRA, Isabel Cristine[4]; PETRY, Letícia[5]; MARCO, Vera Regina De[6]; VIEIRA, Yohana Pereira[7]

Resumo

Introdução: A gestão abordada está voltada ao campo de trabalho ocupado por profissionais com atribuições e responsabilidades, que envolvem desde a coordenação dos diversos recursos até a equipe de trabalho a fim de garantir os resultados esperados pela instituição. O objetivo do presente estudo foi conhecer os modelos de gestão na enfermagem do serviço hospitalar e da atenção básica. Metodologia: Estudo de abordagem qualitativa, descritiva. Os participantes da pesquisa foram enfermeiros do serviço hospitalar e da atenção básica de uma cidade do norte do estado do Rio Grande do Sul. Para a apreciação e interpretação dos dados, utilizou-se o método de análise temática de dados. Resultados/Discussão: evidencia o estudo, que nos serviços hospitalares utiliza-se um modelo de gestão mais centralizador, enquanto que na atenção básica o sistema de gestão é de configuração mais democrática. Conclusão: Conclui-se que a escolha pelo modelo de gestão, esteja também vinculada ao processo de trabalho.

DESCRITORES: Enfermagem; Gestão; Saúde.

Abstract

Introduction: The management is focused on the field of work occupied by professionals with assignments and responsibilities, from the coordination of the various resources to the work team in order to guarantee the expected results of the institution. The objective of the present study was to know the management models in the nursing of the hospital service and the basic care. Methodology: Qualitative, descriptive study. The research participants were nurses of the hospital service and attention basic care of a city in the northern state of Rio Grande do Sul. For data appreciation and interpretation, the thematic data analysis method was used. Results / Discussion: the study shows that, in hospital services, a more centralized management model is used, while in

[1] Acadêmica de Enfermagem. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET)/Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/ Campus Palmeira das Missões. fabielivargasmuniz_@hotmail.com
[2] Enfermeiro. Doutor. Docente do Departamento de Ciência da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/ Campus Palmeira das Missões.
[3] Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/ Campus Palmeira das Missões.
[4] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
[5] Acadêmica de Enfermagem. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET)/Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/ Campus Palmeira das Missões.
[6] Acadêmica de Enfermagem. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET)/Enfermagem. 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.

attention basic care the management system is more democratic in configuration. Conclusion: It is concluded that the choice by the management model is also linked to the work process.

DESCRITORES: Nursing; Management; Health.

Resumen

Introducción: La gestión acercado se centra en el campo de trabajo ocupado por profesionales con funciones y responsabilidades, que involucra desde la coordinación de los distintos recursos a un equipo de trabajo para asegurar los resultados esperados por la institución. El objetivo de este estudio fue conocer los modelos de gestión en enfermería del hospital y la atención primaria. Método: Estudio cualitativo, descriptivo. Participantes en el estudio eran enfermeras del hospital y de atención primaria de una ciudad del norte en el estado de Rio Grande do Sul. Para la evaluación e interpretación de los datos, se utilizó el método de análisis de datos tema. Resultados / Discusión: muestra el estudio, que los servicios hospitalarios que utilizan un modelo de gestión más centralizada, mientras que en el sistema de gestión de la atención primaria es el ajuste más democrático. Conclusión: Se concluye que la elección del modelo de gestión, también está relacionado con el proceso de trabajo.

DESCRITORES: Enfermería; Gestión; Salud.

Introdução

Neste estudo, a intenção é trabalhar com os preceitos teóricos que envolvem a gestão, em especial, a gestão em enfermagem e os modelos de gestão/gerenciamento, tendo como base teórica de sustentação do estudo, os modelos de gestão concebidos como: racional, histórico-social e de governança requer um breve conhecimento dentro desse cenário.[1]

A gestão abordada está voltada ao campo de trabalho ocupado por profissionais com atribuições e responsabilidades, que envolvem desde a coordenação dos diversos recursos até a equipe de trabalho a fim de garantir os resultados esperados pela instituição.[2] Contemporaneamente, o desafio da gestão em saúde, está na transcendência de um modelo de gestão focado na doença para um sistema centrado na saúde, para tanto, a previsão dos modelos de gestão precisam estar vinculadas a estas transformações.[3] O mesmo ainda amplia o conceito de gestão em saúde, ao afirmar que esta é um processo intenso de cognição para continuamente qualificar a atenção em saúde.[2]

Gerenciar os serviços de enfermagem “pressupõe a tomada de decisões, e esta depende do grau de autonomia do gerente de enfermagem e como se dá sua relação com as pessoas e com a própria política da instituição para desenvolver eticamente seu trabalho”.[1:19] A gerência do cuidado de enfermagem se articula com a assistência dos enfermeiros atuantes dos campos e se caracteriza pelas suas atividades que são voltadas a qualidade do atendimento nos serviços através do planejamento das ações e da articulação entre a equipe de saúde.[4] Estudos afirmam ainda que a gerência dos enfermeiros tenha se voltado a pessoas, equipes e ações relacionadas aos cuidados, envolvendo a coordenação e articulação das atividades realizadas pela equipe de saúde do serviço.[5]

Os modelos de gestão são determinados mediante a estruturação organizacional desejável, que pressupõem a opção por características de distribuição de poder, autonomia, comunicação e

tomada de decisão.[6] Os modelos os quais serão descritos incluem o modelo racional, modelo histórico social e modelo de governança.

O modelo racional tem como característica o foco nos sujeitos e nas instituições.[1] Está voltado para o desenvolvimento do conhecimento, principalmente, no que tange a capacitação técnica comprometida com o objetivo de subsidiar a prática assistencial, assim como, o desenvolvimento de habilidades para a produção científica, permitindo através desta, o contínuo aprimoramento profissional.[7]

No modelo histórico-social a gestão não está voltada somente para a organização e controle dos processos de trabalho, mas valoriza aspectos relacionados à apreensão e satisfação das necessidades de saúde da população e dos trabalhadores da equipe de enfermagem.[1]

Por outro lado tem-se o modelo de governança. Nesse estilo de gestão o profissional da enfermagem possui maior autonomia, comando e autoridade sobre as práticas de enfermagem na instituição.[6] Portanto, o objetivo está em conhecer os modelos de gestão na enfermagem do serviço hospitalar e da atenção básica.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa[8], descritiva[9] onde os participantes da pesquisa foram enfermeiros do serviço hospitalar e da atenção básica de uma cidade do norte do estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, gravada digitalmente, e posteriormente transcrita na íntegra, conforme demanda o método.

A definição do número de participantes deu-se por amostra intencional.[10] Os dados foram considerados saturados por unidade pesquisada quando se averiguou que os tipos de enunciados estavam sendo repetitivos e a coleta de novas entrevistas não agregaria novos elementos para a discussão em relação aos dados já existentes.[11]

Para a apreciação e interpretação dos dados, utilizou-se o método de análise temática de dados.[12] Esta, se constitui de três etapas, quais sejam: pré-análise - é a fase da organização e sistematização das ideias do material obtido no campo empírico de pesquisa; b) exploração do material – definem-se as unidades de registro, os recortes e as formas de categorização e codificação que orientarão a análise dos dados; c) tratamento dos resultados, a inferência e interpretação – na qual os resultados brutos foram tratados de maneira a serem significativos e válidos a partir de um referencial teórico.

Conscientes do que representa a dimensão ética na pesquisa, neste estudo foram tomados todos os cuidados que permeiam esta atividade. Sendo assim foi observado rigorosamente o que consta na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.[13] O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (parecer consubstanciado nº 1.815.771).

Resultados e discussão

Foram entrevistaram 16 enfermeiros, sendo nove trabalhadores da área hospitalar e sete oriundos da atenção básica. Os entrevistados da área hospitalar foram oito do sexo feminino e um masculino, a idade dos mesmos variou entre 22 a 52 anos de idade e o tempo de serviço na

instituição de 15 dias a 9 anos. Já na Atenção Básica entrevistou-se na sua totalidade enfermeiros do sexo feminino com idade entre 27 a 57 anos. O tempo de serviço na instituição variou entre dois anos e seis meses a 11 anos na atenção básica atual. Os critérios avaliados nas entrevistas envolveram a questão estrutural do serviço, a distribuição de tarefas, distribuição de folgas e trocas de turnos, aceitação de sugestões advindas da equipe e da administração superior, processo de decisão e a comunicação interpessoal na equipe de enfermagem.

A análise na instituição hospitalar permitiu identificar que em algumas situações todos os modelos de gestão são citados, porém prevalece uma concepção de gestão mais focada no modelo racional. Isso foi evidenciado pela maneira com que as decisões são realizadas dentro do serviço de saúde. Essa por sua vez quando necessita que sejam realizada estão centralizadas no responsável técnico que decide e posteriormente repassa as informações aos diversos setores do hospital.

Nesse contexto os gestores de saúde preocupam-se com a avaliação de qualidade e por isso, a operacionalização através das ferramentas e técnicas sistemáticas são necessárias, a fim de que o processo gerencial possa alcançar a visão racional e estratégica com enfoque na melhoria da assistência.[14] O modelo racional é seguido por instituições que objetivam uma administração baseada em princípios da técnica, objetivo e eficiência que este modelo prioriza, já que o hospital gera custos através do cuidado que presta aos usuários.[15] Esses princípios não estão correspondendo expectativas das equipes, incluindo também pacientes e instituições, pois tornam as ações repetitivas e sem harmonia, prejudicando a assistência de qualidade ao usuário.[5]

Já na atenção básica analisando os mesmos critérios do serviço hospitalar os modelos identificados foram histórico-social e governança. As enfermeiras caracterizaram seus serviços de maneira participativa entre toda equipe onde há uma conversa pensando na melhor maneira de conduzir determinada situação mesmo que por vezes a decisão final tenha que ser delas.

Sendo assim, no modelo histórico-social o gerenciamento do cuidado torna-se essencial que o profissional de enfermagem reconheça as necessidades dos usuários em suas diferentes formas e que desenvolva suas atividades gerenciais de maneira participativa e coletiva a fim de atingir os objetivos estabelecidos.[16] Para tanto, o enfermeiro que ocupa a posição de coordenador do grupo deve proporcionar momentos de reflexão nos espaços de interação.[17]

O ato de coordenar o cuidado realizado pelo enfermeiro deriva de um conjunto de ações com o usuário que, por sua vez incluem a orientação, controle e supervisão, garantindo as intervenções necessárias articuladas com a equipe de saúde.[4] Nessa perspectiva a gerência não está somente voltada às organizações e controle, mas a satisfação dos usuários frente às necessidades de saúde. Para isso torna-se essencial maior autonomia dos usuários e profissionais durante o processo de cuidado.[5]

Entre os princípios que regem o modelo denominado governança, está a participação e o envolvimento dos profissionais nos processos de gestão e tomada de decisão nas organizações e nos serviços de saúde, neste modelo de gestão, todos os sujeitos envolvidos devem estar tão comprometidos com os resultados.[4] O modelo de governança é potencializado a partir de vários fatores como a experiência e satisfação profissional, articulação entre assistência e gerencia e comunicação interpessoal.[14] Nesse aspecto, o enfermeiro deve ter autonomia e participação no processo de decisão para que possa gerenciar o cuidado em saúde do usuário.[4]

Considerações Finais

Através dos resultados apresentados é possível identificar a diferença dos modelos de gestão presentes entre a unidade hospitalar e na atenção básica. Enquanto que nos serviços hospitalares têm como modelo predominante sistema de gestão racional, por quanto, na atenção básica predomina os modelos de gestão histórico-social e governança. Essa disparidade de gestão entre os setores de saúde pode ser justificada pela complexidade de atendimento ou de recursos humanos presentes e que de certa forma influenciam diretamente na coordenação dessas equipes.

Nesse sentido é importante conhecer em quais serviços de saúdes esses modelos se apresentam compreendendo como funciona o sistema de coordenação entre equipes e assim a qualidade dos mesmos. Os dados preliminares do estudo, dão a entender que os modelos de gestão também estão vinculados ao processo de trabalho. Por fim, a limitação textual/análises apresenta fragilidades, razão que este estudo em construção.

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

Referências

1.Felli VEA, Peduzzi M.O trabalho gerencial na enfermagem In Kurgant, P. Gerenciamento em enfermagem / coordenadora Paulina Kurgant ; autoras Daisy Maria RizattoTronchin...[et al.] – 2.ed. - [Reimp.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

2.Moro CVM; Amador FS. O trabalho da gestão: notas sobre poder e subjetividade Rev. Psicol., Organ. Trab., abr-jun 2015, vol. 15 num 2., pp. 201-211.

3.Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

4.Santos JLG, Pestana AL, Guerrero P, Meirelles BSH, Erdmann AL. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013 Apr [cited 2016 Apr 17] ; 66(2): 257-263.

5.Santos JLG dos, Erdmann AL. Governance of professional nursing practice in a hospital setting: a mixed methods study. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 Apr 11] ; 23(6): 1024-1032.

6.Santos JLG, Erdmann AL. Governance of professional nursing practice in a hospital setting: a mixed methods study. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Apr 15] ; 23(6): 1024-1032.

7.Magnabosco G, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Rossaneis MA, Silva LGC. Opinião de egressos sobre o curso de residência em gerência dos serviços de enfermagem. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 73-80, ago. 2015.

8.Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 2. Ap. São Paulo: HUCITEC-ABRAMO, 2007.

9.Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1997.

10.Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed. 2011.

11.Fontanella Bruno Jose Barcellos, Luchesi Bruna Moretti, Saidel Maria Giovana Borges, Ricas Janete, Turato Egberto Ribeiro, Melo Débora Gusmão. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2011 Feb [cited 2017 Apr 11] ; 27(2): 388-394.

12.Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011.

13.Brasil, MS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466. Brasília: 2012.

14.Oliveira JLC, Matsuda LM. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade. Esc. Anna Nery [Internet]. 2016 Mar [cited 2016 Apr 19] ; 20(1): 63-69.

15.Jamra CCA, Cecilio LC, Oliveira CT. Os médicos e a racionalização das práticas hospitalares: novos limites para a liberdade profissional. Saúde debate [Internet]. 2016 Mar [cited 2016 Apr 19] ; 40(108): 86-94.

16.Xavier-Gomes LM, Andrade-Barbosa TL de, Silva CS, Lopes JR, & Leite MT de S. Prática gerencial do enfermeiro na estratégia saúde da família. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, p. 695-707, Dec. 2015.

17.Aued GK, Bernardino E, Peres AM, Lacerda MR, Dallaire Clémence, Ribas E N. Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2016 Feb [cited 2016 Apr 19] ; 69(1): 142-149.

64.NARRATIVA DA EXPERIÊNCIA DA PRÁTICA DOCENTE

NARRATIVE OF THE EXPERIENCE OF TEACHING PRACTICE

LA EXPERIENCIA DE LOS NARRATIVE DE LA PRÁCTICA DOCENTE

FAVERO, Natalia Barrionuevo[1];NIETSCHE, Elisabeta Albertina[2];CASSENOTE, Liege[3]

Introdução: as transformações históricas da sociedade propiciam à inovação nas estratégias de atuação no processo de ensino-aprendizagem, tendo em vista acompanhar a dinâmica mudança social. Desse modo, há exigência de transformar o cenário da educação para a contínua (re) construção do conhecimento, envolvendo aspectos da contemporaneidade e articulando com as demais formas de saber.[1] Assim, o papel dos educadores envolve compromisso, ética, responsabilidade com o processo de formação, além de suscitar que o educando busque novas referências do saber além da ofertada pelo educador, instigando à criticidade. A relação educador-educando não se limita a ensinar e aprender os conteúdos de uma disciplina, compreende a troca de aprendizagens possibilitadas pelo vínculo. Neste sentido que o processo de educar é desafiador e ensinar é um processo contínuo, complexo e prazeroso, resultante da troca de singulares saberes de diferentes sujeitos, momentos, recursos e objetivos, não se limitando, somente, à transmissão e memorização do conhecimento.[2] Para tanto, ser professor é uma tarefa que requer reconhecimento de sua complexidade e um desafio a ser enfrentado diante da possibilidade de avançar nos processos de qualificação no que tange à aprendizagem da docência. Assumir o papel de educador, mediador de conhecimentos para a formação de indivíduos perceptíveis do seu papel como cidadãos ativos e transformadores da realidade social, por meio da incitação à postura crítico-reflexiva e da troca de saberes, se exige habilidades e competências para efetivá-la. A partir deste contexto, as disciplinas de Estágio de Docência Orientada, presentes, no currículo do curso de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), propiciam aos mestrandos ambientes de formação que permitem o desenvolvimento profissional docente a partir da organização de um espaço de aprendizagem compartilhada entre graduação e pós-graduação. **Objetivo:** relatar a experiência de mestrandas no desenvolvimento de atividades de docência orientada na disciplina de Exercício de Enfermagem. **Resultados:** a vivência docente relatada neste trabalho concretizou-se após o cumprimento dos objetivos propostos na disciplina de Docência orientada, que corresponde parte integrante e obrigatória da formação do pós-graduando, objetivando a preparação para a docência e a qualificação do ensino de graduação. Na UFSM, os Programas/Cursos de Pós-Graduação prevê no mínimo, 30% da carga horária das respectivas disciplinas que deve ser elaborada por meio de um Plano de Docência aprovado pelo professor, orientador e deve apresentadas as unidades didáticas, metodologia a ser desenvolvida, recursos utilizados**,** bibliografia básica e complementar e formas de avaliação.[3]A disciplina Exercício de Enfermagem ministrada para o 3° semestre do curso de

[1] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem(PPGENF), da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (GEPES). E-mail:nathybf@hotmail.com

[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da da Universidade Federal de Santa Maria. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (GEPES).

[3] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem(PPGENF), da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (GEPES).

Enfermagem (UFSM) perfazendo duas horas semanais, tem como objetivo geral oferecer fundamentação teórica para conhecimento e reflexão crítica para a atuação profissional adequada frente aos aspectos legais, éticos e bioéticos no exercício da profissão. Além de identificar as leis que regem os comportamentos éticos para o profissional de enfermagem, e correlacionar os conceitos e princípios éticos e legais da prática do enfermeiro com base no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem. A abordagem com os graduandos foi operacionalizada por meio de aulas expositivas, dialogadas, dinâmicas e lúdicas, promovendo discussões e reflexões constantes acerca dos temas trabalhados em aula. Inicialmente buscou-se promover uma discussão com os acadêmicos sobre conceitos que permearam a disciplina durante o semestre, referente a compreensão dos conceitos de Ética, Bioética, Moral e Valor, trazendo uma contextualização histórica e aspectos da suas origens e desenvolvimento. A percepção humana acerca do mundo ocorre por meio da captação de instantes vividos por células sensoriais e posteriormente interpretados no cérebro. Dessa forma, percebe-se que a assimilação se efetiva por meio dos sentidos audição, tato, paladar, olfato e visão. Assim, facilitar o processo de aprendizagem envolve unir e estimular esses sentidos, de modo a facilitar a interpretação do conhecimento pelo cérebro.[4] Destaca-se, que a atividade utilizada para trabalharmos o Código de Ética da Enfermagem e a Lei do Exercício Profissional, em que foi proposto um trabalho em grupo, para que os acadêmicos construíssem uma história em quadrinho ou entrevistas, paródia/poema, caça palavra/palavra cruzada e dramatização para abordar os principais aspectos dos temas supracitados. Os alunos apresentaram a atividade lúdica aos colegas e professores, além do trabalho escrito, contendo a descrição de todo o desenvolvimento da atividade. Para os discentes, a realização das atividades foi identificada como "possibilidade para assumir um desafio", cuja proposta era trabalhar em equipe com diferentes sujeitos. O principal momento difundiu na divisão aleatória da turma em grupos, sendo necessário agruparem-se com diferentes personalidades, fugindo dos contextos próximos assumindo e compromissos pessoais a serem conduzidos para sintonia dos participantes. Assim, foi estimulada o mesclar de grupos por aproximação o que incentivou a tomada de decisão, identificação das singularidades de cada participante, planejamento e organização das atividades e criatividade ao construir em equipe o conhecimento acerca do tema proposto para uma apresentação para a turma de modo interativo. No transcorrer das aulas, foram realizadas oficinas e jogos para abordar os demais conteúdos propostos pela disciplina, tendo em vista enriquecer e dinamizar o processo avaliativo. A proposta foi de não limitar a atuação docente à atribuição de notas e provas, à medida que avaliar é uma atividade complexa, atende a funções pedagógico-didáticas, que diagnosticam o aprendizado tendo como recurso os instrumentos de verificação do rendimento.[5] Periodicamente as mestrandas e a docente responsável realizavam encontros para refletir e analisar as possibilidades que poderiam ser criadas para a aprendizagem dos conteúdos, a fim de considerar aspectos discentes que sinalizavam fragilidades e potencialidades de cada encontro. Desse modo, cabe ressaltar que: com relação a forma de avaliação da disciplina, a mesma se deu de forma dinâmica e aconteceu durante todo o seu processo, promovendo um feedback ao final das aulas, para que os alunos expusessem as potencialidade e fragilidades. A nota final foi composta considerando a presença, assiduidade, participação em aula, sínteses criticas dos textos solicitados, seminários (trabalho oral e escrito) e prova dissertativa. **Conclusões:** a enfermagem é uma área que preza pela excelência do cuidado a vida, tendo em seu cerne uma prática docente implícita, o caminhar entre docência e assistência,

configura um imperativo teórico-prático sem o qual tornaria difícil o exercício profissional na área. Nesse sentido, ao vivenciar a experiência da docência, concedidas ao processo de qualificação das mestrandas e doutoranda, fora possível perceber a relevância em atuar no sentido de aprimorar ações da prática docente. Exercer o papel de mediador, educador, facilitador, constitui uma atividade complexa à ser atingida quando não há o estabelecimento de critérios para alcançá-los. Assim, a prática docente propiciou aos pós-graduandos a aproximação com uma prática que, constantemente, necessita ser moldada a novas e exigentes perspectivas de ensino e metodologias de aprendizado no intuito de contemplar as expectativas dos estudantes que procuram aperfeiçoamento profissional.

DESCRITORES: Enfermagem; Educação; Ensino.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

DAVINI, M. C. Currículo integrado. 2009. Disponível em:<http://smeduquedecaxias.rj.gov.br/nead/Biblioteca/Forma%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Curr%C3%ADculo/pub04U2T8.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2015.

RANGEL, E.O. Boletim o salto para o futuro – Materiais pedagógicos. – São Paulo : TV Escola, nov. 2002.

Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde. Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Santa Maria, 2014. 28 p. online.

DA SILVA, A.L.; BONFANTI, C. Jardim de cores, cheiros e sabores: a importância dos sentidos no desenvolvimento e na aprendizagem infantil. REDIVI - Revista de Divulgação Interdisciplinar do Núcleo das Licenciaturas, 2013. Disponível em: <http://siaiap32.univali.br/seer/index.php/redivi/article/view/5086/4263>.Acesso em: 18 jun de 2016.

LIBÂNEO, José Carlos. Didática. São Paulo: Cortez, 1994. 2ª edição.

66.NO INÍCIO FOI UM CHOQUE: O TORNAR-SE MÃE DE UMA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL

IN THE BEGINNING WAS A SHOCK: BECOMING A MOTHER OF A CHILD WITH CEREBRAL PARALYSIS

EN EL PRINCIPIO FUE UN SHOCK: EL SER MADRE NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL

FREITAG, Vera Lucia[1];MILBRATH, Viviane Marten[2]; MOTTA, Maria da Graça Corso[3]

Introdução: Grande parte das mulheres sonha em tornar-se mãe, desde meninas, no entanto, não imaginam que o filho possa ser diagnosticado com paralisia cerebral e desenvolver necessidades especiais. A família, principalmente a mãe, passa por um estado de choque, até gradativamente ir (re) organizando sua forma de ser-no-mundo para adaptar-se à nova situação. Neste sentido, a mulher como um ser temporal, durante um longo período de sua vida, mas, principalmente durante a gestação, vai planejando o futuro que pretende vivenciar, ou seja, o filho que deseja ter, suas características físicas (a cor de seus olhos, do cabelo, com quem se parecerá), psicológicas (se será calmo, agitado), as primeiras relações que irá estabelecer (quem dará o primeiro banho, se irá amamentar). Nesse projeto de futuro ela não cogita o nascimento de uma criança com necessidades especiais. Assim, quando a criança sofre uma intercorrência e passa a existir no mundo com as necessidades especiais decorrentes da paralisia cerebral, a mãe vivencia um presente totalmente diferente dos projetos de futuro que havia idealizado no passado[1]. O período gestacional é um momento especial para muitas mulheres. Na gravidez, as gestantes sonham com filhos saudáveis, além de sentirem-se satisfeitas e felizes. Mas este momento pode ter os mais variados desdobramentos, pois a gestação, o parto e os primeiros contatos da mãe com o seu bebê, bem como os primeiros meses de vida, podem estar carregados de sentimentos ambivalentes[2]. O processo de redimensionamento do modo de ser-no-mundo ocorre de maneira lenta e gradativa, essa reorganização perpassa por todos os integrantes da família, dependendo da estrutura familiar, do funcionamento, da coesão enquanto grupo[1]. **Objetivo**: Compreender o tornar-se mãe de uma criança com paralisia cerebral. **Metodologia**: Recorte da dissertação intitulada ”Mãe de criança/adolescente com paralisia cerebral: compreensões sobre o cuidar de si como mulher”. Pesquisa qualitativa à luz de uma abordagem fenomenológico-hermenêutica. As participantes do estudo foram dez mães-cuidadoras de crianças de 5-12 anos e adolescentes de 13-19 anos com necessidades especiais decorrentes da Paralisia Cerebral. Os critérios de inclusão foram: Ser a mãe e cuidadora da criança/adolescente com necessidades especiais decorrentes da Paralisia Cerebral; A criança ter idade entre 5 a 19 anos; A criança frequentar o local do estudo; Não estar viajando ou afastada da instituição durante o período da coleta das informações; A mãe ter idade igual ou superior a 18 anos. E como critérios de exclusão: Apresentar dificuldade de comunicação verbal. A

[1] Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre/RS – Brasil. E-mail: verafreitag@hotmail.com.
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas/RS – Brasil.
[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre/RS – Brasil.

coleta das informações ocorreu no período de abril a junho de 2015, utilizando-se as técnicas de observaçãoparticipante e a entrevista fenomenológica, que aconteceu na APAE e no domicílio das participantes. Utilizou-se a interpretação Hermenêutica de Paul Ricoeur[3]. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, Parecer nº 1.001.573, em 26/03/2015, respeitando-se a Resolução 466/12. **Resultados**: As mães relatam o sonho de ter um filho, desde antes de se casarem, projetavam um bebê. A mulher, geralmente, quando sonha/planeja em ter um filho, começa a despertar esse sentimento desde a infância, nas brincadeiras. Por isso, considera-se que o nascimento psicológico da criança ocorre anteriormente ao nascimento cronológico[2]. A mulher vai esculpindo em suas "fantasias" conscientes ou inconscientes, suas projeções em relação a esse novo ser que está sendo gerado[1]. Ao longo de sua existência, a mulher vai projetando o futuro que pretende vivenciar, isso ocorre porque todo o ser humano é um ser temporal, ou seja, ele é passado, presente e futuro, concomitantemente[1]. Além disso, na perspectiva heideggeriana o ser se constrói enquanto e porquanto existe[4]. As participantes da pesquisa expressaram seu desejo em relação à maternidade, referiram que sonhavam com o filho, imaginavam qual seria o nome, o sexo que ele teria. Os depoimentos expressam o rompimento dos projetos em relação ao filho, bem como, o sentimento de choque/decepção gerado com o nascimento de uma criança diferente. Diferente das perspectivas maternas e diferente dos padrões de normalidade impostos socialmente. Os pais, mas principalmente as mães, vivenciam um momento de incompreensão em relação ao fato de um bebê ter nascido diferente do idealizado/sonhado, modificando assim o futuro que eles haviam programado. Neste sentido, a criança que vive com paralisia cerebral inicia sua trajetória enfrentando uma facticidade existencial[1], contrapondo-se ao sonhado pela mãe. Além de vivenciarem um presente diferente do que haviam projetado as mães ainda experienciam o "peso" dos padrões de normalidade, como se todo ser humano devesse ser igual, essa normatividade é imposta por um paradigma socialmente definido, pois afirmam que não sabiam cuidar de uma criança "normal", imagina com problemas. Vive-se em uma sociedade que busca constantemente a "perfeição" humana, seja no campo social ou da genética[1]. Nesse sentido, a mãe como ser-no-mundo sofre influências desse mundo, ou seja, da sociedade e, por consequência, dos padrões de normalidade vigentes. Sob essa ótica, a mãe, além de vivenciar o choque de ter um filho diferente do que havia sonhado, experiencia o sentimento de impotência por não conseguir gerar um ser de acordo com os padrões impostos socialmente[1]. Ao receber o diagnóstico de que a criança tem paralisia cerebral, não só a mãe, mas toda a família sofre com o processo de perda e luto do filho idealizado e pela necessidade de inserção em um mundo de necessidades desconhecidas. O amanhã se torna incerto, pois a condição da criança não fazia parte das expectativas familiares. Neste estudo relataram ter tido uma surpresa, um choque inicial, sem saber o que fazer como poderiam cuidar desse filho. Percebe-se que o impacto do diagnóstico da paralisia cerebral, causa um momento de angústia, desespero, choque e medo do desconhecido. Participantes de outros estudos também referiram o impacto inicial como sendo um dos momentos mais difíceis no processo de adaptação à condição existencial da criança[1]. Vivenciar um presente diferente do projetado, leva as mães a encararem, além de uma nova situação, algo até então desconhecido. O ser humano, de maneira geral, teme o que não conhece. Estudos mostram que mães que convivem com outras crianças que possuem necessidades especiais, referem maior facilidade de adaptarem-se a seu filho com tais características[1]. As mães ficam assustadas com o desconhecido e com a fragilidade da criança com

paralisia cerebral. Neste sentido, ocorre uma resignação do fato, a morte do bebê sonhado/planejado e começa a adaptação à nova situação com a condição da criança. Referiram ainda que após o choque, aos poucos foi aceitando a condição existencial do filho, e muitas se apegaram a Deus e a espiritualidade para superar este momento e vivenciar o dia a dia. O processo de redimensionamento do modo de ser-no-mundo ocorre de maneira lenta e gradativa, essa reorganização perpassa por todos os integrantes da família, dependendo da estrutura familiar, do funcionamento, da coesão enquanto grupo[5]. O processo de aceitação do diagnóstico de paralisia cerebral demanda tempo para que a mãe compreenda o ocorrido e elabore estratégias para o cuidado nessa situação. Conforme as necessidades irão se apresentando, novos conhecimentos são exigidos, bem como uma rede de apoio social para que a mãe consiga superar este momento e aceitar a nova condição da criança. A fé em Deus como uma forma de auxílio na superação/adaptação do novo itinerário existencial da mãe enquanto cuidadora do filho. Independentemente do tipo de religião que referem professar, a fé em Deus é um fator que dá força para que continuem seguindo a vida, atua como alicerce para superar o diagnóstico, aceitar a condição da criança e acreditarem na melhora do filho. A fé em Deus foi e é fundamental para as mães adquirirem forças para cuidar do filho, para acreditar e lutar, ultrapassando as dificuldades vivenciadas no dia a dia, produzindo sentimentos de esperança e aceitação. A esperança aliada à fé em Deus faz parte do dia a dia dessas mães - cuidadoras. A espiritualidade encoraja a família e produz sentimentos de esperança ou de aceitação da situação imposta pela condição da criança. **Conclusões**: A mãe e cuidadora, após vivenciar a fase do luto, que é a perda do bebê projetado/imaginado, passam a adaptar-se ao novo ser. Este sentido da vida que faz com que as mães vivam pelos filhos e para os filhos. As mães da pesquisa sonhavam em serem mães, no entanto, não imaginavam que o filho viesse diferente do projetado/idealizado. Ao vivenciar o choque inicial pelo diagnóstico, as mães começam a se (re) adaptar à nova situação, ou seja, a perda do filho sonhado e a aceitação do bebê real, que desenvolveu necessidades especiais.

DESCRITORES: Paralisia Cerebral; Cuidados de Enfermagem; Cuidado; Criança.

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Milbrath VM. **Criança/adolescente com paralisia cerebral: compreensões do seu modo de ser no mundo**. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013.

4. Maldonado MT, Dickstein J. **Nós estamos grávidos**. Nº 1. São Paulo: Integrare Editora, 2010.

3. Ricoeur, P. **O conflito das interpretações: ensaios de hermenêutica**. Rio de Janeiro: Imago, 1978.

4. Heidegger M. **Seminários de Zollinkon**. Petrópolis: Vozes, 2009a.

5. Silveira A, Neves ET. Crianças com necessidades especiais em saúde: cuidado familiar na preservação da vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 11(1): 74-80, 2012.

67.NOTA PRÉVIA: ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS COM RADIODERMITE

PREVIEW NOTICE: MULTIPROFESSIONAL ASSISTANCE FOR CANCER PATIENTS WITH RADIODERMATITIS

PREESTRENO: ASISTENCIA MULTIDISCIPLINARIA PARA LOS PACIENTES DE CÁNCER CON RADIODERMITIS

MONTEIRO, Etcheverry Camila[1]; SIMON, Sodré Bruna[2]

Introdução: Estimou-se cerca 600 mil novos casos de câncer para o Brasil em 2016, sendo, os tipos mais comuns são o de mama, o cólon e reto, o colo do útero, seguidos por próstata, traqueia, pulmão e brônquios[1]. No Rio Grande do Sul a incidência para o mesmo ano, mostrou a prevalência do câncer de próstata, de mama e de colo de útero. Como métodos de tratamento para o câncer tem-se: a quimioterapia, a radioterapia, a cirurgia, a imunoterapia e a hormônio terapia. Elas podem ser usadas concomitantes ou de maneira individual. Dentre os tratamentos, ressalta-se a radioterapia que é um tratamento localizado, e busca destruir o DNA das células tumorais impedindo que elas realizem o processo de divisão e crescimento, sendo feito por meio de uma máquina[2]. No entanto, uma de suas possíveis consequências é a radiodermite, que se caracteriza como uma das principais manifestações cutâneas, sendo a forma como o tecido reage ao consequente dano celular, pois os feixes de radiação induzem a uma intoxicação no tecido gerando um processo inflamatório. Portanto, medidas assistenciais devem ser desenvolvidas a fim de minimizar a radiotoxicidade aguda durante a radioterapia, evitando a exacerbação dessas lesões. Nesse sentido, a equipe de saúde deve prover para o paciente e sua família informações sobre o cuidado geral com a pele, assim como, orientar sobre quais reações cutâneas são esperadas e relatar os sinais e sintomas de infecção que devem ser observados. Esse trabalho tem como questão de pesquisa: Como a equipe multiprofissional realiza a assistência aos pacientes oncológicos com radiodermite? **Objetivo:** Identificar como a equipe multiprofissional realiza a assistência aos pacientes oncológicos com radiodermite. **Metodologia:** Esta pesquisa se orientará metodologicamente como um estudo de campo qualitativo e descritivo. A pesquisa de campo se caracteriza pela escolha do espaço do grupo ser pesquisado, critérios de inclusão e exclusão do grupo que será investigado, e estabelecimento das estratégias de entrada no campo para a realização da pesquisa. O local de estudo será um Serviço de Radioterapia e Oncologia que atende desde 1981 localizado em uma cidade da fronteira oeste do Rio Grande do Sul (RS) em anexo a um hospital e realiza atendimentos pelo Sistema Único de Saúde, particular e por convênios. Os participantes do estudo serão todos os componentes da equipe multiprofissional do serviço de oncologia, ou seja, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, nutricionista, psicólogo e física médica. Para a coleta de dados serão realizadas entrevistas semiestruturadas. A qual é guiada pelo roteiro de questões, que permite a adição de novos questionamentos e uma comunicação livre entre o pesquisador e o participante à medida que as informações são fornecidas. Os dados serão trabalhados pela análise de conteúdo temática, dividida

[1] Acadêmica do 8° semestre do Curso de Enfermagem. Universidade Federal do Pampa Uruguaiana. Campus Uruguaiana, RS. Email: camilamonteiro44@gmail.com

[2] Enfermeira.Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Universidade Federal do Pampa, Campus Uruguaiana. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

em três etapas, a pré-análise, a exploração do material, e o tratamento dos resultados obtidos[3]. Por se tratar de uma pesquisa que irá envolver seres humanos, nas considerações bioéticas, serão respeitadas as normativas éticas e científicas da Resolução 466/2012 e a Resolução 510/2016 [4-5]. O projeto foi registrado pelo Sistema de Informação para Projetos de Pesquisa, Ensino e Extensão, da universidade vinculada sob o número 20170130174300, e já recebeu a autorização do serviço de oncologia. Mediante essa aprovação o projeto será registrado na Plataforma Brasil, e submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade. Será cedido aos participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da coleta de dados será lido juntamente com o participante da pesquisa, assinado em duas vias uma para o pesquisador e outra para o participante, sendo informado o objetivo e a justificativa do estudo, os riscos e os benefícios, a liberdade de recusa à pesquisa, que podem desistir a qualquer momento, se assim desejar, e a garantia do sigilo e privacidade. **Resultados esperados:** Espera-se com este estudo refletir e analisar por meio dos depoimentos da equipe multiprofissional acerca da assistência realizada no setor de oncologia, no que se refere às ações feitas para minimizar os efeitos da radiodermite no paciente oncológico. Além disso, após a divulgação dos resultados obtidos para a equipe por meio da entrega e apresentação do relatório, almeja-se em parceria com a instituição formular, banners e folders informativos a fim de contribuir para a melhoria do cuidado da saúde da população que está em tratamento radioterápico, principalmente aos pacientes que possuem radiodermite, bem como aprimorar e difundir o conhecimento na área do câncer. E por fim, embasar a criação de projetos de extensão e novos projetos de pesquisa neste serviço.

DESCRITORES: Equipe Multiprofissional; Radiodermite; Enfermagem.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2016: Incidencia do Câncer no Brasil**. 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf > Acesso em: 20 ago. 2016.

2. _____. Ministério da Saúde. **Abordagens básicas para o controle do câncer.** Instituto nacional do câncer, Rio de Janeiro: Inca, 2 ed. Pt. p.17 – 20, 2012. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf> Acesso em: 12 set. 2016.

3. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. Pt. São Paulo: Hucitec; 2010

4. _____. Ministério da Saúde. **Resolução** nº **510, de 07 de Abril de 2016**. Dispõe sobre a aprovação das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF. 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf >. Acesso em: 26 nov.2016

5._____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de Dezembro de 2012**. Dispõe sobre a aprovação das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>Acesso em: 26 nov.2016.

68.O “SER ENFERMEIRO” NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTE DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

THE "BEING NURSE" IN THE STUDENT PERCEPTION OF THE TECHNICAL COURSE IN NURSING

EL "SER ENFERMERAS" EN CURSO DE ESTUDIANTE PERCEPCIÓN DE ENFERMERIA TECNICA

TUCHTENHAGEN, Pétrin Hoppe[1]; DULLIUS, Angela Isabel dos Santos[2]; ANSUJ, Angela Pellegrin[3]; ASSUPÇÃO, Priscila Kurz[4]; SANTOS, Danusa Passini[5], GONÇALVES, Naiane Glaciele da Costa[6] TUCHTENHAGEN, Patrícia [7]

Resumo

Introdução: O estágio supervisionado constitui-se de uma atividade obrigatória no processo formativo do acadêmico de enfermagem e pelo aluno do curso técnico, sob a supervisão e orientação de um Enfermeiro. **Objetivo:** Apresentar a percepção de um estudante sobre o trabalho de supervisor de estágio que o enfermeiro realiza. **Metodologia:** O estágio foi realizado em um hospital de pequeno porte de um município localizado no interior do estado e ocorreu entre agosto e novembro de 2016. **Resultados/discussão:** Destaca-se o papel de educador na atividade de enfermeiro supervisor, uma vez que foram observadas as diversas ações deste profissional. O enfermeiro educador é o corresponsável pelo sucesso da formação dos profissionais de enfermagem. **Considerações Finais:** O termo “ensinar pelo exemplo” é o utilizado, pois em vários momentos ao observar o enfermeiro prestar o cuidado, orientar os pacientes ou ensinar uma técnica correta, percebe-se o comprometimento com a qualidade da assistência prestada aos pacientes.

DESCRITORES: Enfermagem, Educação em Saúde, docência

Abstract

Introduction: The supervised internship is a compulsory activity in the nursing academic training process and by the technical student, under the supervision and guidance of a nurse. Objective: To present the perception of a student about the work of supervisor of stage that the nurse performs. **Methodology:** The stage was carried out in a small hospital of a municipality located in the interior of the state and occurred between August and November 2016. **Results / discussion**: The role of educator in the activity of supervising nurse, Observed the diverse actions of this professional. The

[1] Técnica em Enfermagem, Graduanda do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. E-mail: petrinhoppe@gmail.com
[2] Cirurgiã-Dentista, Prof. Associada Depto. Estatística-UFSM, Doutora em Odontologia, com ênfase em epidemiologia, professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
[3] Professora Titular Depto. Estatística –UFSM, Doutora em Engenharia de Produção, Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
[4] Enfermeira, Mestra pelo Programa de Pós-Graduação da PUC RS
[5] Enfermeira
[6] Enfermeira, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (bolsista CAPES).
[7] Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria

nurse educator is responsible for the successful training of nursing professionals. **Final Thoughts:** The term "teaching by example" is the one used, because at various moments when observing the nurse provide care, guide patients or teach a correct technique, it is perceived the commitment to the quality of care provided to patients.

DESCRIPTORS: Nursing, Health education, teaching

Resumen

Introducción: El entrenamiento supervisado consiste en una actividad obligatoria en el proceso de formación del estudiante de enfermería y curso técnico del estudiante, bajo la supervisión y orientación de una enfermera. **Objetivo:** Presentar la percepción de un estudiante en prácticas de trabajo supervisor que realiza la enfermera. Metodología: La etapa se llevó a cabo en un pequeño hospital en un municipio situado en el estado y se llevó a cabo entre agosto y noviembre de 2016. **Resultados / Discusión:** Destacamos el papel del educador en la actividad supervisora de enfermería, ya que eran observado las diferentes acciones de este profesional. La enfermera educadora es co-responsable del éxito de la formación del personal de enfermería. **Consideraciones finales**: El término "enseñanza con el ejemplo" se utiliza porque en varias ocasiones para observar las enfermeras proporcionan atención, educar a los pacientes o enseñar la técnica adecuada, se puede ver el compromiso con la calidad de la atención prestada a los pacientes.

DESCRIPTORES: Enfermería, educación para la salud, la enseñanza

Introdução

O estágio supervisionado constitui uma atividade obrigatória, que deve ser realizada pelo acadêmico de enfermagem e pelo estudante do curso técnico, devendo cumprir uma carga horária estabelecida pela instituição de ensino, sob a supervisão e orientação de um Enfermeiro, o qual deve possuir registro no Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. O período de estágio é o primeiro contato que o aluno deve ter com o campo de atuação profissional. Por meio deste, o estudante poderá relacionar a aprendizagem teórica com a prática, desenvolvendo competências em áreas diversas, o que consequentemente irá inseri-lo no mercado de trabalho.

O presente trabalho tem por objetivo apresentar a percepção de um estudante do curso técnico de enfermagem sobre o trabalho de supervisor de estágio que o enfermeiro realiza. O art 1º da Resolução COFEN nº 0441/2013 no inciso I define como atividade prática “toda e qualquer atividade desenvolvida pelo ou com o estudante no percurso de sua formação, sob a responsabilidade da instituição formadora, cujo objetivo seja o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes compatíveis com o exercício profissional da Enfermagem, nos níveis médio e/ou superior de formação, desenvolvidas em laboratórios específicos e instituições de saúde”[1].

Assim, o referido estágio aconteceu em um hospital de pequeno porte que atende pacientes pelo Sistema Único de Saúde e do Sistema Privado de Saúde. Este hospital conta com o atendimento de fisioterapeutas, nutricionistas, médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem, cuidadores de idosos e radiologistas.

A prática da enfermagem envolve ter conhecimentos científicos e técnicos, acrescidos das práticas sociais, éticas e políticas vivenciadas no ensino, pesquisa e assistência. A lei 7498/86 dispõe sobre a

regulamentação do exercício de enfermagem e no artigo 11 diz que cabe privativamente ao enfermeiro a "direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem"[2]. Assim, o enfermeiro é o responsável pelo atendimento prestado pela equipe de enfermagem, além da supervisão dos mesmos no atendimento ao paciente e na sua formação acadêmica, de nível técnico e auxiliar.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência sobre a atividade do enfermeiro supervisor de estágio, na percepção de um estudante do curso técnico de enfermagem durante as atividades práticas desenvolvidas no estágio supervisionado. O local da experiência foi um hospital de pequeno porte do interior do estado do Rio Grande do Sul, composto por um pronto-atendimento, um centro especializado em otorrinolaringologia e um centro de microcirurgias. A instituição possui 60 leitos aptos para internação, o grupo de estagiários era formado por 6 integrantes, atuantes nas unidades de internação e de pronto atendimento. |Desempenhavam suas funções no período noturno no período de 15 de agosto de 2016 a 10 de novembro de 2016, totalizando 300 horas de estágio.

Resultados e discussão

No primeiro contato com a instituição foi a realizada uma reunião para estabelecer os horários em que os alunos iriam comparecer ao local, e assim realizar as atividades. Além disso, foram explanadas as regras a serem cumpridas no ambiente hospitalar e também para o convívio com os demais colegas, após foi realizada uma visita às dependências do local, dentre eles: o bloco cirúrgico, salas médicas, pronto atendimento, sala de urgência e emergência, ala de enfermaria e ala de apartamentos. Nesta perspectiva, o enfermeiro apresenta papel fundamental sobre o manejo da ansiedade deste aluno que ora inicia o estágio, através de orientações precisas e esclarecedoras sobre cada particularidade deste campo, isto irá colaborar para diminuir a ansiedade e facilitar o aprendizado[3].

Assim, os alunos foram divididos em duplas para a realização dos procedimentos, com o acompanhamento direto supervisora, durante todas semanas de estágios as tarefas eram alternadas entre as duplas, e após a dupla ter realizado todos os procedimentos, esta era trocada para adquirir experiência com o outro colega. Buscou-se seguir um planejamento de desenvolvimento de atividades, além disso, era realizado um sorteio para definir a ordem das duplas que iriam atender os atendimentos de urgência e emergência que chagavam ao pronto atendimento ou trazidos pelo Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Destaca-se o papel de educador nesta sistemática, pois ele desenvolveu estratégias de aprendizagem na perspectiva do processo de ensinar-aprender na lógica da parceria, de complementaridade com o educando e entre os educandos[4].

Dentre as diversas ações desenvolvidas, os banhos de leito e a administração de medicamentos foram às atividades realizadas todos os dias. O banho de leito era realizado pela dupla, visto que se fosse realizado por somente um aluno, era visível o desgaste e o esforço físico do mesmo. No que diz respeito à segurança do paciente, quando existe mais de uma pessoa lhe assistindo, fica mais fácil para buscar um material que esteja faltando para o procedimento, ou para

o caso de uma eventualidade e até mesmo para que esta atividade seja realizada o mais rápido possível expondo o paciente o mínimo possível[5].

Além disso, no banho de leito se realiza a inspeção física do paciente, que possibilita uma visão geral do indivíduo. Observa-se que ao realizar o procedimento desta maneira os profissionais envolvidos estarão cumprindo os princípios da beneficência e da não-maleficência, uma vez que a não-maleficência não é apenas o abster-se de prejudicar, mas sim em desenvolver estratégias de se fazer o bem da melhor maneira possível[6].

O preparo das medicações era realizado antes do horário previsto para a administração, pois exigia um alto nível de concentração e também de silêncio. As medicações eram separadas por leitos, cada paciente já tinha todas as suas medicações dispostas em recipientes, este procedimento consiste em preparar a dosagem certa, a diluição e após a administração no paciente, sempre tendo o cuidado para evitar eventos adversos. Os eventos adversos são qualquer dano ou lesão causado ao paciente pela intervenção dos profissionais de saúde, seja causado pelo uso ou não uso do medicamento[7].

Todo ser humano é passível de erro, porém os procedimentos realizados por profissionais de saúde e neste caso por profissionais de enfermagem podem ocasionar danos permanentes ou até mesmo a morte dos pacientes. Por isso, o enfermeiro deve reconhecer todos os aspectos e fases envolvidas para de evitar danos ao paciente, fica claro que as ações realizadas pelos enfermeiros colaboram para prevenir e evitar erros, pois o cuidado é o fundamento da enfermagem[8].

Cabe destacar, os atendimentos a gestantes realizados nesta instituição, durante o estágio, houve poucos atendimentos, mas valeu como aprendizagem, pois as gestantes que foram atendidas não haviam realizado o pré-natal devido ao difícil acesso causado por serem moradoras do interior do município. As gestantes procuravam o atendimento no final da sua gestação, então eram orientadas pela equipe de enfermagem, sobre a importância do pré-natal adequado. A atenção pré-natal é um importante fator na prevenção e proteção da ocorrência de eventualidades no período gestacional, possibilita a identificação de fatores de riscos para as complicações da saúde da mãe e também dos recém nascidos[9-10]. O enfermeiro apresenta um papel fundamental no cuidado a gestante, puérpera e parturiente, apresentando uma abordagem, que tenha em vista a promoção do bem-estar e a prevenção de complicações[11].

Considerações Finais

O estágio curricular é um método extremamente fundamental para a formação de um profissional capacitado a desempenhar as atividades propostas pelo mercado de trabalho, técnicos em enfermagem têm a possibilidade de pôr em prática todos os conhecimentos adquiridos ao longo do período de formação. É um espaço que possibilita a construção do conhecimento, como possibilidade de melhorar as atividades do cuidar de enfermagem. Além de promover experiências com indivíduos de alternadas faixas etárias, o que possibilita a troca de experiências tanto da área da saúde como também da vida.

O enfermeiro educador é o corresponsável pelo sucesso desta formação e neste estágio pode-se observar as várias facetas do ser enfermeiro, seja educador, seja assistencial, seja gerencial e/ou

seja pesquisador. O termo “ensinar pelo exemplo” também se aplica neste contexto, pois em vários momentos ao observar o enfermeiro prestar o cuidado, orientar os pacientes ou ensinar uma técnica correta, notou-se o comprometimento deste profissional. Outro fator que merece destaque é o “olhar atento” deste profissional, o que demostra que mais do que tratar, a enfermagem é realmente a arte do cuidar.

Referências

1. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 0441/2013. Dispõe sobre participação do Enfermeiro na supervisão de atividade prática e estágio supervisionado de estudantes dos diferentes níveis da formação profissional de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-4412013_19664.html Acesso em: Abril de 2017

2. Brasil. Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm . Acesso em abril de 2017.

3. Carvalho MDB, Pelloso SM, Elizabeth A.S.S. Valsecchi EASS, Coimbra JAH. Expectativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em hospital. Rev.Esc.Enf. USP, v.33, n.2, p.200-6, jun. 1999

4. Rodrigues CCFM, Carvalho DPSRP, Salvador PTCO, Medeiros SM, Menezes RMP, Ferreira Júnior MA, Pereira VE. Ensino inovador de enfermagem a partir da perspectiva das epistemologias do Sul. Esc Anna Nery 2016;20(2):384-389

5. Möller G; Magalhães AM. Banho de leito: carga de trabalho da equipe de enfermagem e a segurança do paciente. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015, out- dez; 24(4):1044-52.

6. Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. Rev Bras Enferm, Brasília 2007 set-out; 60(5): 546-51.

7. Franco JN, G, Ribeiro G, D’Innocenzo M, Barros BPA. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. Rev Bras Enferm, Brasília Bras Enferm, Brasília 2010 nov-dez; nov-dez; 63(6): 927-32

8. Radünz V. Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira. 2a ed. Goiânia: AB; 1999.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: MS; 2006.

10.Basso CG, Neves ET, Silveira A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. Texto Contexto Enferm. 2012;21(2):269-76.

11. Rodrigues DP, Fernandes AFC, Silva RM, Rodrigues MSP. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):277-86

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

69.O CUIDADO AO DOENTE EM FASE FINAL DE VIDA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE HEALTH CARE FOR END-OF-LIFE PATIENTS: A REPORT OF EXPERIENCE

CUIDADO PARA EL PACIENTE EN LA FASE DE FINAL DE VIDA: UN RELATO DE EXPERIENCIA

MELLER, Tiago Rafael da Silveira[1]; COGO, Silvana Bastos[2]; SALBEGO, Cléton[3]; KÖNIG, Dienifer Farias[4]; HILDEBRANDT, Leila Mariza[5]; NIETSCHE, Elisabeta Albertina[6]; VIEIRA, Yohana Pereira[7];

Introdução: Com o aumento populacional brasileiro, decorrentes das mudanças sócio-demográficas, percebe-se constantes mudanças nos padrões de envelhecimento. Nesse estrato populacional, há predomínio de doenças crônicas degenerativas, entendidas como aquelas patologias não transmissíveis, de processos agudos e, na maioria dos casos, sem perspectiva de cura, mas passível de tratamentos, como é o caso da hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, doenças respiratórias e neuropsiquiátricas e diversos tipos de câncer[1]. Com isso, é nítido cada vez mais o crescente número de pessoas que se encontram fora das possibilidades terapêuticas de cura, dependentes da família e em regime de cuidados paliativos[2]. Os cuidados paliativos, segundo a Organização Mundial da Saúde, constituem-se no conjunto de medidas que visa melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares que enfrentam doenças com prognósticos reservados, reforça o manejo da dor e de outros sintomas, com vistas a atender as necessidades psicossociais desse contingente populacional. Ainda, considera a morte como um processo natural da vida, evita seu adiamento ou prolongamento, busca dar suporte para que o paciente viva o mais ativamente possível durante o seu processo de adoecimento e auxilia os familiares e cuidadores no processo de enfrentamento da morte e luto[2]. Quando a pessoa enfrenta um diagnóstico de uma doença com pouca ou nenhuma possibilidade terapêutica de cura, toda a família sofre com este impacto e, na medida em que a enfermidade agrava, os cuidados do doente e a dependência dele em relação aos cuidadores aumentam, o que pode gerar dificuldades no cotidiano desse grupo de pessoas para exercer o cuidar. Vale destacar que diversas condições de

[1]Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/ Campus Palmeira das Missões. Bolsista do Programa de Educação Tutorial PET-Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões-RS. tiago.rsmeller@hotmail.com
[2]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Santa Maria-RS.
[3]Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor Substituto do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões-RS.
[4]Discente do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões-RS.
[5]Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões.
[6]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Santa Maria-RS.
[7]Discente do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões.

adoecimento podem levar à terminalidade e, nessa situação, a família experiencia diferentes reações emocionais como medo, angústia, impotência, dúvidas em relação a esse processo, o que precisa ser entendido pelos profissionais de saúde[3], além de ofertar a atenção necessária de acordo com as necessidades de cada pessoa. A expressão de terminalidade da vida é dada quando se esgotam as possibilidades de resgatar a saúde do paciente e a morte próxima é inevitável e previsível[4]. O cuidador é aquele que assume a função de suprir as necessidades do autocuidado e atenção de indivíduos doentes e com algum grau de dependência. É o cuidador, que pode ser alguém com algum grau de parentesco ou aquela pessoa que possui laços fortes e relação confiável com o doente, que dá o suporte ao indivíduo cuidado sempre com a intenção de ver a melhora de sua saúde, sobretudo na fase terminal[4]. Diante desses apontamentos, enquanto acadêmico de enfermagem, vivenciar situações de terminalidade permitem realizar reflexões acerca do processo de morte e morrer, o que contribui no entendimento da morte como uma etapa da vida e oferta subsídios para o enfrentamento da mesma, enquanto pessoa e futuro profissional. **Objetivo:** Relatar a experiência acadêmica acerca de intervenções de enfermagem em nível hospitalar a um paciente em cuidados paliativos, sem possibilidades terapêuticas de cura. **Metodologia:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciado por acadêmico de enfermagem acerca do cuidado a um paciente em fase final de vida submetido a cuidados paliativos. O referido paciente estava internado em uma unidade clínica de um Hospital filantrópico da região noroeste do Rio Grande do Sul. **Resultados e discussões:** Este relato trata do caso de um paciente do sexo masculino, 76 anos, com câncer de esôfago metastático, internado em unidade de clínica médica de um hospital do noroeste do Rio Grande do Sul, durante o mês de fevereiro do corrente ano, acompanhado de seu neto, o qual representou o cuidador familiar nesse período. A conduta terapêutica conforme avaliação médica foi à adoção de cuidados paliativos, pela irreversibilidade da doença, o seu estado avançado, sem possibilidades de cura e a iminência da terminalidade de sua vida. No enfrentamento dessa situação, durante a internação, as informações recebidas da equipe de saúde giravam em torno do popular dizer “não há mais o que se fazer", e isso levou a um sentimento de impotência no cuidador, pois este não sabia sobre o que poderia vir a acontecer, apesar da percepção da possibilidade de morte estar presente. A literatura traz que o processo de impotência do cuidador em perceber e enfrentar a morte iminente de uma pessoa querida é permeado por sentimentos de incapacidade. Mesmo realizando tudo o que pode ser feito, acaba vivenciando a não melhora do quadro clínico e o constante sofrimento de seu familiar doente[2]. O cuidar de um paciente que se encontra em fase terminal é uma tarefa que provoca desgaste e sobrecarga física, emocional e econômica no cuidador[5]. Experienciar este processo na condição de acadêmico de enfermagem permitiu identificar falhas na comunicação entre o cuidador e equipe de saúde, falta de informações quanto ao quadro clínico do paciente e o estado paliativo em que o mesmo se encontrava. Provavelmente essas fragilidades se devem à falta de preparo da equipe desta instituição, cujas intervenções ainda estão centradas no modelo biomédico. Estudo aponta que a família também precisa ser cuidada e considerada como parte da unidade de cuidado, sendo a comunicação na fase final de vida uma estratégia que pode colaborar para diminuir as dúvidas do cuidador e fazer com que ele entenda melhor as possibilidades de cuidado que devem ser prestados à pessoa enferma[2]. Desse modo, ao vivenciar este processo de cuidado, o cuidador familiar identificou fragilidades da equipe de saúde, no que diz respeito à falta de cuidados específicos ao paciente doente e observação contínua deste, bem como o pouco conhecimento quanto aos cuidados paliativos. Em relação ao enfermeiro,

integrante da equipe, este deve incluir o cuidador no planejamento de sua assistência, amparando-o nas ações desempenhadas no período que antecede a morte de um ente querido diante de uma doença incurável[2]. A escolha do cuidador por vezes é uma opção do doente ou até mesmo um desejo de quem cuida. Neste caso, a escolha do neto em cuidar de seu avô em fase terminal se deu por uma relação de proximidade, envolvimento afetivo e como um ato de retribuir todos os cuidados despendidos a ele durante a sua infância e adolescência. A expressão da satisfação em cuidar é um ato permeado por reciprocidade ao ente querido ou até mesmo uma missão de vida. Um fato que potencializa a relação cuidador-paciente é o local ideal para o processo de morte e morrer, em que muitos familiares consideram que a morte no domicílio seja mais confortante, por estar em seu ambiente na sua total independência, já a morte no hospital é muitas vezes preferida, por contar com a ajuda de profissionais capacitados e modernas tecnologias. O que há de comum nisso é o fato de que, independente do local, o estar ao lado do familiar doente é algo de extrema importância, tanto para o cuidador como para o doente terminal, em que se fortalecem os laços de proximidade desenvolvidos durante a vida[3]**. CONCLUSÃO: P**or meio da realização deste relato de experiência, pôde-se vivenciar o quão complexo é o processo de morte e morrer. Além disso, identificou-se que o cuidado de um paciente em fase final de vida é permeado por muitos sentimentos, que vão desde a satisfação em cuidar até a impotência diante da morte. Pôde-se perceber que a equipe de saúde, incluindo a enfermagem, precisa sempre estar atualizada quanto aos cuidados paliativos e incluir o cuidador em sua assistência, levando em consideração os sintomas físicos e psicológicos do doente e seu familiar, para assim, praticar um cuidado humanizado e centrado na integralidade. Ao experienciar situações de terminalidade, há necessidade de aperfeiçoamento teórico e prático, a fim de subsidiar a assistência qualificada aos familiares e doentes em fase final de vida.

DESCRITORES: Morte; Enfermagem; Cuidadores Familiares; Atitude Frente à Morte.

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Felipe LK, Zimmermann A. Doenças crônicas degenerativas em idosos: dados fisioterapêuticos. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v.24, n.3, p. 221-227, 2011.

2. Cruzeiro NF, Pinto MH, Cesarino CB, Pereira APS. Compreendendo a experiência do cuidador de um familiar com câncer fora de possibilidade de cura. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.14, n. 4, p. 913-921, 2012.

3**.** Pinheiro MLA, Martins FDP, Rafael CMO, Lima UTS. Paciente oncológico em cuidados paliativos: a perspectiva do familiar cuidador. Revista de Enfermagem UFPE OnLine, v.10, n. 5, p.1749-1755, 2016.

4. Gonçalves EP, Dias CMP, Proença AF, Mendonça ARA. Reflexão bioética sobre a responsabilidade de cuidadores de pacientes terminais. Revista Bioética, v. 20, n. 3, p.507-513, 2012,

5. Ribeiro AF, Souza CA. O cuidador familiar de doentes com câncer. Revista Arquivo de Ciências da Saúde, v.17, n. 1, p. 22-26, 2010.

70.O ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA À PACIENTES EM UMA UNIDADE DE HEMODINÂMICA, RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE NURSE IN PATIENTS ASSISTANCE AT A HEMODYNAMIC UNIT, EXPERIENCE REPORT

EL ENFERMERO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES EN UNA UNIDAD DE HEMIDINÁMICA, RELATO DE EXPERIENCIA

SOUZA,Tainá Caroline Gonçalves de[1]; MARQUES, Veronius da Rosa[2]; ROSA, Marina Brites Calegro da[3;] PRETTO, Carolina Renz[4;] DEZORDI, Catia Cristiane Matte[5]; STUMM, Eniva Miladi Fernandes[6]

Resumo

Introdução: a unidade de hemodinâmica é um ambiente de acesso restrito, no qual são realizados procedimentos complexos a pacientes instáveis hemodinamicamente, que requerem cuidados de enfermagem especializados. Objetivo: refletir acerca das atribuições do enfermeiro na assistência à pacientes em uma unidade de hemodinâmica. Metodologia: relato de experiência, desenvolvido em uma unidade de hemodinâmica, de um hospital porte IV, do noroeste do estado do Rio Grande do Sul, de 23/11/2015 a 04/12/2015. Resultados e discussão: a atuação do enfermeiro na hemodinâmica compreende ações direcionadas ao cuidado direto com o paciente, gerenciamento da unidade e atenção aos familiares. Exige conhecimento técnico-científico, habilidades práticas e agilidade diante das possíveis intercorrências. Considerações Finais: a hemodinâmica tem avançado tecnologicamente e exigido profissionais qualificados com capacidade para atuar na assistência e gestão.

DESCRITORES: Enfermeiro. Cuidados de Enfermagem. Hemodinâmica.

Abstract

The hemodynamic unit is an environment of restricted access, where complex procedures are performed on hemodynamically unstable patients that require specialized nursing care. Objective: to reflect on the attributions of nurses in the care of patients in a hemodynamic unit. Methodology: experience report, developed in a hemodynamic unit, of general hospital, size IV, of Northwest of state of Rio Grande do Sul, from 11/23/2015 to 12/04/2015. Results and discussion: the nursing care at hemodynamic comprises, actions directed to direct care to patient, unit management and attention to family members. It requires technical-scientific knowledge, practical skills and agility in face to possible intercurrences. Final Considerations: The hemodynamics has advanced technologically and required qualified professional with capacity to act in the assistance and management.

DESCRIPTORS: Nurse. Nursing Care. Hemodynamics.

Resumen

La unidad hemodinámica es un ambiente restricto, donde son realizados procedimientos complejos a pacientes instables hemodinámicamente, que exigen cuidados de enfermería especializados. Objetivo: reflexionar sobre las atribuciones del enfermero en la atención a pacientes en una unidad

de hemodinámica. Metodología: relato de experiencia, desarrollado en una unidad de hemodinámica, de un hospital general, tamaño IV, del noroeste del Rio Grande do Sul, de 23/11/2015 a 04/12/2015. Resultados y Discusión: la actuación del enfermero en la hemodinámica involucra acciones dirigidas al cuidado directo con el paciente, gerenciamiento de la unidad y atención a los familiares. Exige conocimiento técnico-científico, habilidades prácticas y agilidad frente a posibles complicaciones. Consideraciones finales: la hemodinámica tiene avanzado tecnológicamente y exigido profesionales calificados con capacidades para actuar en la asistencia y gestión.

DESCRIPTORES: Enfermero. Cuidados de enfermería. Hemodinámica.

Introdução

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são responsáveis pelas principais causas de morte no Brasil e no mundo e responsáveis por elevados custos ao sistema de saúde. Destas, em especial, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e, mais especificamente, as DCV, tem se constituído em importante desafio para o setor saúde e políticas públicas no que tange aos fatores de risco.[1] No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 70,0% dos gastos assistenciais com a saúde e para o ano 2020, continuarão como causa principal de mortalidade e de incapacitação.[2]

As doenças coronarianas isquêmicas e cardiovasculares, resultantes de fatores de hipertensão, sedentarismo, obesidade, sobrepeso e dislipidemias respondem por 15,9 milhões de mortes anualmente, no mundo.[3] As DCV são as principais causas de morte na população no Brasil. Dados do Ministério da Saúde, 962.931 mortes ocorreram em pessoas com mais de 30 anos, em 2009.

Em um Serviço de Hemodinâmica (HD), são realizados diagnósticos e procedimentos terapêuticos, dentre eles, cateterismo cardíaco. O estudo hemodinâmico é um método de diagnóstico e terapêutico que utiliza técnicas invasivas para obtenção de dados funcionais e anatómicos das várias cardiopatias.[4] Os autores pontuam que é por meio do cateterismo que é possível o estudo da dinâmica circulatória cardíaca. Esta compreende na inserção de cateteres radiopacos, controlados por fluoroscopia e eletrocardiografia, que torna possível visualizar o trajeto das artérias e veias periféricas até às cavidades cardíacas e grandes vasos. Os avanços científicos e tecnológicos reduzem riscos, para o paciente.

Quanto a equipe de profissionais, normalmente estão inseridos médicos hemodinamicistas, cardiologistas, cirurgiões vasculares, enfermeiros, técnicos de enfermagem e técnicos em radiologia. O enfermeiro, por meio do uso da sistematização da assistência, realiza orientações antes e após a realização de procedimentos, seguido de cuidados planejados, em busca de atender as expectativas, e necessidades dos pacientes e familiares, com a inclusão de orientações para a alta hospitalar. Nesse sentido, o processo de enfermagem é um método de trabalho que possibilita que a enfermagem exerça sua função de forma planejada, fundamentada e científica no atendimento às necessidades do paciente.[4]

Cuidar de um ser humano é uma atividade complexa, ciente de que cada pessoa é única, um sujeito singular. O cuidado como objeto de trabalho de enfermagem é centrado na subjetividade de cada pessoa, relacionado à individualidade de cada ser.[5] O autor se reporta ao enfermeiro que realiza trabalho em saúde, e que requer uma concepção psicodinâmica, com afetividade e subjetividade e destaca instabilidade física e emocional. O autor enfatiza que no processo de cuidar

o enfermeiro precisa estar bem, em equilíbrio pelo fato de influenciar na qualidade do seu trabalho e no reconhecimento como profissional de saúde.

O presente estudo justifica-se pelo fato de que a produção de conhecimento relativo a essa temática é importante a medida que o setor de hemodinâmica é considerado uma área de tecnologia avançada e de alta complexidade, onde os profissionais necessitam de conhecimento especifico, principalmente o enfermeiro, pois atua direta e indiretamente no decorrer dos exames e procedimentos, e necessita de um amplo saber técnico-cientifico, habilidades e competência para lidar com situações de urgência e emergência. A partir destas considerações, busca-se com este trabalho, refletir acerca das atribuições do enfermeiro na assistência à pacientes em uma Unidade de Hemodinâmica (UHD).

Metodologia

O presente trabalho caracteriza-se como um relato de experiência. Este é uma ferramenta de pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional, de interesse da comunidade científica.[6] O mesmo resultou de uma vivência em uma Unidade de Hemodinâmica de um hospital geral, macrorregional, porte IV, localizado na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

O Estágio Curricular Supervisionado do Curso de Pós-Graduação de Enfermagem em Terapia Intensiva Coronariana e Hemodinâmica, transcorreu no período de 23/11/2015 a 04/12/2015, no turno da tarde, nas Unidades de Terapia Intensiva Coronariana, Centro Cirúrgico e Unidade de Hemodinâmica.

A Unidade de Hemodinâmica funciona conforme diretrizes da política nacional de humanização de saúde, realiza a recuperação integral de pacientes com diversos tipos de doenças vasculares, desde cardíacas e neurológicas até a dos membros periféricos e outros órgão internos, como renais. É uma unidade de cardiologia intervencionista, que dispõe de materiais e equipamentos específicos e conta com uma equipe multidisciplinar de médicos hemodinamicistas, cardiologistas, cirurgiões vasculares, enfermeiros, técnicos de enfermagem e técnicos em radiologia. São realizados procedimentos terapêuticos e diagnósticos, os primeiros referem-se às patologias das artérias, tais como angioplastia, cirurgia vascular e estudos eletrofisiológicos, já os procedimentos diagnósticos compreendem angiografia coronariana e arteriografia.

Resultados e discussão

Ao iniciar o estágio na UHD do referido hospital, buscou-se conhecer o espaço físico da unidade, a dinâmica de funcionamento, rotinas, protocolos, a atuação do enfermeiro e demais integrantes da equipe multiprofissional, para melhor adaptação, ambientação e para desenvolver, com qualidade, as ações propostas no estágio. **N**o contexto pedagógico, a teoria consiste na ideia de ordenamento e sistematização do conhecimento conceitos sobre o real para ser aplicado na prática. A prática, segundo o autor, baseia-se na teoria e sem elas as ações da prática seriam sem objetividade, abstratas e sem sentido.[7]

A unidade conta com o que há de mais moderno em equipamentos, obedece o manual de orientações e exigências estabelecida pela sociedade brasileira de hemodinâmica e cardiologia intervencionista. A Unidade de Hemodinâmica é um serviço que vai além da cardiologia, fornece

apoio para outras áreas da medicina, tais como neurocirurgia, radiologia, eletrofisiologia e cirurgia vascular, possui acesso restrito, com normas, rotinas, materiais, equipamentos e vestimentas específicas, com vista à proteção e prevenção de infecções. É um serviço que visa diagnóstico rápido, preciso, além do tratamento de doenças vasculares, com redução de riscos para o paciente.[8]

Evidencia-se que pacientes recepcionados na unidade eram de ambos os sexos, idosos e um número considerável de adultos jovens, a maioria com comorbidades tipo diabetes, hipertensão e tabagismo. As doenças cardiovasculares são relacionadas à falta de atividade física, sobrepeso, obesidade, fumo, colesterol elevado, hipertensão e diabetes.[9] Considera-se que o enfermeiro deve conhecer o perfil dos pacientes que assiste, o que contribui para o aperfeiçoamento da prática da equipe de enfermagem e dos demais profissionais integrantes da equipe, favorece o planejamento e implementação ações de educação e atenção em saúde, com vistas à promoção, prevenção e recuperação de danos, muitas vezes, irreversíveis.

Observa-se na unidade atuação de a equipe multiprofissional capacitada, formada por médicos cardiologistas, vasculares, enfermeiros (as), técnicos de enfermagem e Técnico em Radiologia, que atuam em sintonia e com eficiência na sala de procedimentos. O enfermeiro, no decorrer de sua profissão, detém o anseio e desejo de cada vez mais se aperfeiçoar, e atuar em áreas diferentes. A educação ambiente de trabalho deve propiciar novos processos de educação, com o objetivo de ampliar conhecimentos.[4]

O Técnico de Enfermagem ao recepcionar o paciente, orienta quanto ao procedimento que será submetido, verifica sinais vitais, mensura medidas antropométricas, além de obter acesso venoso periférico e realiza tricotomia na região da artéria radial direita e femorais. Nesse contexto, cabe ao enfermeiro a formação do técnico em enfermagem. O trabalhador deve permanentemente atualizar-se e aperfeiçoar-se, com vistas a desenvolver uma visão mais abrangente do cenário em que se encontra, de maneira a corresponder às demandas das equipes, pacientes e familiares.[4]

Posteriormente, o paciente é admitido na unidade e realiza-se a consulta de enfermagem. Nessa, o mesmo explica sobre o procedimento, faz o preenchimento do formulário da Consulta de enfermagem, realiza orientações pré e pós-procedimento ao paciente e familiares, investiga alergias, avalia o estado emocional, medo e ansiedade percebidos no paciente, além do Teste de Allen e oximetria do membro. As orientações de enfermagem, de forma sistematizada, qualificam e contribuem para as ações em qualquer nível de assistência à saúde e, dessa forma, aumentam o conhecimento do paciente sobre sua doença e procedimentos terapêuticos e colaboram com o trabalho da equipe multidisciplinar. A enfermagem fundamenta suas ações com base na interação e no diálogo enfermeiro/paciente.[10]

As competências do enfermeiro e a educação em saúde, favorecem o desenvolvimento social, contribuem para a ampliação dos saberes, permitem abordagem interdisciplinar e integraliza a assistência pela proximidade do usuário-profissional, de maneira a garantir humanização da assistência. No processo terapêutico do cuidar, a priorização do diálogo e a escuta, proporciona aos usuários conforto de suas inquietações, redução de estresse, ansiedade e medo.[11]

A unidade possui um *checklist,* realizado diariamente na sala de exames pelos Técnicos de Enfermagem, o que ajuda a prevenir erros e amplia a segurança nos procedimentos ao paciente. As listas de verificação representam uma estratégia simples e promissora no atendimento seguro ao paciente, contribuem para melhorar a cultura de segurança do paciente e cuidados perioperatórios,

pois estão associadas ao aumento da detecção do potencial de riscos de segurança, com a finalidade de diminuir complicações cirúrgicas e melhorar a comunicação entre a equipe multiprofissional.[12]

Durante a passagem de plantão, a equipe multidisciplinar busca trocar informações. Cada profissional, dentro de suas funções, fala das intercorrências durante o turno de trabalho, relata informações precisas e coerentes concernentes à situação da unidade e de cada paciente que encontra-se na sala de procedimentos ou recuperação da unidade, com horário de descompressão dos curativos e alta do cliente. O processo de comunicação entre os membros da equipe de enfermagem é otimizado em função do cuidado ao cliente, através da interação humana; relação de interdependência; reconhecimento profissional; melhora do entendimento do outro; compartilhamento de informações através de reuniões em grupo, quando os assuntos couberem a todos da equipe, e conversas individuais e reservadas quando assim as situações vivenciadas pelos membros da equipe requerer.[13]

Considera-se que o enfermeiro para atuar em uma UHD, deve desempenhar suas funções com qualidade, eficiência, tranquilidade e segurança, desenvolver um olhar panorâmico do todo da unidade, com êxito em realizar uma gestão de qualidade. A atuação do enfermeiro em unidade de hemodinâmica exige conhecimento complexo, desde tarefas simples até as que exijam uma formação técnico-científica adequada e específica. Ainda, para que esse profissional desempenhe suas funções com versatilidade e qualidade da assistência ao paciente, o mesmo necessita de experiência, atualizações constantes, e desenvolvimento de conhecimentos e habilidades específicas para área.[4]

O trabalho em saúde obriga o enfermeiro, muitas vezes, à incertezas físicas e comportamentos emocionais. No processo do cuidar satisfatório, o enfermeiro deve estar bem emocionalmente, detentor da paz interior, ou seja, com um ótimo equilíbrio espiritual, pois a tranquilidade influencia na qualidade de seus afazeres, com repercussões positivas enquanto profissional.[5] Devido a complexidade dos procedimentos realizados na unidade e das frequentes punçoes venosas e arteriais para realização dos mesmos, podem ocorrer complicações como: hematoma, pseudoaneurisma, trombose arterial ou embolização distal e cirurgia de revascularição do miocárdio de urgência. O uso de anticoagulantes orais, tempo prolongado de exame, diabetes mellitus, tabagismo, cardiopatia isquêmica e lesão do tronco da coronária esquerda, sao preditores destas complicações.[14]

Na unidade, é rotina para todos os procedimentos realizados pela via radial, administração de solução contendo 5.000 UI de sulfato de heparina através da extensão do introdutor.[15] Essa heparinização local é realizada em todos os pacientes e tem como finalidade prevenir a trombose da artéria radial. Ao término do procedimento, remove-se imediatamente o introdutor e obtém-se hemostasia por meio de curativo compressivo, realizado manualmente, com gaze e bandagem elástica ou com pulseira de compressão radial. A intervenção coronária percutânea (ICP) pela via radial é atualmente uma das principais estratégias para a redução de sangramentos, uma vez que a maioria dos sangramentos observados está relacionada à via de acesso femoral.

Verifica-se que durante os procedimentos, a artéria radial foi a mais utilizada, pois a hemostasia ocorre em menos tempo, além da diminuição de hematomas e redução de sangramento, com vistas a uma recuperação mais rápida comparada com a punção da artéria femoral. Evidencias significativa redução de eventos adversos cardiovasculares quando a via transradial é utilizada,

principalmente em casos de infarto agudo d miocárdio com elevação do segmento ST. O acesso transradial é particularmente interessante na ICP primária, quando realizado por operadores experientes, visto que esses pacientes são tratados com um regime antiplaquetário e antitrombótico mais agressivo, com redução das complicações hemorrágicas e, portanto, dos eventos adversos cardiovasculares mais graves.[16]

Após o procedimento retira-se o introdutor radial ou femoral com cuidados específicos para cada local. Na punção arterial radial realiza-se curativo compressivo imediatamente após o termino do procedimento. Nas punções femorais, arteriais ou venosas, os introdutores são retirados na Unidade de Recuperação, por enfermeiros habilitados para tal. Os enfermeiros especialistas em Terapia Intensiva ou em Unidade de Hemodinâmica, possuem competência para remoção do introdutor.[17]

Ao término do cateterismo, o paciente é reavaliado pelo enfermeiro e a partir do quadro em que se encontra, é encaminhado á UTI cardiológica, com ou sem o introdutor, unidade de internação ou recebe alta hospitalar. Refletir sobre a atuação do enfermeiro no cuidado a pacientes assistidos em uma UHD, é importante, nos remete a ampliar e adquirir novos conhecimentos e, acima de tudo, nos instiga a ir além para melhor cuidar.

Considerações finais

O setor de hemodinâmica evoluiu consideravelmente nos últimos anos e se constitui em uma área de alta complexidade e que requer constantes inovações tecnológicas, terapêuticas, com profissionais devidamente atualizados, competentes, habilidosos e qualificados.

O enfermeiro desempenha funções administrativas e assistenciais na respectiva unidade, com uma equipe devidamente preparada para proporcionar uma assistência segura e qualificada ao paciente, extensivo aos familiares e comunidade.

A oportunidade de realizar estágio como parte de um curso de pós-graduação *lato sensu* de Enfermagem em Terapia Intensiva Coronariana e Hemodinâmica, é um diferencial na formação acadêmica, que proporciona crescimento, aprimoramento profissional e desenvolvimento de habilidades práticas.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. The promotion of health and integrated prevention of risk factors for cardiovascular diseases. Ciência e Saúde Coletiva, v.17, n.1, p.7-17, 2012.

Castro ETBO, Rolim ILTP, Silva ACO, Silva LDC. Conhecimento e significado do cateterismo cardíaco para pacientes cardiopatas. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v.17, n.1, p.29-35, jan./fev. 2016.

Arruda GO, Santos AL, Teston EF, Cecilio HPM, Radovanovic CAT, Marcon SS. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.49, n.1, p.61-68, 2015.

Costa GR da, Cardoso SB, Sousa LL, Soares TR, Ferreira AKA, Lima FF. Atuação do enfermeiro no serviço de hemodinâmica: uma revisão integrativa. Revista Interdisciplinar, v.7, n.3, p.157-64, jul./ago./set. 2014.

Borges JL. Satisfação profissional de enfermeiros de um hospital da rede pública de Goiânia. 2013. 91 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

Cavalcante BLL, Lima UTS. Relato de experiência de uma estudante de enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. Journal of Nursing Health, Pelotas, v.1, n.2, p.94-103, jan./jun. 2012.

Simões JCN. Relevância do estágio curricular supervisionado em educação física na educação especial para formação docente. Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia, v.3, n.1, p.3-13, 2015.

Cordeiro SMM, Silva GRF, Luz MHBA. Pacientes em Unidade de Hemodinâmica: Aplicabilidade da teoria humanística. Revista Rede de Cuidados em Saúde, v.9, n.1, p.1-8, 2015.

Barboza VV, Klijn TP, Molina AS, Carrillo KLS. Eficácia de uma intervenção personalizada de aconselhamento em enfermagem, presencial e telefônica, para fatores de risco cardiovascular: ensaio clínico controlado. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.24, n.1, p.1-12, 2016.

Torrano SK, Veiga VB, Goldmeier S, Azzolin K. Digital video disc explicativo em pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco diagnóstico. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.19, n.4, p1-7, jul./ago. 2011.

Sant'anna RM, Escudeiro CL. Tecnologia educativa em saúde para usuários da hemodinâmica sobre o exame cineangiocoronariografia: estudo descritivo. Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife, v.10, n.10, p.3768-77, out. 2016. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem /index. php/revista/article/download/.../8957 >. Acesso em: 13 mar. 2017.

Treadwell J, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. BMJ Quality & Safety, London, v.23, n.4, p.299-318, 2014.

Broca PV, Ferreira MA. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.65, n.1, p.97-103, jan./fev. 2012.

Matte R. Repouso de três horas no leito após cateterismo cardíaco diagnóstico com introdutor 6 french não aumenta complicações decorrentes da punção arterial: ensaio clínico. 2014. 52 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/97618>. Acesso em: 10 ago. 2016.

Barbosa RR, Siqueira D, Coelho FM, Neto AS, Jr JRC[V]; Costa RA et al. Crossover da Terapia com Heparina e Risco de Sangramento na Intervenção Coronária Percutânea Transradial na Síndrome Coronária Aguda. Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva, v.20, n.4, p.392-7, 2012.

Ibrahim SD, Jr JRC, Staico R, Siqueira DA; Tanajura LF; Costa RA et al. Comparação da Intervenção Coronária Percutânea por Via Radial em Pacientes com Doença Arterial Coronária Estável e Instável. Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva, v.21, n.3, p.246-50, 2013.

Flôr RC, Gelbcke FL. Desgaste profissional da enfermagem decorrente da Exposição à radiação ionizante em Hemodinâmica. Revista de Enfermagem UERJ, v.21, n.4, p

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

71.O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO E POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA NO SUL DO BRASIL

THE PROCESS OF TERRITORIALIZATION AND REFERENCE POPULATION OF PRIMARY CARE TEAMS IN SOUTHERN BRAZIL

PROCESO DE TERRITORIALIZACIÓN Y POBLACIÓN DE REFERENCIA DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN BÁSICA EM EL SUR DE BRASIL

SANTOS,Amanda Amaral dos[1] ;KESSLER, Marciane[2];BENDER, Janaína Duarte[1] ;THUMÉ, Elaine[3]

Introdução: O modo de organização dos serviços de saúde da atenção básica através da Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada. A ESF encontra-se em expansão em todo território nacional, podendo ser definida como um conjunto de ações estruturadas diante do reconhecimento das necessidades da população, obtidas através da construção de vínculos entre os usuários e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território[1], sobre o qual assume a responsabilidade sanitária[2]. Encontram-se entre as atribuições comuns a todos os profissionais da saúde das Equipes de Atenção Básica (EqAB): a participação do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, através da identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; manter atualizados o cadastramento das famílias e indivíduos no sistema de informação e utilizar os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; e responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado, atenção à saúde integral e realização ações conforme a necessidade de saúde[2.] O processo de trabalho das EqAB tem como umas das características, a definição do território de atuação e de população, devendo ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição[2]. Neste contexto, tem-se como **objetivo** avaliar o processo de territorialização e população de referência das EqAB do Rio Grande do Sul (RS), que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), em 2012. **Método:** trata-se de um estudo de delineamento transversal realizado nos serviços de saúde da atenção básica, por meio do PMAQ, primeira avaliação[3]. O PMAQ-AB, criado em 2011 por iniciativa do governo federal, objetiva a indução da ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, através de incentivo financeiro destinado às gestões municipais de saúde, condicionado à pactuação de compromissos/resultados e avaliação de indicadores firmados entre as EqAB e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde (MS)[3]. A pesquisa incluiu 816 EqAB do Estado do RS, que aderiram ao PMAQ em 2012. Está organizado em quatro fases complementares e

[1] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil. E-mail: amandadossantos.enf@gmail.com/jana_db@yahoo.com.br

[2] Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil. E-mail marciane.kessler@hotmail.com

[3]Enfermeira. Doutora em Epidemiologia. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil. E-mail : elainethume@gmail.com

contínuas, assim definidas: (1) adesão e contratualização; (2) desenvolvimento; (3) avaliação externa e (4) recontratualização[3]. A fase (3) foi realizada no período de junho a outubro de 2012 por pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em parceria com o MS. O instrumento utilizado para a avaliação externa é composto por quatro módulos, sendo utilizado neste estudo o Módulo II e temática referente à territorialização e população de referência da EqAB. As análises foram realizadas através do programa Stata, sendo as variáveis dicotômicas (sim/não) expressas de forma descritiva, com frequência absoluta e relativa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** a maioria das equipes que solicitaram avaliação do PMAQ possuíam ESF. Entre as equipes participantes desse estudo, 46,4% (354) têm sob responsabilidade até 3.000 pessoas por área e 82,4% (629) até 4.000 pessoas. Destaca-se que 17,6% (134) das equipes tem sob responsabilidade mais de 4.000 pessoas, podendo variar até 14.000 indivíduos por área (n. total=763). Abranger uma quantidade de pessoas maior que o número máximo recomendado pelo MS, pode sinalizar sobrecarrega da EqAB, que pode não conseguir atender todas as demandas da população adscrita. Considerando que, se avaliadas todas as equipes do Estado e não somente as que aderiram ao PMAQ, esta proporção pode aumentar, uma vez que a avaliação tende a ser solicitada por equipes melhor estruturadas e organizadas. Ainda, 56,3% (415) da gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe e 98,2% das equipes possuem definição da área de abrangência. O MS recomenda que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias do território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe[2], para que a mesma seja capaz de atender as demandas da população de forma integral e equitativa, e desenvolver uma atenção à saúde de qualidade e efetiva. Em relação aos mapas com desenho do território de abrangência, 90,3% (734) das equipes os possuem (n. total=816). No mapa apresentado pelas EqAB, 86,8% (637) das equipes sinalizaram as microáreas do território; 24,9% (183) sinalizaram os grupos de agravos - diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, saúde mental, doenças endêmicas e outros; 10,0% (73) sinalizaram áreas de risco - áreas de violência, com precárias condições sanitárias, zonas de risco: encostas, morros, loteamentos irregulares; e 2,6% (19) sinalizaram as condições socioeconômicas (n. total=734). A incorporação dessas variáveis no processo de mapeamento favorece o desenvolvimento da vigilância em saúde e uma abordagem comunitária capaz de valorizar a complexidade e relevância do contexto na determinação da saúde[4]. Percebe-se com estes resultados que as equipes de saúde não consideraram os determinantes sociais em saúde. As condições econômicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde das pessoas, e a iniquidade em saúde acontece por conta das condições desiguais em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem[5]. Neste contexto, ressalta-se a importância de uma atenção à saúde permeada pelo princípio da equidade, sendo necessário para isso, conhecer as condições sociais em que a população vive. Utilizar metodologias que aproximem a equipe à comunidade e seu contexto, é um passo decisivo para a incorporação da promoção da saúde voltado para o trabalho intersetorial[4]. Quanto a realização do último mapeamento da área da abrangência da equipe, 16,3% (98) realizaram há menos de um mês, 27,1% (163) entre um a seis meses, 24,6% (148) entre sete e 12 meses e 32,0% (193) há mais de um ano (n. total=608). A atualização ocorre em períodos espaçados, tempo esse que permite com que a condição de saúde e vida da população dentro da dinâmica do território se alterem, sem que os profissionais de saúde tomem

conhecimento. **Conclusão**: os resultados demonstram que ainda há uma considerável proporção de EqAB que têm sob responsabilidade um quantitativo de pessoas maior que recomendado pelo MS. Somente metade das equipes participantes consideraram critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade, e apesar da maioria das equipes possuírem mapa do território, uma minoria sinalizaram os grupos de agravos e áreas de risco, com proporção quase nula de equipes que sinalizaram as condições socioeconômicas da população adscrita. Destaca-se a necessidade de considerar critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe e mapeamento dessas condições, para planejamento de ações em saúde voltadas às reais necessidades da população, tomada de decisão, organização do processo de trabalho, equidade e melhoria da qualidade da atenção à saúde.

DESCRITORES: Atenção Primaria à Saúde; Determinantes sociais da saúde; Prioridades em saúde; Gestão em saúde; Enfermagem

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

Referências

1 Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm.2013;66(esp):158-64.

2 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012.

3 Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

4 Teixeira MB, et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Saúde Debate. 2014;38(esp.):52-68.

5 Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde; 2013. p.19-38.

72.O USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

THE USE OF INDIVIDUAL PROTECTION EQUIPMENT AMONG NURSING WORKERS

EL USO DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL ENTRE LOS TRABAJADORES DE ENFERMERÍA

SILVEIRA, Rogério Barbosa da[1]; JULIANO, Laís Farias [2]; ROCHA, Laurelize Pereira [3]; CARVALHO, Deciane Pintanela de[4]; BRUM, Raissa Garcia [5]; BARLEM, Jamila Geri Tomaschewski [6]

Introdução: a equipe de enfermagem ao prestar cuidados mantêm contato direto com os pacientes diariamente, e dessa forma, está sempre exposta a riscos decorrentes da exposição a agentes biológicos durante a prática assistencial[1]. Para que esta prática se torne segura, é necessária a utilização do Equipamento de Proteção Individual (EPI), o qual é caracterizado como todo dispositivo ou produto utilizado pelo trabalhado que possui como finalidade a proteção de riscos que possam ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. Os principais equipamentos que devem ser utilizados pelos profissionais da enfermagem são fornecidos pela instituição na qual o trabalhador está vinculado, entre eles cita-se: óculos, máscaras, luvas e vestimentas, além disso, deve-se garantir que os mesmos estejam em boas condições de uso[2]. O EPI é o melhor meio de prevenção contra acidentes, é eficaz em diversos tipos de exposição e permite uma assistência de enfermagem com qualidade e segurança ao paciente[1]. Juntamente com a disponibilidade dos materiais a qualquer momento, os trabalhadores devem ser capacitados e incentivados ao uso dos equipamentos, com vistas a sensibilizar estes sobre os riscos, medidas de prevenções e implicações da exposição e acidentes de trabalho[3]. A falta de adesão a essas medidas de proteção pelos trabalhadores, ainda é uma crescente, o que aumenta a chance de contaminação por micro-organismos potencialmente causadores de infecções e consequentemente pode gerar afastamentos do trabalho, temporários ou permanentes[4]. A conduta de não utilização dos equipamentos de proteção é, na maioria das vezes, justificada pelos profissionais pela autoconfiança, acomodação e negligência. Eles devem estar disponíveis em local acessível como forma de possibilitar seu uso rapidamente[5]. Diante da relevância da temática para a saúde do trabalhador da enfermagem e para o serviço de saúde, este estudo tem como **objetivo** identificar a utilização de Equipamentos de Proteção Individual entre trabalhadores de enfermagem. **Metodologia:** estudo com abordagem quantitativa, descritiva e exploratória desenvolvido em um Hospital Universitário localizado no sul do Rio Grande do Sul. A amostra contou com 211 trabalhadores de enfermagem, sendo 49 enfermeiros, 85 técnicos em

[1] Acadêmico de Enfermagem, Bolsista PIBIC. Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. E-mail: rogeriosilveira02@hotmail.com.
[2] Acadêmica de Enfermagem, Bolsista PET Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande.
[3] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.
[4] Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Bolsista Capes, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande.
[5] Acadêmica de Enfermagem, Bolsista EPEC. Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande.
[6] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.

enfermagem e 77 auxiliares de enfermagem. Foi utilizado o programa StatCalc do programa EpiInfo versão7, para a realização do cálculo amostral, empregando-se o nível de confiança de 95%, obtendo uma amostra mínima de 184 participantes. A seleção da amostra ocorreu de forma não probabilística por conveniência. Os critérios de inclusão empregados foram: ser enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem; fazer parte do quadro funcional do HU pelo período mínimo de três meses; e, estar ativo nas unidades: Classificação de risco, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Geral, Centro Cirúrgico, Centro de Materiais e Esterilização, Unidade de Clínica Médica, Serviço de Pronto Atendimento Unidade de Clínica Cirúrgica, Centro Integrado de Diabetes, Traumatologia, Unidade de Internação Obstétrica, Centro Obstétrico, Unidade de Pediatria, (CID), Centro Regional Integrado de Diagnóstico e Tratamento em Gastroenterologia, Ambulatório e UTI Neonatal. Já os critérios de exclusão adotados foram: atuar em cargos administrativos, e estar de atestado, licença de qualquer natureza ou férias no momento da coleta de dados. A coleta de dados ocorreu de julho a agosto de 2016. Foi utilizado um questionário semiestruturado composto por questões referentes às características do trabalhador (sexo, idade, etc.); características do trabalho (função, tempo de trabalho, e utilização de EPI). Os dados foram analisados mediante estatística descritiva por meio do software StatisticalPackage for the Social Sciences versão 21. Este estudo faz parte do macroprojeto "Processo de trabalho e a saúde dos trabalhadores de enfermagem", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, sob parecer nº54/2016, e está de acordo com o preconizado pela Resolução 446/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** o estudo abrangeu 211 participantes com idade entre 23 e 68 anos, com média de 42 anos (dp=9,31), o qual predominou o sexo feminino com 118 (89,1%) participantes. Verificou-se que os participantes do estudo possuíam tempo de trabalho na assistência máximo de 38 anos e dois meses e mínimo de um ano e um mês, o que correspondem a média de 15 anos e três meses. Com relação aos equipamentos de proteção individual, 142 (67,3%) trabalhadores de enfermagem referiram que a instituição de trabalho oferece EPI em quantidade suficiente e 34 (33,3%) mencionaram que a quantidade fornecida é insuficiente. De acordo com os EPI's utilizados pelos trabalhadores durante a assistência de enfermagem, evidenciou-se que 210 (99,5%) relatam que utilizavam luvas de procedimento, 185 (87,7%) faziam uso das luvas estéreis, 180 (85,3%) utilizam jaleco; 116 (55%) faziam uso óculos de proteção, 186 (88,2%) usavam máscara de proteção; 37 (17,5%) utilizavam manguito de proteção; 92 (43,6%) contavam com vestimentas próprias da unidade e 157 (74,4%) utilizavam sapatos fechados. **Conclusão:** os resultados sugerem que existe a responsabilidade da instituição com os trabalhadores que estão vinculados à mesma, com o fornecimento de equipamentos de proteção individual necessários e que os trabalhadores referem utilizar esses equipamentos. Destaca-se que um maior número de trabalhadores faz uso de luvas de procedimento seguido de luvas estéreis. As menores frequências de utilização foram dos manguitos de proteção, em virtude de ser utilizado somente em uma unidade fechada. No entanto, verifica-se que não são todos os trabalhadores que utilizam os EPIs, tal aspecto merece atenção, uma vez que a equipe de enfermagem lida diretamente com pacientes com diversas doenças infectocontagiosas, que para um cuidado efetivo, o trabalhador precisa além da sua proteção, proteger os pacientes de uma possível infecção cruzada. A instituição hospitalar do estudo cumpre com sua responsabilidade de fornecimento de EPI, cabendo aos trabalhadores de enfermagem à conscientização quanto sua importância na prática. Dessa forma, identifica-se a necessidade de a gestão do serviço buscar estratégias para motivar o uso do EPI pelo trabalhador, de

modo que este seja coparticipante e corresponsável pela sua saúde. Entre as ações, a educação permanente possui grande potencial para buscar a eliminação da cultura de resistência da utilização de EPI's no ambiente hospitalar.

DESCRITORES: Equipamento de Proteção Individual; Saúde do Trabalhador; Enfermagem.

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

Referências

1. Suarte HAM, Teixeira PL, Ribeiro MS. O uso dos Equipamentos de Proteção Individual e a prática da equipe de enfermagem no centro cirúrgico. Revista Científica do ITPAC, 2013; 6(2).

2. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria SIT n.º 194, de 22 de dezembro de 2006. Norma Regulamentadora nº6 - Equipamento de Proteção Individual. Diário Oficial da União de 22 de dez de 2006.

3. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria GM n.º 939, de 18 de novembro de 2008. Norma Regulamentadora nº32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Diário Oficial da União de 19 de novembro de 2008.

4. Oliveira AC, Machado ACA, Gama CS. Conhecimento e adesão às recomendações de biossegurança no Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais. Revista Escola Enfermagem USP 2013; 47(1):115-27.

5. Chagas MCS, Barbosa MCN, Behling A, Gomes GC, Xavier DM. Risco ocupacional na emergência: uso de equipamentos de Proteção individual (EPI) por profissionais de enfermagem. Revista Enfermagem UFPE online., 2013; 7(2):337-44.

73.PERCEPÇÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE HEMATO ONCOLOGIA

PERCEPTION OF WORK SATISFACTION OF HEMATO ONCOLOGY NURSING WORKERS

PERCEPCIÓN DE LA SATISFACCIÓN PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES DE ENFERMERÍA DE HEMATO-ONCOLOGÍA

DALMOLIN, Graziele de Lima[1] ;MORAIS, Bruna Xavier[2];PEDRO, Cecília Mariane Pinheiro[2];BRESOLIN, Julia Zancan[2] ;MOREIRA, Maria Graziela de Souza[3];DORNELES, Ademir Jones Antunes[4]

Introdução: Vários fatores presentes no cotidiano do trabalho da enfermagem podem comprometer a satisfação profissional de seus trabalhadores. A satisfação no trabalho pode ser entendida como um fenômeno complexo e subjetivo, caracterizado por um estado emocional prazeroso, resultante de múltiplos aspectos do trabalho, podendo ser influenciado por valores, crenças, percepções de mundo, aspirações, tristezas e alegrias dos indivíduos, o que poderá afetar suas atitudes e tomadas de decisão em relação a si mesmo e ao trabalho[1]. Na saúde e enfermagem a satisfação no trabalho tem sido objeto de preocupação em relação ao dilema vivenciado por seus trabalhadores pela ocorrência de um lado, da satisfação por aliviar o sofrimento alheio e, do outro, a insatisfação com a sobrecarga de trabalho e as precárias condições de realização desse trabalho, o que pode trazer implicações para saúde desses trabalhadores, tanto na dimensão pessoal como profissional[2] . Nesse sentido, destacam-se os trabalhadores de enfermagem do serviço de hemato-oncologia, os quais trabalham diretamente com os aspectos do cuidado que envolvem a descoberta e comunicação de um diagnóstico de câncer, do tratamento muitas vezes agressivo e efeitos colaterais, da proximidade com a família nessas situações, do sofrimento, dor e muitas vezes processo de morte/morrer. Diante dessas características, considera-se que o trabalhador de enfermagem dos serviços de hemato-oncologia pode ter sua satisfação profissional alterada, pelo próprio trabalho desenvolvido, muitas vezes desgastante em termos emocionais, como também pelas questões da organização do trabalho, envolvendo dificuldades relacionadas às condições de trabalho e falta de recursos. Assim, definiu-se como questão norteadora: Qual a percepção da satisfação profissional de trabalhadores de enfermagem do serviço de hemato-oncologia? **Objetivo:** investigar a satisfação profissional percebida de trabalhadores de enfermagem do serviço de hemato-oncologia de um hospital universitário do sul do Brasil. **Método:** Trata-se de um *survey* realizado em um serviço de hemato-oncologia de um hospital universitário publico federal, num município na região central do Rio

[1] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (DENFE/UFSM). Integrante do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. grazi.dalmolin@gmail.com

[2] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM (PPGENF/UFSM). Integrante do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem.

[3] Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem.

[4] Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Hospital de Guarnição de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem.

Grande do Sul. Os participantes dessa pesquisa foram 46 trabalhadores de enfermagem do serviço desse serviço que apresentaram disponibilidade e interesse para responder a pesquisa e que tivessem no mínimo 30 dias de atuação no setor. Excluíram-se os trabalhadores afastados do ambiente de trabalho devido férias ou licenças de saúde. O cálculo amostral foi realizado com base numa população de 52 trabalhadores, estimando-se um número mínimo de 45 sujeitos que necessitavam fazer parte da amostra para realização de determinados exames estatísticos. Assim, por meio de amostra não probabilística por conveniência todos os trabalhadores do setor foram convidados a participar do estudo, concluindo a coleta com uma amostra de 46 participantes. A coleta de dados foi realizada no período de dezembro/2014 a março/2015. Foi utilizado um instrumento contendo um componente de caracterização dos participantes e o Índice de Satisfação Profissional (ISP). O ISP foi desenvolvido em contexto norte americano e passou pelos processos de tradução, adaptação e validação para a língua portuguesa em 1999. Esse questionário está organizado em duas partes (Parte A e Parte B), e relaciona a situação atual de trabalho, com as expectativas em relação ao trabalho[3]. Por meio do instrumento, é possível avaliar a importância atribuída pelos enfermeiros com relação a seis componentes do trabalho: Autonomia, Interação, *Status* Profissional, Requisitos do Trabalho, Normas Organizacionais e Remuneração. A Parte A contém a definição desses seis componentes, instruções para o preenchimento, e uma lista que combina os seis componentes da satisfação profissional entre si, em 15 pares, para ser assinalado, em cada par, o que o participante considera mais importante para sua satisfação profissional. Já a Parte B contém inicialmente instruções para o preenchimento dessa parte, e a escala propriamente dita com 44 afirmações dispostas em uma escala do tipo likert de sete pontos[3]. Neste estudo a análise dos dados foi realizada incluindo somente a Parte B (Escala de Atitudes), que avalia a satisfação profissional percebida por esses trabalhadores de enfermagem em relação ao seu trabalho, sendo agrupadas as questões conforme os componentes apresentados, criando matrizes de distribuição de frequências, agrupando as respostas "concordo", "discordo" e "neutro". Empregou-se o programa PASW Statistic® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago, USA) versão 21.0 para Windows, e estatística descritiva. Essa pesquisa seguiu as orientações da ética em pesquisa conforme Resolução 466/2012, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa local - CAAE número 24330213.8.0000.5346. **Resultados:** Os participantes da pesquisa foram 46 trabalhadores da enfermagem que atuam em serviço de hemato-oncologia com atendimento ambulatorial e internação sendo, na sua maioria do sexo feminino (44 - 95,7%), casados (35 - 76,1%), com um filho (41,3%) e média de 38,6 anos de idade. A categoria profissional predominante foi de enfermeiros (23 - 50%) seguido de técnicos de enfermagem (18 - 39,1%) e auxiliares de enfermagem (5 – 10,9%). Quanto à qualificação a maioria dos participantes possui especialização (30 - 65,2%). Em relação aos componentes da satisfação, no fator autonomia, 80,4% dos trabalhadores concordam com a afirmativa "*Eu sinto que tenho participação suficiente no planejamento da assistência para cada um dos meus pacientes*", demonstrando que a satisfação está aliada ao planejamento do cuidado. No quesito interação com equipe de enfermagem e equipe médica, os maiores índices de concordância foram "*Em meu serviço, o pessoal da enfermagem se dispõe e se ajudam uns aos outros quando as coisas estão corridas*" com 93,5%, e "*Em minha unidade, os médicos geralmente cooperam com a equipe de enfermagem*" com 76,1%, indicando que para satisfação é necessário cooperação na equipe multiprofissional. No aspecto status profissional houve concordância de 95,7% com o item "*Em minha mente, não tenho dúvidas: o que*

eu faço em meu trabalho é realmente importante", e 91,3% de discordância com o item "*O que eu faço em meu trabalho realmente não acrescenta nada significativo*", indicando que para satisfação é necessário o reconhecimento do trabalho como algo significativo e de valor pessoal, profissional e social. No aspecto requisitos do trabalho, 87% concordam com a afirmativa "*Eu estou satisfeita(o) com os tipos de atividades que realizo em meu trabalho*", o que demonstra a satisfação pela maior parte dos trabalhadores do setor, entendendo seus fazeres como importantes e fundamentais para o cuidado. Já no fator normas organizacionais observou-se concordância de 73,9% com o item "*Em meu hospital, a equipe de enfermagem tem controle suficiente sobre a programação de seu próprio turno de trabalho"*, relacionado também à autonomia e controle sobre o próprio processo de trabalho para a satisfação. E por fim, no fator remuneração, destaca-se 80,4% de concordância ao item "*Meu salário atual é satisfatório*", e 76,1% de concordância ao item "*Do que eu ouço sobre o pessoal de enfermagem de outros hospitais, neste hospital nossa remuneração é justa*". percebendo-o como elemento fundamental também à satisfação, podendo ser melhorado, mas considerado justo em comparações com outros locais. **Conclusão:** A percepção da satisfação profissional dos trabalhadores de enfermagem de hemato-oncologia é influenciada pelos aspectos da autonomia, cooperação e apoio na equipe de enfermagem e multiprofissional, valor e significado social do trabalho, processo de trabalho, organização do trabalho e remuneração justa. É importante reconhecer esses aspectos para sempre buscar uma melhor qualidade e satisfação no trabalho, melhorando as relações interpessoais, a organização dos serviços e qualidade da assistência.

DESCRITORES: Satisfação no emprego; Saúde do trabalhador; Enfermagem; Serviço hospitalar de oncologia.

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

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

Referências

1 - Martinez MC, Paraguay AIBB. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Psicol Soc Trab. 2003;6(1):59-78.

2 - Gallo CMC. Desvelando fatores que afetam a satisfação e a insatisfação o trabalho de uma equipe de enfermagem [dissertação]. Rio Grande: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Fundação Universidade Federal do Rio Grande; 2005. 214 p

3 – Lino MM. Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de unidade de terapia intensiva. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

74.PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA FRENTE À SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

PERCEPTION OF UNIT NURSES OF CLINICAL INTERVENTION AGAINS SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE

PERCEPCIÓN DE ENFERMERAS DE LA UNIDAD HOSPITAL CLÍNICA DE LA FRONT

CUIDADOS DE ENFERMERÍA SISTEMATIZACIÓN

MACHADO, Jessica Pereira da Cunha[1]; SILVA, Débora Monteiro da[2]; PEDRON, Cecília Drebes[3].

Resumo

Introdução: A enfermagem busca incansavelmente a qualificação da assistência de seu serviço, por isso a Sistematização da Assistência de Enfermagem é um tema atual de discussão em todo país. **Objetivo:** Identificar a percepção de enfermeiros de Unidade de Internação quanto à importância da SAE. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório na qual foram entrevistados 18 enfermeiros. Nos resultados foi realizado uma divisão em duas temáticas: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Conhecimento e Aplicação na prática profissional: dificuldades encontradas. **Resultados e discussão:** A implementação da SAE deve ser realizada através de um processo lento e gradual. Diversas são as limitações na implementação deste processo. Cabe ao enfermeiro a busca pela base científica e não restringir somente a formação acadêmica ou a prática cotidiana. **Considerações finais:** Contudo podemos refletir sobre as variáveis que estão envolvidas na SAE que demonstram a necessidade de um entendimento crucial por parte dos enfermeiros.

DESCRITORES: Enfermagem; Processos de Enfermagem; Prática Profissional.

Abstract

Introduction: Nursing relentlessly seeks the qualification of the assistance of its service, so the Systematization of Nursing Care is a current topic of discussion in every country. **Objective:** To identify nurses' perception of hospitalization unit regarding the importance of SAE. **Methodology:** This is a qualitative, exploratory study in which 18 nurses were interviewed. The results were divided into two themes: Systematization of Nursing Care: Knowledge and Application in professional practice: difficulties encountered. **Results and discussion:** The implementation of SAE should be carried out through a slow and gradual process. There are several limitations in the implementation of this process. It is up to the nurse to search for the scientific basis and not to restrict only the academic formation or the daily practice. **Final considerations:** However, we can reflect on the variables that are involved in SAE that demonstrate the need for a crucial understanding on the part of nurses.

[1] Enfermeira, Enfermeira Hospital Mãe de Deus Porto Alegre. je.pcunha@gmail.com.br

[2] Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Professora adjunta e Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) – campus Gravataí.

3 Enfermeira Obstétrica. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) – campus Gravataí.

DESCRIPTORS: Nursing; Nursing processes; Professional Practice.

Resumen

Introducción: enfermería sin descanso buscar atención mejora de su servicio, por lo que la sistematización de la asistencia de enfermería es un tema actual de debate en todo el país. **Meta:** Para identificar las enfermeras de la unidad de hospitalización percepción acerca de la importancia de la SAE. **Metodología:** Se trata de una investigación cualitativa, exploratoria en la que se entrevistó a 18 enfermeras. Los resultados se llevó a cabo una división en dos temas: sistematización de la asistencia de enfermería: Conocimiento y aplicación en la práctica profesional: las dificultades encontradas. **Resultados y discusión:** La aplicación de la SAE deben llevarse a cabo a través de un proceso lento y gradual. Existen varias limitaciones en la implementación de este proceso. Las enfermeras deben a la búsqueda y no se limita únicamente a la práctica académica o cotidiana basada en la ciencia. **Conclusión:** Sin embargo, podemos reflexionar sobre las variables que intervienen en la SAE que demuestra la necesidad de una comprensión crítica de las enfermeras.

DESCRIPTORES: Enfermería; Procesos de enfermería; La práctica profesional.

Introdução

A enfermagem busca incansavelmente a qualificação da assistência de seu serviço, por isso a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um tema presente nas discussões contemporâneas em todo país, não somente com objetivo de atender as responsabilidades legais de sua prática, mas principalmente por benefícios relatados através de sua aplicação. [1]

Para a implantação e operacionalização do cuidado, o enfermeiro usa como método a SAE, com base na SAE a equipe de enfermagem promove uma assistência planejada e fundamentada em conhecimentos teórico-científico, viabilizando um cuidado efetivo e principalmente individualizado do paciente.[2]

A sistematização tem sido utilizada nas instituições de saúde como uma metodologia de assistência através do PE. Este por sua vez vem sendo implantado no Brasil desde a década de 70 por Wanda de Aguiar Horta. No entanto, somente em 2002 a SAE recebeu o apoio legal do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) pela Resolução nº 272 para ser implementada em todas as instituições de saúde do Brasil.[3] A Resolução do Conselho 272/2002, conceitua a SAE como atividade privativa do enfermeiro, subsidiando as ações da assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.[4]

Há muitas definições do processo de enfermagem, mas este pode ser entendido como a aplicação prática de uma teoria de enfermagem no cotidiano da assistência de enfermagem prestada aos pacientes. De uma forma sistemática e ordenada é possível delimitar problemas a partir deste método, planejando os meios para resolvê-los e avaliando a eficácia na resolução dos mesmos.[5]

O objetivo central do PE é manter o foco no paciente, o PE compõe-se das seguintes fases: Investigação nesta etapa, juntamente com exame físico o enfermeiro é capaz de investigar os desajustes tanto físicos quanto emocionais do paciente.[6]

Em um segundo momento é realizado os diagnósticos de enfermagem, os quais podem ter como eixo norteador a Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). A fase do planejamento exige que o enfermeiro elabore uma trajetória que busque a recuperação e manutenção da saúde. A implementação encontra-se associada ao planejamento, é realizada através da dinâmica apontada pelos diagnósticos. Por fim, a avaliação a qual deve fornecer dados sobre os resultados das ações, e exige da enfermeira: habilidade, conhecimento e articulação científica para traçar estratégias ao alcance dos resultados esperados.[6] Dada a importância da SAE para fundamentação dos cuidados de enfermagem, com este trabalho procurou-se evidenciar a real necessidade da sistematização, pois se acredita que a partir desta sistemática é possível planejar, qualificar a assistência e também obter reconhecimento da instituição e principalmente do profissional enfermeiro.

Diante disso, surgiu o interesse em pesquisar qual a percepção dos enfermeiros de unidade de internação frente à importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem para um adequado planejamento da assistência prestada por este profissional. Com isso faz-se necessário caracterizar o perfil dos enfermeiros das unidades de internação adulto de um hospital universitário e destacar as possíveis dificuldades encontradas para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, criando assim, subsídios para reforçar a orientação desta prática visando a excelência na qualidade assistencial.

Metodologia

O presente estudo está inserido dentro de uma perspectiva qualitativa descritiva e prospectiva que tem por objetivo: observar, descrever e classificar os fenômenos encontrados durante a coleta de dados.[7] O campo deste estudo foi um Hospital Universitário de grande porte, localizado na Região Metropolitana de Porto Alegre/RS, a instituição atende alguns convênios e particular, sendo o maior quantitativo o atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). Dos 500 leitos de internação, 362 estão ativos. A escolha se deu por ser um dos campos de estágio da Universidade facilitando o retorno dos resultados e possibilitando possíveis intervenções com os resultados obtidos. Como participantes do estudo temos um total de 18 enfermeiros entrevistados, em 04 unidades de internação, em diferentes turnos de trabalho. Para garantir o sigilo pessoal dos informantes, seu nome foi trocado pela letra "E" de enfermeiros, seguida por um número aleatório, sem caracterizar a sequência das entrevistas. Tal critério foi adotado para preservar o anonimato dos participantes. Foi estabelecido o critério de saturação dos dados, que significa amostrar até o ponto em que não se obtém nenhuma nova informação e é atingida a redundância.[7]

A coleta de dados teve início após a aprovação da instituição e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), via Plataforma Brasil, cuja autorização possui nº 42925015.1.0000.5349. A partir disso, foi realizado contato com a chefia da área e posteriormente contato direto com os enfermeiros do local.

Estabeleceu-se como critério de inclusão enfermeiros em atividades assistenciais e de exclusão o afastamento do profissional por motivo de licenças e férias. A coleta dos dados foi realizada no período de abril a maio de 2015. Foram excluídos aqueles que se recusaram a participar do estudo, apenas um, e os que estavam afastados ou em período de férias, um participante.

A abordagem inicial foi realizada através de contato pessoal com os profissionais, clarificando sobre os objetivos da pesquisa e após o aceite, juntamente com duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicando aos entrevistados que não haveria avaliação individual e que os seus nomes seriam mantidos em sigilo, respeitando sua privacidade, deste modo, os princípios éticos foram mantidos durante toda a pesquisa conforme as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Res. CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.[8]

O pesquisador realizou as entrevistas aos enfermeiros das Unidades de Internação do referido hospital, por meio da aplicação de um questionário semi estruturado, durante o turno de trabalho, em local apropriado e indicado pelo participante. A gravação ocorreu em aparelho eletrônico (MP4) para posterior transcrição dos dados. Para a análise das informações foi utilizada a Análise Temática, conforme proposto pelo autor, onde se propõe descobrir comportamento e sentido nas falas dos entrevistados, através de três etapas: transcrição do material eletrônico, a releitura e a ordenação do material quanto a sua relevância.[9] Após a análise foi realizada uma divisão em duas áreas temáticas: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Conhecimento e Aplicação na prática profissional: dificuldades encontradas.

Resultados e discussão

Neste estudo foram entrevistados 18 enfermeiros, atuantes em unidade de internação. Na faixa etária entre 22 a 49 anos, maioria do sexo feminino, sendo apenas um do sexo masculino. Quanto ao tempo de formação profissional, 15 profissionais entre dois meses até cinco anos de experiência profissional e três profissionais entre seis e 12 anos. Quanto à titulação, 11 possuem especialização concluída ou em andamento e 16 profissionais são egressos de instituições privadas e dois de instituições públicas. Ao analisar os dados, foi necessário dividir em duas áreas temáticas nomeadas da seguinte forma: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Conhecimento e Aplicação na prática profissional: dificuldades encontradas para melhor discutir os resultados obtidos.

Sistematização da Assistência de Enfermagem: Conhecimento

A complexidade de propor um cuidado sistematizado e planejado deve superar as atitudes empíricas e progredir para a cientificidade. Todavia, percebemos na prática algumas dificuldades para aplicação do PE e até mesmo a não aplicabilidade. Nesse sentido as tomadas de decisão e as ações concentram-se somente no senso comum, não havendo planejamento e consequentemente dificultando o raciocínio lógico.[10]

Quando questionados sobre o entendimento e o significado da SAE, os achados evidenciam que os entrevistados possuem uma conceituação científica pouco consistente sobre a SAE, uma vez que os depoimentos revelam que a maioria dos enfermeiros não respondeu com bases em conhecimento teórico – científico, demonstrando-se confusos e inseguros nas suas descrições, como podemos constatar no registro abaixo:

"O setor, não só no setor, mas sim em toda uma estrutura operacional da empresa, então no meu ponto de vista a importância da SAE é muito relevante, porque acaba organizando todo o processo de trabalho" (E18).

Alguns enfermeiros, embora tenham respondido de forma incompleta, conseguiram descrever sobre a SAE indicando que esta faz parte do cuidado prestado ao paciente, como podemos ver na fala abaixo:

"Facilitar meu trabalho, a SAE me ajuda a nortear o trabalho, ver em que situação o paciente está, é feito um histórico, prescrição, evolução e em cima disso se direciona os problemas para serem resolvidos" (E4).

Porém ainda que apontem a importância da SAE, é necessário salientar que muito mais do que uma sequência de etapas a ser seguida, este processo exige conhecimento e habilidade na tomada de decisão do enfermeiro.

Esses achados corroboram com uma pesquisa realizada em um hospital privado de médio porte na cidade de Salvador/Bahia, destacam-se os relatos das entrevistas realizadas, onde as depoentes consideram que a SAE faz parte de um conjunto de ações que promove a excelência da assistência prestada, tornando-a mais qualificada quando individualiza os cuidados. Por outro lado, apesar de saberem que a SAE é um instrumento facilitador, a autora coloca que ainda há profissionais que preferem trabalhar sem planejamento e de forma desorganizada.[11]

A aplicação da SAE faz com que seja possível promover um atendimento lógico, organizado e estruturado, onde é possível atingir os princípios necessários para implementação de estruturas e progredir à organização do processo de cuidar.[12] O PE norteia o cuidado e direciona o enfermeiro e o paciente identificando problemas de saúde reais ou potenciais.[13]

Ao questionar os enfermeiros em relação às etapas do PE os informantes não demonstraram total familiaridade, pois em sua maioria apresentaram novamente dúvidas ou desconhecimento teórico, conforme observamos nas seguintes falas:

"Não. No momento assim não consigo descrever..." (E2).

"Bah não me lembro, até conheço, mas não lembro. Eu tive isso bem no início da faculdade [...]" (E3).

"Etapas da SAE é: planejamento, peraí...eu sei que é planejamento, agora tá me dando um branco. Não estou me lembrando agora no momento. Não vou mentir. " (E14).

Diante dos resultados encontrados, e considerando que o PE proporciona o planejamento e a organização do trabalho do enfermeiro foi encontrado em um estudo comparativo realizado em um hospital escola no município de João Pessoa/PB, no ano 2011, onde os enfermeiros evidenciaram as vantagens de seguir as etapas do processo. Constatou-se que através do PE é possível prestar uma assistência qualificada, organizada e reconhecedora do papel do enfermeiro, já que as etapas quando cumpridas norteiam a tomada de decisões facilitando a percepção do problema, os diagnósticos e as prováveis intervenções com avaliação nos resultados do cuidado com paciente.[14]

Outro estudo corrobora com estes achados, em um hospital de grande porte, os enfermeiros foram questionados sobre relevância da prática da SAE foi verificado que 75% consideravam muito importante, no entanto 74% responderam que estavam desmotivados para execução desta prática. Referente às etapas da SAE, quando questionados sobre o conhecimento, 52% tiveram respostas incompletas e 31,5% conseguiram descrever todas as etapas de forma correta, sendo que destes 43,5% trabalhavam em UTI geral e pediátrica.[15]

Os dados permitem inferir que sobre a conceituação da SAE e as etapas que envolvem, os entrevistados possuem conhecimento de maneira insuficiente ou equivocada. Nesse sentido, é

importante a reflexão de que a SAE precisa ser discutida e valorizada primeiramente pelos profissionais da área.

Prática profissional: dificuldades encontradas

A inexistência da aplicabilidade das etapas da SAE foi verificada em algumas falas descritas pelos enfermeiros das unidades de internação. Alguns enfermeiros negaram a utilização, indicando uma assistência distanciada da fundamentação teórica como observamos nas seguintes falas:

"Olha a gente tenta utilizar né, mas ás vezes é tanta correria que a gente faz o básico e acaba esquecendo mais o objetivo que deveria ser, mas eu acredito que eu tento usar um pouco, mas a gente não usa fidedigno né como deveria ser". (E17.)

"Não, pelo que eu conheço assim... não conheço todas, mas claro algumas são feitas né, outras... até pelo dia a dia não tem como... não sei te dizer quais são feitas." (E11).

Sendo a SAE considerado um modelo de cuidado embasado em método científico, que sistematiza e direciona o trabalho da equipe de enfermagem, é salientada a necessidade de utilização de todas as etapas para que sejam alcançados os objetivos, cujo principal é atender as necessidades do paciente com habilidades e atitudes alicerçadas em compromisso ético e responsabilidade.[16]

Questionados quanto às dificuldades para realização da SAE em seu cotidiano, ouve menção referente à falta de tempo como obstáculo, conforme as falas abaixo:

" A gente teria que utilizar em todas as etapas, mas a gente não consegue fazer que funcione todas, a gente faz pelo menos a anamnese e parte da evolução [...]" (E15).

"Tempo! Acho que a maior dificuldade que a gente tem [...]" (E11).

O enfermeiro tem em sua rotina de trabalho uma diversidade de tarefas a serem executadas, gerando em determinadas situações uma sobrecarga de trabalho, percebemos que há uma tendência em afastar-se daquelas atividades que parecem menos relevantes, priorizando as mais urgentes.

Ao analisar as respostas abaixo percebe-se que as dificuldades dos enfermeiros em aplicar a SAE não se limitam somente à prática profissional, mas também a falta de conhecimento efetivo sobre o tema:

"[...] Ainda se eu soubesse o contexto todo, seria mais fácil dizer eu consigo realizar tranquila essa etapa e a outra não, mas como eu não tenho o conhecimento de todas elas eu não tenho como te explicar o que é dificuldade ou não." (E17).

"[...] Tem que haver um treinamento específico pra gente poder desenvolver um trabalho com melhor qualidade." (E18).

Quando há carência de conhecimento do processo de forma integral, ou a realização fragmentada das etapas da SAE pode haver prejuízo do estímulo profissional ou debilitação da integração das etapas, dificultando assim o planejamento do cuidado ao paciente.[17]

Em um artigo de revisão teórica, classifica os obstáculos para a realização da SAE em três categorias: fatores inerentes à estrutura do processo, abrangência da coleta de dados, determinação

das subfases do planejamento e falta de instrumento para avaliar os resultados mediante aos cuidados prestados: Outra categoria faz alusão ao cenário de ensino aprendizagem, onde colocam que o PE deveria exigir uma abordagem contínua ao longo da formação do aluno; e por último, os autores do estudo salientam que os profissionais de saúde acreditam que o PE faz parte de uma rotina sofisticada e que colocá-lo em prática envolve distanciar-se do paciente.[10]

Estudos apontam que um dos maiores desafios referidos pelos sujeitos de forma majoritária foi a falta de conhecimento por parte dos profissionais. [18]

Sobre as vantagens e desvantagens para a realização da SAE constatou-se que a maioria dos profissionais destacou somente vantagens, considerando que a prática da SAE é fundamental

"Acho que não tem desvantagem, acho que só vantagem mesmo, porque como eu falei as informações não se perdem a gente trabalha com os outros profissionais [...]" (E6).

Estes resultados convergem com um estudo realizado a partir de uma revisão integrativa de artigos referente a este tema, onde 55,55% dos artigos apresentavam vantagens da utilização da SAE pelo enfermeiro e 44,44% relataram desvantagens.[19] Em um estudo semelhante, foi averiguado que as enfermeiras assistenciais relataram que a SAE pode promover a qualidade de sua assistência, tendo 100% de positividade das respostas atingidas.[18] Percebemos que mesmo considerando a importância da teoria, o fato de não se implementar a SAE devido ao acúmulo de atribuições e / ou falta de conhecimento, gera uma situação de insatisfação e desmotivação no dia a dia.

Uma revisão bibliográfica realizada em 2011 na cidade de Juíz de Fora, os autores colocam que apesar de todos os benefícios adquiridos com a SAE, muitas tem sido as barreiras que dificultam diante deste processo em meio a sua complexidade e dimensão. Salientam nos estudos os obstáculos: número de funcionário reduzido; sobrecarga de trabalho; falta de capacitação da equipe; formação acadêmica inadequada onde não há vínculo de teoria com a prática. Por fim, colocam que há resistência por parte dos profissionais, provavelmente relacionado ao desconhecimento sobre o tema,[20]

Destaca-se que para que a SAE seja implementada com sucesso é de extrema importância que suas etapas sejam realizadas em sua totalidade. Embora muitos sejam os obstáculos o profissional de enfermagem deve estar ciente de sua responsabilidade e competência frente ao cuidado com paciente.

Considerações Finais

Observamos que são diversas limitações que dificultam a implementação da SAE, embora muitos tenham relatado falta de tempo, podemos identificar carência no conhecimento científico sobre o método, bem como nas etapas do PE. A enfermagem depara-se com muitos desafios, contudo é preciso somar os esforços para que a SAE torne-se uma realidade em nossas instituições, sendo assim algumas propostas podem ser apresentadas, como: difundir a SAE como método de trabalho; promover a educação continuada; redimensionar o quantitativo de pessoal; elaborar protocolos assistenciais na busca constante de qualificação profissional que refletirá de maneira direta na qualidade assistencial prestada.

Ao final deste estudo podemos refletir sobre as variáveis que estão diretamente envolvidas na SAE que demonstram a necessidade de um entendimento crucial por parte dos enfermeiros, que a adoção de uma metodologia de trabalho é um meio e não o fim para atingirmos a qualificação assistencial e profissional.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Souza MFG. Sistematização da Assistência de Enfermagem em um hospital pediátrico de ensino: uma pesquisa-ação. [dissertação on-line]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010. [citado 2015 Jun 24] Disponível em: http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/14710

2. Reppetto MA, Souza MF. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um hospital universitário. Rev Bras Enferm 2005 maio-jun; 58(3):325-9.

3. Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. Rev Bras Enferm 2006 set-out; 59(5):675-9.

4. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde brasileiras. Boletim COFEN normas e notícias 2002; 22:4-5.

5. Hermida PMV. Desvelando a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rev Bras de Enferm 2004 nov-dez; 57(6):733-7.

6. Silva EGC, et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(6):1380-6.

7. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.

8. Brasil. Lei nº. 9610, de 19 de Fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e da outras providências. Diário Oficial da União 20 de fev 1998.

9. Minayo MCS, et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 11 ed. Petrópolis: Vozes; 2000.

10. Carvalho EC, Bachion MM, Dalri MCB, Jesus CAC. Obstáculos para a implementação do processo de Enfermagem no Brasil. Rev Enferm UFPE 2007; 1(1):95-9.

11. Silva AKLR. Sistematização da Assistência de Enfermagem: o significado para a enfermeira(o) [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2006.

12. Kroger MMA, Bianchini SM, Oliveira AML, Santos LSC. Enfermagem em Terapia Intensiva: do ambiente da unidade à assistência ao paciente. São Paulo: Martinari; 2010.

13. Taylor C, Lillis C, Lemone P. Fundamentos de Enfermagem. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

14. Figueiredo MED, Santos SR, Oliveira AMM, Leite NS, Morais JMD, Duarte ACP. Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção de enfermeiros de um hospital escola. Rev Enferm UFPE 2013; 7(esp):6981-8.

15. Silva LWS, Nunes ECDA, Souza DM, Santos CS, Pereira LM. Sistematização da Assistência de Enfermagem: a práxis no ser-saber-fazer o cuidado. Cogitare Enferm 2011; 16(3).

16. Menezes SRT, Priel MR, Pereira LL. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na pratica da Sistematizacao da Assistência de Enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(4):953-8.

17. Oliveira KF de, Iwamoto HH, Oliveira JF de, Almeida DV de. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede Hospitalar de Uberaba: MG. Rev. Enf. Ref. 2012 dez; 3(8):105-114.

18. Moreira V, Santos CS, Oliveira JC, Reis LA dos, Lima EF. Sistematização da Assistência de Enfermagem: desafios na sua implantação. InterScientia 2013 set-dez; 1(3):60-79.

19. Freire EMR, Carvalho CC, Resck ZMR. Sistematização da assistência de enfermagem no processo de trabalho hospitalar: uma revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde 2012; 4(2):308-26.

20. Dias IMAV, Terra AAA, Machado JRO, Reis VN. Sistematização da Assistência de Enfermagem no gerenciamento da qualidade em saúde. Rev Baia de Enferm 2011; 25(2):161-172.

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem

75.PERFIL CLÍNICO DE USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

CLINICAL PROFILE OF AN EMERGENCY SERVICE USER

PERFIL DE USUARIOS DE EMERGENCIA UN SERVICIO CLÍNICO

DE MARCO, Vera Regina[1]; DA SILVA, Luiz Anildo Anacleto[2]; DOS SANTOS, Luana Escobar [3]; OLIVESKI, Cínthia Cristina[4]; STRAPAZZON, Mônica[5]; PETRY, Letícia[6]; VIEIRA, Yohana Pereira [7]; SCHNEIDER, Fabiéli Vargas Muniz [8].

Resumo:

Introdução: No estudo em voga, procura-se evidenciar qual o perfil de usuários de um serviço de emergência de um hospital de médio porte, localizado no norte do Estado do Rio Grande do Sul. **Objetivo:** caracterizar a população que acede a um serviço de emergência e especificamente, traçar o perfil dos usuários deste serviço, além das principais queixas, demandas, origens e a resolutividade do serviço**. Metodologia**: o estudo está caracterizado como de investigação do tipo documental, descritiva, de natureza qualitativa. Para a apreciação dos dados, utilizou-se a analise descritiva simples. **Resultados/discussão:** Os resultados indicam que a maioria dos casos atendidos são eletivos, e que as urgências e emergência representam um diminuto número de casos. Considerações finais: há necessidade de rever e reconfigurar o atendimento no serviço de emergência em consonância com a atenção básica.

DESCRITORES: Emergência; Enfermagem; Avaliação em enfermagem.

Abstract

Introduction: In the current study, it is sought to highlight the profile of users of an emergency service of a medium-sized hospital located in the north of the State of Rio Grande do Sul. **Objective**: characterize the population that accesses To an emergency service and specifically, to profile the users of this service, in addition to the main complaints, demands, origins and service resolution. **Methodology:** the study is characterized as documentary, descriptive, qualitative research. For the evaluation of the data, simple descriptive analysis was used. **Results / discussion**:

[1] 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.
[2] Enfermeiro, doutor, professor associado I. Departamento de ciências da saúde, Curso de Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria campus Palmeira das Missões.
[3] Acadêmica de Enfermagem. Departamento de ciências da Saúde, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria - Campus de Palmeira das Missões.
[4] Enfermeira, especialista em Urgência, Emergência e Trauma. Departamento de ciências da saúde, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria campus Palmeira das Missões.
[5] Enfermeira, mestranda, Universidade Federal de Santa Maria.
[6] Acadêmica de Enfermagem. Departamento de ciências da Saúde, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria - Campus de Palmeira das Missões.
[7] Acadêmica de Enfermagem. Departamento de ciências da Saúde, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria - Campus de Palmeira das Missões.
[8] Acadêmica de Enfermagem. Departamento de ciências da Saúde, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria - Campus de Palmeira das Missões.

The results indicate that the majority of the cases treated are elective, and that emergencies and emergencies represent a small number of cases. **Final considerations**: there is a need to review and reconfigure the emergency service in line with basic care.

DESCRIPTORS: Emergencies; Nursing; Nursing assessment.

Resumen

Introducción: En el estudio en boga, pretende dar a conocer lo que un perfil de usuario del servicio de urgencias de un hospital de tamaño medio, situada en el norte del Rio Grande del Sur**. Objetivo**: caracterizar la población que tiene acceso a un servicio de emergencia y, específicamente describir el perfil de los usuarios de este servicio, además de las principales quejas, demandas, los orígenes y la resolución del servicio. **Metodología:** el estudio se caracteriza por la investigación documental, descriptiva y la naturaleza cualitativa. Para la evaluación de los datos, se utilizó el análisis descriptivo simple. **Resultados / discussion**: Los resultados indican que la mayoría de los casos tratados son electivos, y las urgencias y emergencias representan un pequeño número de los casos. **Consideraciones finales**: Existe la necesidad de revisar y volver a configurar la atención en el servicio de urgencias en acuerdo con los cuidados básicos.

Descriptores: Urgencias médicas; Enfermería; Evaluación en enfermería.

Introdução

A implementação de políticas assistenciais à saúde dos usuários da região norte do RS está sob gestão de uma Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), a qual disponibiliza os encaminhamentos necessários para que a população possa ser assistida conforme suas necessidades. A 15ª CRS localizada na cidade de Palmeira das Missões abrange 26 municípios da região com total de 161.508 usuários, segundo CENSO 2010 (IBGE 2010). Esta tem como missão o desenvolvimento de políticas para a promoção da ampliação do aceso à saúde com qualidade em todos os níveis de atenção com conformidade aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Peculiarmente, nessa região não se tem serviços de alta complexidade, quando da necessidade da mesma os usuários precisam ser encaminhados aos hospitais referencias em outras regiões.

A orientação para que aconteça o primeiro atendimento pelo SUS são as várias portas de entrada através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou as Unidades da Estratégia de Saúde de Família (ESF), através deste serviço ou em casos graves de saúde que o usuário é orientado a procurar a emergência do seu hospital. A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistências é atribuída pelos princípios e diretrizes do SUS. [1]

O hospital é referência da região norte para serviços de média complexidade, composto por uma unidade de atendimento de urgência e emergência, unidade de internação clínica, unidade de internação cirúrgica, centro cirúrgico e um centro de diagnóstico por imagem. Pacientes que exijam atendimento de alta complexidade são encaminhados conforme pactuação já existente.

O município conta com o suporte do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), com atendimento básico e avançado de vida. Os usuários que são resgatados pelo SAMU, são normalmente atendidos no serviço de emergência do hospital para avaliação e conduta frente ao quadro clínico do paciente.

O serviço de urgência e emergência utiliza um protocolo de classificação de risco, que pressupõe a determinação de agilidade na assistência a partir de uma avaliação individual dos

usuários conforme suas necessidades, cuidando seus riscos e vulnerabilidade, priorizando assim seu atendimento e não mais o atendimento por ordem de chegada. [2]

O atendimento mediante a classificação de risco é de competência do enfermeiro conforme resolução do COFEN nº 423/2012, que exerce sua atividade e assistência com ética, conhecimento de base científica, capacidade de tomadas de decisões imediatas, conhece o processo de classificação e padronização do Ministério da Saúde e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento. [3]

Analisando o alto fluxo da procura de assistência médica de uma considerada parte da população nas unidades de emergência, percebe-se que ainda é a principal porta de entrada para o atendimento, em vez de buscar primeiramente na rede básica. A superlotação da procura constante das emergências pode indicar a dificuldade na utilização da rede de atenção à saúde quanto à vulnerabilidade de usuários que precisam de cuidados frequentemente. [4,5]

A alta demanda de atendimento não emergencial, muitas vezes, acaba descaracterizando o pronto socorro, onde este acolhe por mais de 24 horas os usuários que aguardam um leito de internação. Isto acontece devido ao alto número de doenças crônicas degenerativas que acometem os usuários formalizando problemas clínicos agudos, que gera, no entanto a dificuldade de atendimento na unidade de pronto-socorro. [6] O objetivo do trabalho é caracterizar a população que acede a um serviço de emergência e especificamente, traçar o perfil dos usuários deste serviço, além das principais queixas, demandas, origens e a resolutividade do serviço.

Metodologia

Este estudo é uma investigação do tipo documental, descritiva, de natureza qualitativa. [7] Para a apreciação dos dados, utilizou-se a análise descritiva simples. Desenvolveu-se o estudo na área territorial que compreende a 15ª CRS, a qual envolve 26 municípios. Nessa região não existem serviços de alta complexidade, mas hospitais de pequeno e médio porte, os quais não dispõem de serviço de terapia intensiva, seja adulto ou pediátrico. O estudo foi realizado em um dos hospitais da área, o qual conta também com SAMU para transporte de pacientes críticos.

A planilha da coleta foi construída de forma a preservar as identificações dos usuários atendidos de maneira que permita total sigilo. A coleta de dados foi realizada na base de dados do sistema do hospital. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria e aprovado conforme termo consubstanciado nº 1.620.750.

Resultados e discussão

Os dados coletados neste trabalho englobam o sistema de classificação de risco utilizada no serviço da urgência e emergência, sexo, idade, procedência, ocupação, procedimentos, queixa principal e desfecho. Trata-se de 8.400 atendimentos realizados em uma unidade de urgência e emergência de um hospital de médio porte do norte do estado do Rio Grande do Sul referentes ao dia 1 de maio de 2016 a 31 de julho de 2016.

Desta amostra, 52,32% pacientes eram do sexo feminino e 47,98% eram do sexo masculino. No **Gráfico 01** têm-se a distribuição dos usuários atendidos no serviço de emergência do hospital, quanto à faixa etária.

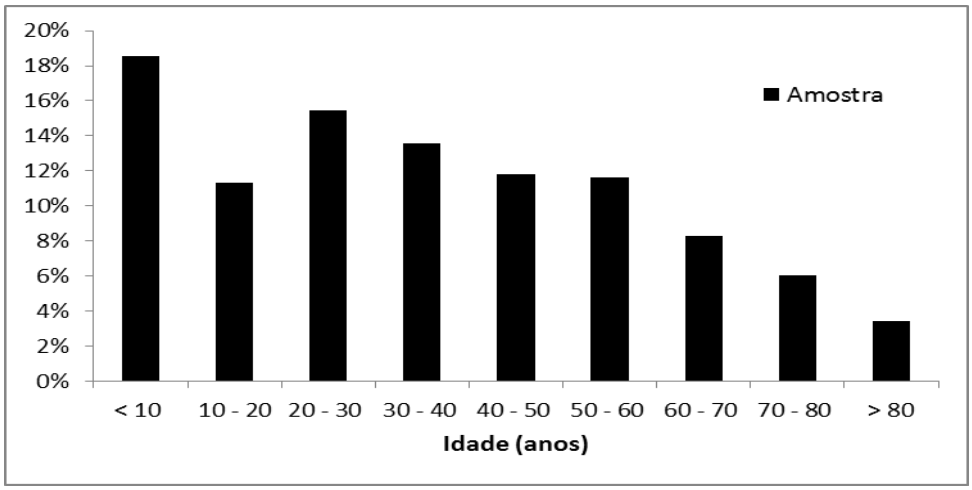


Gráfico 1: De Marco; Dos Santos; Silva; Oliveski, Strapazzon, Petry, Vieira 2017.

Quanto à procedência dos pacientes 89,17% residem na cidade de origem do estudo, enquanto 10,83% são oriundos de municípios circunvizinhos. Em relação à ocupação 31% dos atendidos não declararam emprego, contudo, incluem-se neste dado as crianças que não frequentam nenhuma instituição de ensino, além disso, 18,57% declararam-se domésticas, 13,35% serviços gerais e 13,25% estudantes.

Os procedimentos que são executados com maior frequência neste período são a aplicação de medicação (55,48%), sendo esta para pacientes vindos com receituário médico, sem realizar consulta, apenas para aplicar o fármaco; seguido pela realização de curativos (21,15%), verificação de sinais vitais (5,77%) e realização de exames (5,18%).

Tabela 01: Distribuição dos usuários quanto às queixas mais recorrentes no serviço de emergência de um hospital de médio porte do RS, no período de 1º de maio a 31 de julho de 2016.

Queixa Principal	Nº	(%)
Sistema Respiratório	**1790**	21,30%
Sistema Digestório	**1544**	18,38%
Trauma	**955**	11,36%
Sistema Neurológico	**619**	7,36%
Sistema Cardiovascular	**460**	5,47%

Tabela 01- De Marco; Dos Santos; Silva; Oliveski, Strapazzon, Petry, Vieira 2017.

Dentre as 21,30% queixas referentes ao sistema respiratório, aparecem com maior frequência à tosse, dispneia e dor de garganta. Em relação ao sistema digestório (18,38%) surge comumentemente dor abdominal, vômito e diarreia. Já nos casos de trauma (11,36) são causados por quedas e ferimentos. O sistema neurológico (7,36%) engloba casos de cefaleia, febre e desmaio; enquanto o sistema cardiovascular (5,47%) são os casos de hipertensão arterial sistêmica e dor torácica.

Um estudo descreveu que as dores em geral como nos membros e/ou em mais de uma região do corpo, cefaleias, lombalgia e dores torácicas (20%), foram a principal justificativa pela procura do serviço de pronto atendimento, seguida por problemas respiratórios como gripe, tosse e dor de garganta (15,4%). Neste contexto, outros autores também demonstraram que as baixas complexidades dos atendimentos no serviço de urgência e emergência prevalecem como os problemas respiratórios (11,9%), febre (11,3%), dores no corpo, membros e coluna (8,98%), dores abdominais (6,2%) e cefaleia (5,7%). [8,9]

Outro estudo realizado em um hospital geral de Pernambuco constatou que 74,5% dos atendimentos poderiam ser realizados na atenção básica, por não se caracterizar como urgências, pois eram queixas típicas. Os usuários utilizam os serviços hospitalares de urgência e emergência por entenderem que esta alternativa é mais resolutiva, pois recebem um somatório de recursos, como consultas, remédios, exames, procedimentos de enfermagem e internações. [10]

O acolhimento com classificação de risco proposto pelo Ministério da Saúde tem por objetivos, classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato; além de funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência. [11]

Desta forma, o hospital onde o estudo foi realizado implementou este programa de classificação, acolhendo todos os pacientes que buscam o serviço de emergência. Pacientes em parada cardiorrespiratória, infarto, politrauma, choque, são prioridade zero, ou seja, cor vermelha, e devem ser atendidos imediatamente, devido o risco de morte iminente. Usuários com trauma moderado, traumatismo crânio encefálico sem perda da consciência, queimaduras menores, dispneia, convulsão constituem prioridade um ou cor amarela e necessitam de atendimento em até 30 minutos pelo elevado risco de morte. A prioridade dois ou cor verde devem receber atendimento em até 1 hora, bem como a prioridade três ou cor azul, uma vez que estes pacientes não possuem risco de morte e referem-se a queixas de ferimento craniano menor, dor abdominal difusa, cefaleia menor, doença psiquiátrica, diarreias, idosos, entre outros. [11]

Neste trabalho, dos atendimentos realizados 0,35% foram classificados como cor vermelha (emergência), a qual caracteriza emergência e que o paciente deve ser atendido imediatamente. Os classificados com cor amarela (urgência) foram 15%, indicando urgência e que precisam receber atendimento em até 30 minutos. Os demais 81,65% não corriam risco de vida e se caracterizam por urgências menores ou eletivas (cor verde e azul), sendo que o atendimento poderia ser realizado nas unidades básicas de saúde.

Salienta-se ainda que 62,01% dos atendimentos foram diurnos, no período das 7:00 às 19:00 horas, com isso, pode-se perceber que a maioria das demandas de consultas poderiam ser acolhidas pelas (UBS) do município, não necessitando de atendimento hospitalar.

Em outro estudo tem-se o mesmo achado, onde 70,7% dos atendimentos ocorreram durante o dia, quando a rede básica de atenção está aberta à assistência. Este dado é muito importante para identificar que o usuário, na maioria das vezes, não procura o pronto atendimento somente quando as UBS estão fechadas. [8]

Autores afirmam que para a utilização do atendimento com a classificação de risco para o serviço de urgência e emergência é necessário melhorias na rede de atenção básica, uma vez que os usuários procurarão mais este serviço para queixas de baixa complexidade. É evidente que existe a necessidade do atendimento ser qualificado para suprir as necessidades da demanda, do contrário, estes indivíduos retornarão para o pronto atendimento por considerarem mais resolutivo. [10]

Além disso, entende-se que a grande demanda desses usuários para casos não urgentes no pronto atendimento repercute sobre a qualidade da assistência prestada para os casos que realmente necessitam de atendimento de urgência ou emergência. [8]

Vale ressaltar também que 89,71% dos pacientes deste estudo receberam alta hospitalar, sendo que apenas 3,92% necessitaram de internação, 2,88% desistiram do atendimento e 1,98% foi encaminhado para serviço especializado.

É reconhecido que a busca por serviços de urgência e emergência para casos que poderiam ser resolvidos em serviços de menor complexidade ocorre independente do nível de desenvolvimento econômico e social dos países. Nota-se que, apesar da progressiva expansão das UBS e da implantação do Programa Saúde da Família, a demanda nos serviços de emergência não se modifica. Constata-se incoerência no modo de pensar e abordar a urgência pelos gestores, profissionais de saúde e usuários desses serviços. [12]

Considerações Finais

Este estudo mostra que existe uma descaracterização na acessibilidade do serviço de emergência, razão que a maioria dos casos poderia ser resolvida nos serviços ambulatoriais da atenção básica. A maioria dos atendimentos podem ser classificados como eletivos, sendo que os casos de urgência e emergência tem uma representatividade pequena no universo total dos casos atendidos, ou seja, aproximadamente 16% de todos os casos.

O sistema de classificação de risco é uma importante ferramenta para definir e classificar o atendimento, razão que se propõem fazer o a atendimento conforme a necessidade evidenciada, ou seja, os riscos e não somente pela demanda ou ordem de chegada. Entende-se que uma das maneiras de resolver as questões que envolvem o atendimento de casos eletivos nos serviços de emergência, esteja relacionada à reconfiguração da atenção básica e o trabalho conjugado com os serviços hospitalares, sendo mais explícito, ter-se um sistema de referência e contra referência, situação que os serviços de emergência ficariam com incumbência de atender os casos de urgência e emergência.

O estudo em voga apresenta limitações, razão que ainda se encontra em construção e desenvolve-se em uma única instituição de saúde, fato que nos estimula a desenvolver novas pesquisas na área.

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

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n° 8.080. Brasília: 1990.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria

de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

3. Conselho Federal de Enfermagem – BRASIL. Resolução nº 423/2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html acesso 05 de janeiro de 2016.

4. O' Dwyer G. Matta IEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. Cienc Saúde Coletiva. 2008;13(5):1637-48.

5. Acosta AM, Lima MADS. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2015;23(2):337-44

6. Valera RB, Turrini RNT. Fatores relacionados à readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência. Ciencia y Enfermería. 2008;14(2):87-95

7. GIL, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1997.

8. Souza Gomide MF, Pinto IC, Gomide DMP, Zacharias FCM. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. Medicina (Ribeirão Preto) 2012;45(1): 31-8.

9. Olivati FN, Brandão GAM, Vazquez FL, Paranhos LR, Pereira AC. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. RFO UPF vol.15 no.3 Passo Fundo sep./dic. 2010

10. Camerro A, Alves EC, Camerro NMMS, Nogueira LDP. Perfil do atendimento de serviços de urgência e emergência. Revista Fafibe On-Line, Bebedouro SP, 8 (1): 515-524, 2015.

11. Protocolo de acolhimento com classificação de risco. Política Nacional de Humanização. Hospitais Municipais, São Luís, Maranhão. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf

12. Freire AB, Fernandes DL, Moro JS, Kneipp MM, Cardoso MC, De Lima SBS. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? Saúde (Santa Maria), Santa Maria, Vol. 41, n. 1, Jan./Jul, p.

76.PERFIL DA MORTALIDADE DA POPULAÇÃO ADOLESCENTE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

THE MORTALITY PROFILE OF THE ADOLESCENT POPULATION IN THE STATE OF RIO GRANDE DO SUL

PERFIL DE LA MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN EL ESTADO DE RÍO GRANDE DO SUL

OLIVEIRA, Mariane de[1];BERLITZ, Betina[2];BARBIANI, Rosangela[3]; MARQUES, Mariana Ribeiro[4]

Este trabalho apresenta um recorte da Pesquisa "Indicadores de Saúde de Adolescentes: a realidade do Estado do Rio Grande do Sul". (PISA), em uma parceria entre a Universidade do Vale do Rio dos Sinos (PPG Enfermagem) com a Secretaria Estadual da Saúde (SES) e prevê a ampliação e definição de uma matriz de indicadores, visando monitorar a situação de saúde de adolescentes, em âmbito estadual e regional. A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes do Rio Grande do Sul(PEAISA), implantada em 2010, é coordenada pela SES e está sendo implementada nos 497 municípios do Estado. Dessa forma, as atualizações dos dados de indicadores de saúde são necessárias para dar segmento e organizar diretrizes dessa política, além de avaliar a implementação desta. De acordo com o escopo geral da pesquisa, o objetivo deste trabalho é apresentar os dados preliminares relativos ao eixo mortalidade de adolescentes no Rio Grande do Sul, em função de seu impacto e importância para a atenção integral à saúde desse segmento populacional. O Estado tem, segundo dados do IBGE[1] , 1.737.259 de adolescentes, onde considera-se adolescentes pessoas com idade entre 10 a 19 anos de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde[2] e do Ministério da Saúde (MS) cujas principais causas de morte (evitáveis) são as causas externas. Considerando essa realidade, serão apresentados os dados relativos aos óbitos de adolescentes, associados as seguintes variáveis: raça/etnia e sexo, série histórica, municípios e regiões, além das principais causas de mortalidade por Capítulo de Classificação Internacional de Doenças (CID10.) Trata-se de um estudo ecológico descritivo de indicadores da mortalidade de adolescentes no Rio Grande do Sul, no período de 2010 a 2014. A população adolescente foi classificada em subgrupos etários de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. A coleta de dados foi obtida por meio do sistema DATASUS/TABNET, especificamente o Sistema de Informação de Mortalidade(SIM), gerido pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Os resultados parciais revelam que na série histórica do período de 2010 a 2014 o número de óbitos entre adolescentes se mantém relativamente estável, na faixa proximal de 1000 óbitos/ano. Dos 5451 óbitos do período, 73,82% foram de adolescentes do sexo masculino, de cor/raça branca (78,6%), sendo a faixa etária de 15 a 19 anos a predominante para ambos os sexos. As causas externas foram prevalentes em todas as variáveis (série histórica, sexo, raça/cor) e em todos os

[1] Acadêmica do curso de Enfermagem na Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Email: mariane1786@hotmail.com
[2]Acadêmica do curso de Enfermagem na Universidade do Vale do Rio dos Sinos
[3] Assistente Social, Doutora em Educação, Professora Adjunta. Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS-PPG ENFERMAGEM.
[4]Enfermeira, Mestranda em Mestrado Profissional em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

segmentos etários (65,42%), mas entre estes com variações. As neoplasias (8,31%) foram a segunda causa prevalente entre adolescentes, cujo percentual de maior ocorrência identificado foi na faixa etária de 10 a 14 anos. As agressões (homicídios) foram responsáveis por 46,18% das mortes do capitulo das causas externas, seguidas por acidentes por transporte (27,26%) na faixa etária entre 15-19 anos. Nessa faixa etária chamou atenção o aumento do número de óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente (suicídios) nos anos de 2011, 2012 e 2014, ocupando a terceira posição das principais causas de mortalidade pelo capitulo CID das Causas Externas. Os acidentes de transporte (31,77%) e agressões (22,18%) foram as causas externas principais de mortalidade, na faixa etária de 10 a 14 anos.Com relação as principais causas de mortalidade por raça/etnia a população branca e negra seguem as mesmas causas descritas anteriormente, sendo causas externas seguidas de neoplasias como principais, o que diferiu na população adolescente indígena que depois das causas externas (61,29%) é seguida por doenças do aparelho respiratório com 9,68%. Outra evidência a destacar é o fato de que adolescentes negros morreram mais por causas externas (73%) do que os adolescentes brancos (64%). A diferença das causas de mortalidade foi constatada entre os sexos, sendo que adolescentes do sexo masculino morrem mais devido a situações de agressões (46%) e do sexo feminino os óbitos ocorreram devido a acidentes de transporte, seguidos por afogamentos e submersões acidentais em ambos os sexos. Dos óbitos ocorridos na série histórica de 2010 a 2014 o ranking dos cinco municípios com maiores taxas foi: Alvorada, Guaíba, Viamão, Porto Alegre e Canoas. Portanto, capital e região metropolitana concentraram as maiores taxas de óbitos, considerando sua população de indivíduos adolescentes. Pode-se constatar que o perfil da mortalidade de adolescentes no período estudado no Estado é determinado consideravelmente por causas evitáveis, afetando prevalentemente o subgrupo etário de 15 a 19 anos, mais exposto as causas externas[3]. Outro fato a se considerar, é a diferença da causa de mortalidade para os subgrupos etários. Adolescentes de 10 a 14 anos de idade morrem mais devido a acidentes de transporte enquanto que as agressões(homicídios) são o motivo no qual a faixa etária de 15 a 19 anos morrem. Pode-se pensar, dessa forma, que ações direcionadas às vulnerabilidades específicas desses segmentos etários podem impactar positivamente na redução desses índices, considerando a condição peculiar de desenvolvimento e crescimento dos adolescentes, o que os expõem às situações de violência e acidentes. Nessa direção, o suicídio é uma causa que vem crescendo de forma mais frequente nos adolescentes de 15 a 19 anos e pode estar associada a sentimentos de solidão e tristeza, conflitos afetivos entre amigos ou familiares, depressão e, além disso, eventos como *bullying*.[4] Marcadores de gênero foram identificados (indivíduos do sexo masculino morrem mais devido as agressões, ao passo que adolescentes do sexo feminino morrem por acidentes de transporte). As causas externas têm maior impacto na mortalidade de adolescentes negros, se comparados com os adolescentes brancos. Essas características, no seu conjunto, precisam ser estudadas no contexto dos determinantes sociais da saúde, das ações intersetoriais e interdisciplinares para a redução das mortes por causas evitáveis. Sendo assim, é oportuna a adoção de políticas públicas voltadas para esse segmento populacional em todos os níveis de atenção, abrangendo os territórios e equipamentos estratégicos com as escolas e equipes de estratégia da família. Para tanto, considera-se importante o conhecimento do perfil de mortalidade dos adolescentes, para que essas informações subsidiem os planejamentos dos gestores, principalmente nos âmbitos estaduais, regionais e municipais, visando a promoção e proteção da vida do público adolescente.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade na adolescência; Indicadores de Saúde de adolescentes;

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

Referências:

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: características da população-Amostra. [acesso em 29 março 2017]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rs&tema=censodemog2010_amostra
2. Eisenstein E. Adolescência:definições, conceitos e critérios.Adolesc. Saúde [internet]. jun. 2005 [acesso em 03 abril 2017]; 2(2):6-7. Disponível em: www.adolescenciaesaude.com/audiencia_pdf.asp?aid2=167&nomeArquivo...pdf
3. Malta DC et al. Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras – 2009. Ciênc. Saúde Coletiva [internet]. set. 2012 [acesso em 15 abril 2017]; 17(9);2291-04. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a11v17n9.pdf
4. Braga LL, Dell'Aglio DD. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. Contextos Clinic [internet].jan./ jun. 2013 [acesso em 15 abril 2017]; 6(1);2-14. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v6n1/v6n1a02.pdf.

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

77.PERFIL DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SANTA MARIA/RS

PROFILE OF PRIMARY HEALTH CARE WORKERS IN SANTA MARIA/RS

PERFIL DE LOS TRABAJADORES DE LA ASISTENCIA SANITARIA BÁSICO DE SANTA MARIA/RS

ZANON, Roosi Eloiza Bolzan[1]; DALMOLIN, Graziele de Lima[2]; VARGAS, Daíse dos Santos[3].

Introdução: O perfil dos trabalhadores que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) de um município fornece importantes informações sobre a composição das equipes que são responsáveis pela execução das diferentes políticas públicas de saúde[1]. Estas políticas propõem a reestruturação do modelo de atenção à saúde das pessoas e coletividades, orientadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme a Constituição Federal de 1988, que criou o SUS, "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"[2]. A este Sistema compete, além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos para atuar na área de saúde. A Lei 8080/90, que regulamenta o SUS, no capítulo sobre organização, direção e gestão, prevê que os serviços de saúde proponham prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos seus recursos humanos[3]. Quem e quantos compõem, o que fazem, qual sua formação básica e complementar, entre outros dados, são informações que permitem compreender melhor essas equipes, qual sua capacidade de atuação e atenção dentro destas políticas, pois o sucesso deste sistema de saúde depende muito do quantitativo destes trabalhadores e da sua formação básica e continuada para atuarem na APS. **Objetivo: Conhecer** o perfil sociodemográfico e laboral dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde no município de Santa Maria - RS**. Metodologia**: Trata-se de estudo quantitativo, descritivo, cuja coleta dos dados ocorreu no período de março a agosto de 2015, após ter passado por apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, registrado sob CAAE: 40264314.4.0000.5346 em 12/01/2015. A população que constituiu a pesquisa compôs-se dos trabalhadores que atuavam na APS do referido município. Este contava com 332 trabalhadores na atenção primária, segundo informações coletadas com os responsáveis por cada unidade de saúde, nas quais se realizaram as coletas. O cálculo amostral estimou um número mínimo de 179 participantes, porém todos foram convidados a participar do estudo. Do total, 36 estavam afastados do trabalho, em férias ou licença para tratamento de saúde, o que resultou na população elegível de 296 trabalhadores. Destes, 48 recusaram-se a participar do estudo, 28 não foram localizados ou não devolveram os instrumentos após três tentativas, dois tinham tempo de serviço menor que seis meses e dois foram excluídos por entregarem o

[1] Enfermeira. Especialista em Educação na Área de Enfermagem. Coordenadora do Serviço da Gestão de Riscos Relacionados às Tecnologias em Saúde do Hospital Universitário de Santa Maria. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Rio Grande do Sul, Brasil.
Rio Grande do Sul, Brasil. roosi.zanon@gmail.com
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da UFSM. Rio Grande do Sul, Brasil.
[3] Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Rio Grande do Sul, Brasil.

questionário incompleto, restando 218 (65,6%) participantes. Estes responderam ao instrumento de coleta dos dados, com informações sociodemográficas e laborais. Para análise dos dados, empregou-se o software SPSS 21.0, utilizando-se estatística descritiva, com distribuição de frequência relativa e absoluta, e média como medida de tendência central. **Resultados**: Quanto ao sexo, 177 (81,2%) eram do sexo feminino, dado recorrente em outros estudos[4,5]. A idade dos trabalhadores variou de 25 a 78 anos (média de 42,86 anos). O item situação conjugal demonstrou que: 46 (21,1%) eram solteiros; 154 (70,6%) eram casados, tinham união estável ou companheiro; e 18 (8,3%) eram viúvos ou divorciados. Dos 218 trabalhadores, 166 (76,1%) tinham filhos e 45 (20,6%) tinham filhos menores de seis anos. Quanto à escolaridade, todos os trabalhadores tinham formação adequada ou superior ao exigido para o exercício do trabalho, sendo que cinco (2,3%) trabalhadores tinham ensino fundamental completo, três (1,4%) tinham ensino médio incompleto, 77 (35,3%) tinham ensino médio completo, 22 (10,1%) tinham graduação incompleta, 29 (13,3%) graduação completa, oito (3,7%) pós-graduação incompleta e 74 (33,9%) tinham pós-graduação completa. Quanto à profissão, participaram da pesquisa 66 (30,3%) agentes comunitários de saúde, 46 (21,1%) técnicos de enfermagem, 45 (20,6%) enfermeiros, 31 (14,2%) médicos, 10 (4,6%) odontólogos, sete (3,2%) atendentes de consultório dentário, quatro (1,8%) farmacêuticos, três (1,4%) auxiliares de enfermagem, dois (0,9%) fisioterapeutas, dois (0,9%) assistentes sociais, um (0,5%) psicólogo e um (0,5%) fonoaudiólogo. Quanto ao contrato de trabalho houve predominância de trabalhadores selecionados por concurso público: sendo 197 (90,4%) estatutários, seis (2,7%) por contratos celetistas, cinco (2,3%) por contratos emergenciais e 10 (4,6%) por contratos celetistas por empresas terceirizadas. Estavam distribuídos em 31 locais de trabalho, sendo 97 (44,5%) trabalhadores alocados em Estratégia Saúde da Família, 100 (45,9%) em Unidade Básica de Saúde e 21 (9,6%) em outros serviços específicos: Programa de Redução de Danos – Casa 13 de Maio, Secretaria da Saúde/Coordenação da Atenção Básica e Centro de Tuberculose e Hanseníase. Quanto ao turno, 183 (83,9%) trabalhavam manhã e tarde; 16 (7,3%), manhã; sete (3,2%), tarde; 11 (5,0%), misto e um (0,5%), noite. Do total de trabalhadores, 41 (18,8%) tinham outro emprego. Quanto à participação em cursos, 178 (81,7%) não realizavam nenhum curso naquele momento; 14 (6,4%) frequentavam curso de graduação; cinco (2,3%) faziam curso técnico; 15 (6,9%) na pós-graduação e seis (2,8%) faziam outros cursos. Dentre os trabalhadores, 16 (7,3%) sofreram acidente de trabalho. Quanto à adesão ao uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI): 83 (38,1%) sempre usavam, 61 (28%) às vezes usavam, 15 (6,9%) raramente usam, 59 (27,1%) nunca usavam. Dentre os 41(18,8%) que tiveram afastamentos do trabalho no último ano, 31(14,2%) ficaram até nove dias afastados, 13 (6,0%) de 10 a 24 dias, oito (3,7%) de 25 a 99 dias, e dois (0,9%) de 100 a 365 dias. Quanto à satisfação salarial: 164 (75,2%) não estavam satisfeitos. Quanto à satisfação no trabalho, 19 (8,7%) trabalhadores estavam 100% satisfeitos, 100 trabalhadores (45,9%) apresentaram 75% de grau de satisfação, 73 (33,5%) trabalhadores estavam 50% satisfeitos, 25 (11,5%) estavam 25% satisfeitos e apenas um (0,5%) estava com grau de satisfação de 0%. **Conclusões: O p**erfil dos trabalhadores da APS do município de Santa Maria, levantado no presente estudo, identificou o predomínio de mulheres na equipe, tendência já comprovada na composição de outras equipes de saúde. A maioria era casada ou em união estável e com filhos. Houve predomínio de estatutários e, embora a maioria não estivesse satisfeita com o salário, mais da metade apresentava de 75 a 100% de grau de satisfação no trabalho. O estudo demonstrou que há necessidade de propor iniciativas para aumentar a adesão ao EPI, medida de proteção à saúde do trabalhador. O levantamento e o

diagnóstico do perfil dos trabalhadores podem auxiliar na identificação de particularidades e necessidades destes, favorecendo a construção e implementação de estratégias para saúde do trabalhador, contribuindo para ambientes de trabalho mais saudáveis. Equipes mais satisfeitas prestam um serviço de melhor qualidade para as comunidades nas quais estão inseridas.

DESCRITORES: Recursos humanos em saúde; Atenção primária à saúde; Riscos ocupacionais

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

Referências

1. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família. Portal da Saúde [homepage na internet]. Brasília. Acesso em: 09 de abril de 2017. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php

2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

3. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 20 set 1990; 182:1.

4. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Souza MHN, Maciel EEN. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família [periódico na internet]. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2016; 24(1):e9405. Acesso em: 09 de abril de 2017. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a19.pdf

5. Nunes EFPA, Santini SML, Carvalho BG, Cordoni Junior L. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 29-41, JAN-MAR 2015. [periódico na internet]. Acesso em: 09 de abril de 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_Abstract&pid=S0103-11042015000100030&lng=p&tlng=pt

78.PERSPECTIVAS E DESAFIOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE AOS NOVOS CENÁRIOS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE.

PERSPECTIVES AND CHALLENGES OF HEALTH PROFESSIONALS IN THE FACE OF NEW SCENARIOS ON PATIENT SAFETY

PERSPECTIVAS Y DESAFÍOS PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD FRENTE A LOS NUEVOS ESCENARIOS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

CAMPOS, Mirian Lucia Dutra de[1]

Introdução: Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente significa a redução para um nível mínimo aceitável de risco de dano desnecessário relacionado aos cuidados de saúde. A Classificação Internacional para Segurança do Paciente (ICPS) define a "segurança do paciente" como o ato de evitar, prevenir ou melhorar resultados adversos ou lesões ocorridas ao longo do processo médico-hospitalar (1). A segurança do paciente vem despertando uma nova visão de assistência ao paciente. As instituições públicas e privadas de saúde estão direcionando seu olhar do cuidado para além da técnica, a fim de minimizar os eventos adversos durante assistência de saúde, proporcionando a equipe reflexões e discussões sobre o cuidado, contribuindo desta forma para a qualidade da assistência a saúde nos vários cenários da assistência ao paciente. O movimento Internacional para a Segurança do Paciente vem ocupando um espaço cada vez mais amplo no debate sobre qualidade e segurança da assistência a saúde no Mundo e do Brasil. Em outubro de 2004, a Organização Mundial da Saúde lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, tendo como foco central a formulação do Desafio Global para a Segurança do Paciente, que incorporou como primeiro desafio a infecção relacionada à assistência à saúde (2). Diante disso, as organizações de saúde procuram programar a segurança como um processo cultural, sensibilizando os profissionais para a cultura da segurança do paciente, para o comprometimento ético com a gestão de riscos e a consequente apropriação da segurança pelos usuários e por eles mesmos. (3). Estima-se que 1 em cada 10 pacientes hospitalizados sofrem danos em países desenvolvidos e esse número provavelmente é mais alto em países em desenvolvimento. Este relato de experiência pode ser justificado pela discussão sobre a segurança do paciente que está ocorrendo atualmente, e uma vez que é necessário conhecer e entender os fatores que afetam uma cultura organizacional das instituições de saúde públicas e privadas de saúde. Considerando que os profissionais de saúde estão em uma posição de constante aproximação entre o paciente a organização de saúde e gestores,

[1] Enfermeira Especialista Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Uri Campos Santiago-mirian@viacom.com.br

e os mesmos destacam-se e contribuem com um papel importante nas ações para promover a segurança do paciente. Frente ao exposto, a autora procurou descrever como os profissionais de saúde pensam e agem nestes novos desafios e perspectivas sobre a segurança do paciente. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado a partir de observações com profissionais de saúde de um hospital, situado na região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul, no período de agosto a novembro de 2016, durante a supervisão de estagio de Gerenciamento II dos alunos do Curso de Enfermagem do VIII semestre de uma instituição de ensino superior. **Resultado e discussões:** Preocupações relativas à temática "Segurança do Paciente" podem ser identificadas desde Florence Nightingale, em 1863, no livro Notes on hospital. Grande avanço ocorreu nos anos de 1990, quando James Reason trouxe importante contribuição para a compreensão de como os erros ocorrem, ao destacar que um erro é fruto de falha no sistema e, por isso, deve ser abordado de forma holística. (4). Além disso, a assistência à saúde de qualidade, dialogada, com ações reflexivas, comprometida com a segurança do paciente é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura e com a satisfação do paciente em todo o processo. A segurança do paciente é um movimento em expansão, proporcionado por políticas governamentais e desenvolvimento de novos saberes, nas quais é dado ênfase na cultura de segurança como um dos principais determinantes na assistência em saúde segura (5). Observa-se o esforço e a sensibilização para o enfrentamento dos erros na assistência a saúde a partir de alianças mundiais para a minimização dos erros na assistência nos diversos contextos do trabalho. As instituições de saúde ainda estão se adequando a passos lentos aos novos olhares sobre segurança do paciente. Precisamos ações e estratégias mais reflexivas e comprometidas de toda a equipe multiprofissional frente às novas mudanças em relação a uma assistência segura. Outra preocupação constante é conscientizar gestores e enfermeiros gerencias do quanto de esforços mais significativos precisam estar a frente para transformar a segurança do paciente em prioridade sendo este um dos grandes entraves para uma assistência de excelência nas instituições de saúde. Ainda convém lembrar, que mais importante que definir o que é prioritário é redefinir o pensar e o modo como os líderes pensam e agem, porque suas crenças e comportamentos darão uma direção clara e visível aos esforços para melhoria da segurança do paciente. Evidenciou-se uma fragilidade da assistência a não aproximação da teoria de segurança do paciente deve ser vista como uma ameaça na assistência a saúde, e que olhares atentos dos gerenciadores são imprescindíveis para uma intervenção efetiva. Uma vez definida como prioridade pela alta liderança, os esforços de melhoria de segurança do paciente deverão ser estimulados e desenvolvidos em todos os níveis da organização. Ainda convém lembrar que um dos papéis da

liderança é a remoção das barreiras para as mudanças, ou seja, a viabilização das mesmas, imbuídos em uma assistência de qualidade que edifique a real concepção sobre segurança do paciente. **Conclusão.** Percebem-se ainda fragilidades na compreensão e integração dos lideres organizacionais, educadores e estudantes na construção do conhecimento coletivo voltado para identificação das fragilidades sobre segurança do paciente. Profissionais de nível médio e nível superior, imergindo em ações fragmentadas impostas desconfiguradas do todo, no que tange o cuidado seguro e holístico. Precisamos traçar novos caminhos para a resolução dos problemas que permeiam a segurança do paciente, uma gestão participativa sem a cultura da punição com interesse em compreender os complexos fatores que influenciam a segurança do paciente. Uma gestão participativa na qual os profissionais possam atuar como ator principal da cultura de segurança do paciente através do conhecimento cientifica, minimizando os eventos adversos, possibilitando desta forma, qualidade do cuidado através de um olhar mais reflexivo e comprometido com as ações de segurança do paciente. Faz-se necessário investir em mais informações e contingente de profissionais nos diversos setores das instituições de saúde, seja publico ou privado e ter uma educação permanente atuante junto com o enfermeiro mostrando o trabalho e os indicadores de qualidade, somente desta forma haverá transformação da assistência à saúde com redução dos eventos adversos e consequentemente uma excelência no cuidado.

III Seminário Internacional
Integralidade, Enfermagem e na Saúde
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

DESCRITORES: enfermagem; segurança do paciente; gestão do cuidado

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

Referências

1. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. 2013. [acesso em 24 jun 2015]. Disponível: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-

1. World Health Organization,World aliance for patient safety:forward programme.Genebra:WHO;2005.

2. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed, 2010

3. Assistencia_Segura.pdf Claro CM, Krocockz DVC, Toffolleto MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. Rev. esc. enferm USP. [Internet] 2011; 45(1) [acesso em 04 nov 2015] Disponível: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100023

5. Mello, JF. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem. [Dissertação de mestrado]. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 2011.

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

79.PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: ESTRATÉGIA DE GESTÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE OU ARTEFATO BUROCRÁTICO

MUNICIPAL HEALTH PLANS: STRATEGY FOR THE MANAGEMENT OF HEALTH CARE OR BUREAUCRATIC ARTS

PLANES MUNICIPALES DE SALUD: ATENCIÓN DE GESTIÓN ESTRATEGIA EN SALUD O UN ARTEFACTO BUROCRÁTICO

PETRY, Letícia[1]; OLIVEIRA, Isabel Cristine[2]; VIEIRA, Yohana Pereira[3]; DE MARCO, Vera Regina[4]; SCHNEIDER, Fabiéli Vargas Muniz[4]; SANTOS, Luana Escobar dos[3]; SILVA, Luiz Anacleto da[5]; SODER, Rafael Marcelo[5.]

Resumo

Introdução: O estudo aborda questões referentes a gestão na atenção básica, em especial a utilização dos Planos Municipais de Saúde, como instrumento de gestão. **Objetivos**: O objetivo do estudo foi de compreender quais são os principais desafios, na visão destes secretários municipais de saúde. **Metodologia:** Metodologicamente, o estudo está classificado com descritivo, exploratório de natureza qualitativa. **Resultados/Discussão**: Os resultados evidenciam que a maioria dos gestores não utiliza os preceitos contidos nos planos municipais, para viabilizar a gestão e a atenção em saúde. **Considerações finais:** Conclui-se que a utilização dos Planos Municipais de Saúde, são instrumentos indispensáveis para a qualificação da atenção em saúde.

DESCRITORES: Gestão em saúde; Processo de trabalho; Saúde pública; Administração pública; Atenção primária em saúde.

Abstract

Introduction: The study addresses issues related to management in primary care, especially the use of Municipal Health Plans, as a management tool. **Objectives:** The aim of the study was to understand what are the main challenges in the eyes of these municipal health secretaries. **Methodology:** Methodologically, the study is classified as descriptive, exploratory of a qualitative nature. **Results/Discussion**: The results show that most managers do not use the precepts contained in the municipal plans, to enable health management and care. **Final considerations:** It is concluded that the use of Municipal Health Plans are indispensable tools for the qualification of health care.

DESCRIPTORS: Health management; Work process; Public administration; Primary Health Care.

[1]Acadêmica do Curso de Enfermagem. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões. E-mail: letiicia.petry@hotmail.com

2 Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

[3] Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões.

[4] Acadêmicas do Curso de Enfermagem. Bolsistas PET Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões.

[5] Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente na Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões.

Resumen

I**ntroducción**: El estudio aborda las cuestiones referentes a la gestión de la atención básica, en especial la utilización de los Planos Municipios de Salud, como instrumento de gestión. **Objetivos**: El objetivo es el estudio de los desafíos principales, la visión de los gestores municipales de salud. Metodología: Metodológicamente, el estudio tiene una clasificación cualitativa, descriptiva, exploratoria. **Resultados/Discusión**: Los resultados muestran que la mayoría de los administradores no utilizan los preceptos contenidos en los planes municipales, para que el cuidado de la gestión y la salud. **Consideraciones finales**: Llegamos a la conclusión de que el uso de los planes de salud municipales, son herramientas indispensables para la calificación del cuidado de la salud.

DESCRIPTORES: Gestión de la Salud; Proceso de trabajo; Salud pública; Administración Publica; atención primaria de salud.

Introdução

Os municípios desempenham um importante papel no processo de gestão em saúde, levando-se em consideração, suas características de descentralização adotadas pelo governo federal e estadual. Cada município da federação é responsável pela gestão, ou seja, o controle, o planejamento, bem como a execução da maioria dos serviços em saúde.

Nesse sentido, compete essencialmente a cada município o desafio de assumir a gestão do sistema, no que se refere ao planejamento das ações, estabelecer a adequação entre a oferta dos serviços, levando em consideração as respectivas demandas identificadas na população, além de atuar na formulação de estratégias a fim de viabilizar a implementação das novas diretrizes, com o objetivo de construir de um sistema fortalecido e com resultados positivos.[1]

Sob a ótica da descentralização de políticas públicas, o Sistema Único de Saúde (SUS), ao transferir para níveis mais periféricos as decisões e ações antes centralizadas, viabilizou-se a construção de um novo papel para as organizações e seus gestores. A descentralização na oferta dos serviços, presentemente mais alocadas nos municípios, possibilita o acompanhamento e monitoramento da gestão em saúde por parte da população, principalmente no âmbito da exequibilidade das demandas.[2]

Para que seja possível consolidar uma gestão resolutiva dos serviços, a construção de um Plano Municipal de Saúde (PMS), em consonância com os planos Estadual e Nacional de Saúde, com a preservação da autonomia do gestor local deve ser considerada como estratégia fundamental neste processo. [3]

Em conformidade com o Art. 2º da Portaria 3.332/2006 (§ 1º do Art. 2º) o Plano Municipal de Saúde é o instrumento que "apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas". [4]Nesse contexto, a presente pesquisa traçou seu caminho a partir da questão de pesquisa "quais são os principais desafios encontrados por secretários de saúde de municípios da região norte do estado do Rio Grande do Sul?". Dessa forma, delineou-se como objetivo compreender quais são os principais desafios na organização da gestão da atenção em saúde, na visão destes secretários municipais de saúde.

Metodologia

Os dados abordados nesse trabalho são provenientes de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória.[5] A amostra dos sujeitos da pesquisa deu-se por amostra proposital, intencional ou deliberada. Na apreciação dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo.[6] Conscientes do que representa a dimensão ética na pesquisa, neste estudo foram tomados todos os cuidados que permeiam esta atividade, tendo como parâmetro a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde.[7] O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (Parecer consubstanciado nº 306.040 de 11 de junho de 2013).

Os resultados da pesquisa são advindos de entrevistas realizadas com 26 secretários municipais de saúde, o que representa a totalidade de municípios que compõem a área de uma determinada coordenadoria de saúde do norte do Estado do Rio Grande do Sul. Na sistematização da análise, os entrevistados Secretários de Saúde foram identificados por uma letra (SS), seguidos de um número de ordem. A Coordenadoria Regional de Saúde desta região tem uma população de aproximadamente 160 mil habitantes.

Os dados da pesquisa foram coletados durante um período de seis meses, sendo as entrevistas dos 26 participantes gravadas digitalmente e, posteriormente, após realizada cuidadosa transcrição, aproveitaram-se as 26 entrevistas. Para fins de categorização do contexto desses sujeitos, tendo em vista o enfoque desse trabalho, os entrevistados apresentaram tempo médio de atuação no serviço, de três meses até nove anos, atuando na área da saúde.

Resultados e discussão

A análise das 26 entrevistas advindas da pesquisa permitiu a construção de duas categorias: ‘Concepções dos gestores municipais sobre a importância do Plano Municipal de Saúde e a sua aplicabilidade na gestão e atenção nos serviços de saúde’, ‘Plano Municipal de Saúde: instrumento norteador dos caminhos da gestão em saúde’.

Na emersão dos dados, verificou-se que 17 dos entrevistados referem à existência de Planos Municipais de Saúde, contudo, em suas asserções não se evidencia que os planos existentes sejam utilizados como estratégia de gestão da atenção em saúde nos respectivos municípios. Oito dos entrevistados confirmam a existência dos planos municipais de saúde e, peculiarmente, de alguma forma utilizam este importante instrumento na gestão em seus municípios. Ademais, um dos entrevistados deu uma resposta desconectada do tema em evidência.

Concepções dos gestores municipais sobre a importância do Plano Municipal de Saúde e a sua aplicabilidade na gestão e atenção nos serviços de saúde

Os extratos da pesquisa mostram que embora os gestores refiram a existência, não se evidencia a utilização do Plano Municipais de Saúde como norteador da gestão e atenção em saúde. A partir do discurso dos secretários de saúde, ou seja, de 17 participantes da totalidade, evidencia-se que há apenas o conhecimento da existência do Plano Municipal de saúde, sendo que a resposta se sustenta apenas na afirmação de que o seu município possui esse plano, não sendo utilizado como instrumento para fazer a gestão da atenção.

Esses dados corroboram com evidências de estudo em outra Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, com municípios a ela pertencentes, caracterizados como de pequeno porte. Em face desta configuração populacional, se constitui em um grande desafio para implementação das diretrizes do SUS, pois estes têm grande dependência externa para atender a

população. As dificuldades vão desde a estrutura física deficiente, a baixa capacidade em reter e qualificar trabalhadores em saúde, pouca qualificação da gestão e até a forma de organização e funcionamento das redes de atenção à saúde dentro e fora da região e macrorregião.[8]

Salienta-se que a coleta dos dados foi desenvolvida no período que englobava o último ano de vigência dos planos municipais de saúde, ou seja, o ano em que o próximo plano deveria estar em processo de elaboração, planejamento, avaliação e construção de novas metas. Somado a esse fato, constatou-se que na fala da maioria dos sujeitos não há uma argumentação acerca do plano, seus objetivos e metas para o período de vigência, as respostas evidenciam a existência e a necessidade de construção do novo plano, contudo, não se configura a utilização atual ou futura dos planos.

O Plano Municipal de Saúde é o meio para que se desenvolva o planejamento, isto é, a resposta dos municípios frente aos problemas de saúde identificados na população que habita em seu território de abrangência, e ainda, deve estar em consonância com os Planos Estadual e Nacional de Saúde.[9]

A legislação municipal deve ajustar-se aos princípios de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) na Lei Orgânica do Município, nas demais leis municipais relacionadas à saúde e, especialmente, na lei do Plano Municipal de Saúde.[10] A inconsistência de ações de planejamento é algo evidenciado nesse universo dos participantes. Considera-se preocupante essa deficiência na gestão municipal, como evidenciado em outros estudos, tendo em vista a importância do processo de planejamento para a gestão em saúde, especialmente após a implementação do decreto 7508, o qual estabelece que as pactuações e consensos dar-se-ão a partir dos planos municipais de saúde.[8]

Os resultados permitem considerar que os municípios que compõem esse estudo apresentam particularidades específicas, sobre os quais identifica-se diferentes condições econômicas, sociais, políticas e organizacionais. Sob essa perspectiva, o planejamento das ações de saúde torna-se o eixo fundamental para o desenvolvimento da gestão local.

Plano Municipal de Saúde: instrumento norteador dos caminhos da gestão em saúde

Os resultados mostram que oito secretários de saúde reconhecem o Plano Municipal de Saúde para além de sua existência, evidencia-se que há um conhecimento acerca de sua periodicidade e o reconhecimento desse plano como guia e uma ferramenta para execução da gestão em saúde. Observa-se nas falas que os secretários de saúde compreendem o instrumento, o que leva a evidenciar que nos municípios, o Plano Municipal de Saúde não seja apenas reconhecido pela existência obrigatória, mas, sobretudo, esteja em uso.

O Plano Municipal de Saúde é abordado por esses secretários como uma ferramenta que guia as ações direcionadas à saúde no município, embora também reconheçam que as metas nem sempre são totalmente cumpridas e/ou atingidas na gestão. Esse olhar dos gestores vai ao encontro do que se define atualmente na literatura, haja vista os Planos Municipais de Saúde serem utilizados como a base para a execução, o monitoramento e a avaliação da gestão local de saúde. [9]

Além disso, a elaboração dos planos deve ser orientada pela análise de fatores como, uma análise situacional do município, análise crítica dos dados epidemiológicos e as condições financeiras, e ainda, considerar também os determinantes e condicionantes de saúde e gestão da saúde. [9]

Vale ressaltar que embora os sujeitos não argumentem muito sobre a importância do Plano Municipal de Saúde, a análise dos discursos permite observar uma potencialidade, pois alguns se referem à elaboração do plano como sendo uma produção coletiva, resultado da contribuição da equipe e da comunidade. Além disso, sobressai em suas falas o reconhecimento de que o plano deve ser aperfeiçoado a cada novo planejamento de gestão.

A construção de coletivos a partir de modelos centrados em experiências partilhadas de gestão torna possível desencadear processos de coresponsabilização, promovendo um modo de gerenciar que tenha espaço para a dinâmica de singularização e, portanto, de autonomia dos sujeitos envolvidos.[2]

No que se refere a participação da comunidade, o Conselho Municipal de Saúde pode ser considerado uma ferramenta complementar para efetivação de metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde. A atuação do Conselho concentra esforços no debate e na aprovação de demandas pontuais e fragmentadas, sendo que poderia promover o debate político, de modo a buscar deliberar, acompanhar e avaliar a implementação do Plano Municipal de Saúde, visando produzir mudanças sobre questões mais abrangentes da população, que possam impactar favoravelmente nas condições de saúde e a qualidade de vida. [10]

Considerações Finais

Embora a brevidade, o estudo mostra que, embora os Planos Municipais de Saúde sejam um importante recurso para a gestão da atenção em saúde, a maioria dos secretários de saúde não o utilizam como estratégia de qualificação e implementação das políticas de atenção à saúde nos seus respectivos municípios.

Por outro lado, um determinado número de gestores utiliza os preceitos contidos nos Planos Municipais de Saúde, para incrementar/fundamentar a gestão. Utilizam-se os planos para a implementação de ações em saúde, assim como a avaliação dos resultados, tais como a obtenção de metas e objetivos. Os gestores que referem utilizar o plano nos seus respectivos segmentos de trabalho, também referem à necessidade da construção de novos planos municipais de saúde, para a sequencialidade e a obtenção de resultados e reconfiguração dos novos planos.

Este estudo possibilita refletir que ainda mantém-se insipiente o processo de construção da gestão da atenção em saúde nos municípios. Ainda que sejam estabelecidas leis, decretos de regulamentação para estabelecer os fluxos de planejamento e organização dos serviços de saúde, alguns processos ainda são burlados. Dessa forma, é possível compreender que existem lacunas relevantes no processo de gestão, haja vista que o instrumento preconizado para a organização do serviço é o Plano Municipal de Saúde, e este não está sendo utilizado como estratégia de consolidação da gestão, com isso, o processo em saúde corre o risco de não ser resolutivo e consequentemente, não atingir os objetivos do SUS, que é atender as demandas da população com qualidade.

Nesse sentido, este estudo permite contribuir com reflexões que perpassam campos da organização do sistema de saúde, visualizando a necessidade de discussões mais aprofundadas

sobre a gestão da atenção em saúde, sendo que esta permeia todo o processo de uma saúde resolutiva e de qualidade.

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

Referências

Sauter AMW, Girardon-Perlini NMO, Kopf ÁW. Política de regionalização da Saúde: das Normas Operacionais ao Pacto pela Saúde. Rev. Min. Enferm.; 2012 16(2): 265-274.

Ferreira VL. As múltiplas faces da gestão – A prática gerencial nos serviços de saúde de Piraí. Dissertação – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2012.

Ministério da Saúde (Brasil). O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332_28_12_2006.html. Acesso em: 06 abril. 2017.

Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011.

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466. Brasília: 2012.

Medeiros CRG. Redes de Atenção em Saúde: o Dilema dos Pequenos Municípios. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2013.

Lobato LVC, Martich E, Pereira IDF. Prefeitos eleitos, descentralização na saúde e os compromissos com o SUS. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 74-85, jan-mar 2016.

Dallari SG, Adorno RCF, Faria, MM, Shuqair NSMSAQ; Trewikowski S. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 12(4):531-540, out-dez, 1996.

Kleba ME, Zampirom K, Comerlatto D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.556-567, 2015.

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

80.PRÁTICAS ALIMENTARES PARA CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

FOOD PRACTICE FOR CHILDREN EXPOSED TO HIV: INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE

PRÁCITCAS ALIMENTARES PARA NIÑOS ESPOSTOS AL VIH: REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

SANTOS, Juliana Pereira Goularte Gomes dos[11] , ANTUNES, Bibiana Sales[2,] RODRIGUES, Andressa[3], PADOIN, Stela Maris[4], PAULA, Cristiane Cardoso de[5], KLEINUBING, Raquel[6]

Resumo

Objetivou-se analisar as evidências a respeito das práticas alimentares para crianças expostas ao Vírus da Imunodeficiência Humana. Metodologia: Trata-se de um estudo de revisão integrativa desenvolvido nas bases de dados LILACS, PUBMED e SCOPUS. O levantamento dos estudos ocorreu em janeiro de 2014. Resultados: As produções demonstraram a existência de três tipos de alimentação predominante em crianças expostas ao HIV: aleitamento materno, aleitamento artificial e alimentação básica da família. Conclusão: As práticas alimentares de crianças expostas ao HIV não correspondem às práticas preconizadas nacionalmente. É necessário instituir um aconselhamento alimentar pela equipe de saúde, como também um planejamento alimentar adequado, inclusão das crianças nas consultas de puericultura e acesso às fórmulas infantis.

PALAVRA CHAVE: Nutrição; Crianças; HIV; Alimentação; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Abstract

This study aims at describing the feeding practices for HIV exposed children. It is an integrative review study, developed from LILACS, PUBMED and SCOPUS´ databases. The study's survey occurred from January to April 2014. The temporal distribution of the fonts demonstrates the existence of four predominant feeding types for HIV exposed children: exclusive breastfeeding, mixed feeding, ready meals for therapeutic use, prepared meals for the child and their family members. The scenarios where the researches have been developed at were Southern African

1. Enfermeira. Especialista em enfermagem obstétrica. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: julianapggsantos@gmail.com Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: bibianaantunes@hotmail.com
2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora do Instituto Federal Farroupilha. Santo Ângelo, RS, Brasil.
3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.
4. Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil.
5. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil.

countries, Brazil and India, with special focus to the Southern African countries. The feeding practices for HIV exposed children are not ideal, being necessary better nutritional counselling from health teams, as well as an adequate nutritional planning, inclusion of the children into childcare medical consultations and easy access to the children´s formulas.

KEYWORDS: Nutrition, Children, HIV

Resumen

El objetivo de este estudio fue describir las prácticas alimentares de niños expuestos al VIH. Se trata de un estudio de revisión integrativa desarrollado en las bases de datos LILACS, PUBMED y SCOPUS. El levantamiento de los estudios se realizó en el periodo de enero a mayo de 2014. La distribución temporal de las producciones demostró la existencia de cuatro tipos de alimentación predominante en niños expuestos al VIH: lactancia materna exclusiva, alimentación mixta, alimentos terapéuticos listos para consumo y alimentación preparada para los niños y demás miembros de la familia. Los escenarios donde se desarrollaron las investigaciones fueron en los países Sudafricanos, Brasil e India, con destaque para los países Sudafricanos. Las prácticas alimentares de niños expuestos al VIH no son las ideales, se requiere mejor asesoramiento alimentar por el equipo de salud, así como una adecuada planificación alimentar, inclusión de los niños en las consultas de puericultura y fácil acceso a las fórmulas infantiles.

PALABRAS CLAVE: Nutrición, Niños, VIH

III Seminário Internacional
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
X Semana de Enfermagem

Introdução

O índice de casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiencia Humana (HIV), mesmo que decrescente durante a infância, fortalece a ideia de que se tornou indispensável a definição de estratégias e terapêuticas objetivas aos serviços de saúde que visem aprimorar a qualidade de atenção às crianças[1,2]. Na infância, seria que as crianças que vivem com HIV tivessem acesso regular ao serviço de saúde para que recebessem acompanhamento contínuo pela equipe e que elas e seus familiares fossem orientados a respeito de uma alimentação adequada e equilibrada que favoreça o seu crescimento e desenvolvimento[3].

Cada indivíduo deve ser provido de uma alimentação balanceada e adequada às suas necessidades. No caso de crianças vivendo com HIV, há uma relação com os níveis de células T-CD4 do organismo na absorção intestinal de nutrientes, podendo amenizar ou mesmo reverter sinais e sintomas, como diarreia, Síndrome da Lipodistrofia e reações adversas dos antirretrovirais[4]. Por isso, devido às suas características biológicas, as crianças menores de cinco anos de idade merecem atenção, tendo em vista que uma alimentação inadequada pode colocar em risco o seu crescimento e desenvolvimento[5].

Segundo a Organização Mundial da Saúde, é indicado para crianças até seis meses de idade o aleitamento materno exclusivo (AME). A partir dos seis meses é indicado que as crianças recebam alimentos complementares e mantenham o aleitamento materno até completarem os dois anos de idade[6]. No Brasil, para prevenção de transmissão do HIV pelo leite materno ao recém-nascido e também a transmissão cruzada (aleitamento da criança por uma lactante infectada), o Mistério da Saúde contraindica o aleitamento materno às crianças expostas ao HIV, substituindo-o

por fórmula infantil específica para recém-nascido, distribuída gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde[7,8]. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar as evidências a respeito das práticas alimentares para crianças expostas ao HIV.

Metodologia

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, optou-se por desenvolver uma revisão integrativa vcom o objetivo de sintetizar e analisar o conhecimento produzido sobre as práticas alimentares oferecidas às crianças expostas ao HIV. Este tipo de estudo é uma estratégia para a identificação e análise das evidências de práticas de saúde a partir de pesquisas relevantes, as quais são incorporadas na prática clínica, oferecendo suporte na tomada de decisão e na melhoria da assistência[8,9].

Para a realização da revisão, seguiu-se a etapa: definição do tema alimentação de crianças expostas ao HIV. Para orientar este estudo, a segunda etapa foi a seleção da questão de pesquisa: **Quais as práticas alimentares oferecidas às crianças expostas ao HIV?**

A busca bibliográfica foi desenvolvida nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, US National Library of Medicine e SciVerse Scopus. Foi preenchido o formulário avançado com as seguintes palavras-chaves: crianças *and* nutrição *and* HIV. Optou-se por utilizar palavras- chaves a fim de ampliar a busca de estudos nas bases de dados.

Para selecionar os estudos, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos de pesquisas disponíveis na íntegra e nos idiomas inglês, português ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos sem Resumo na base de dados ou com Resumo incompleto.

O levantamento dos estudos foi desenvolvido no mês de janeiro de 2014, totalizando 903 produções, e proporcionou a composição de uma lista de 23 artigos que atenderam à temática para serem analisados e discutidos. O recorte temático apresentado na figura abaixo se refere aos estudos que não respondiam à questão de pesquisa apresentada.

Para o estabelecimento das informações a serem extraídas dos artigos, foi preenchida uma ficha de extração documental com as variáveis: identificação do artigo; procedência do estudo; área do conhecimento; objetivo e delineamento do estudo; nível de evidência[10]; e principais resultados. Para minimizar qualquer viés de seleção (erro de interpretação dos resultados), dois pesquisadores realizaram a leitura e preenchimento do instrumento de forma independente, sendo comparados posteriormente. Diante de divergências, um terceiro pesquisador (orientador do estudo) foi consultado. Quanto aos aspectos éticos, foram asseguradas ideias, conceitos e definições de autoria de cada artigo analisado, os quais foram apresentados e referenciados fidedignamente.

Resultados e discussão

A tabela abaixo mostra a caracterização dos artigos analisados, no que se refere à área do conhecimento, país onde as pesquisas foram realizadas e delineamento dos estudos (Tabela 1). A análise dos estudos evidenciou três práticas alimentares mais comuns entre as crianças expostas ao HIV: aleitamento materno, aleitamento artificial e alimentação básica.

Tabela 1. Caracterização dos 23 artigos analisados. LILACS, PUBMED, SCOPUS, 2014.

Variáveis		**Frequência absoluta**	**Valores em %**
Origem	África do Sul	19	82,7
	América do Sul	2	8,7
	África Oriental	1	4,3
	Ásia	1	4,3
Área	Medicina	11	47,8
	Nutrição	11	47,8
	Enfermagem	1	4,3
Delineamento do Estudo	Quantitativo	22	96
	Qualitativo	1	4

Na evidência de aleitamento materno foi encontrado, predominantemente, o AME como prática de alimentação infantil[11,13,16] e o aleitamento materno misto[12,16]. Na prática de alimentação artificial foram encontrados dois tipos de condutas: substituição alimentar/fórmulas infantis[14,16] e Suplemento Nutricional de Lipídios[12] .

Sendo assim, a pesquisa demonstrou que o aleitamento materno, seja exclusivo ou misto é uma prática alimentar comum aos países sul-africanos, pois mesmo a mãe sendo HIV positivo, essa conduta assegura menor risco de infecções respiratórias e intestinais, diarreias e mortalidade precoce. No presente estudo, 16 artigos apresentaram o aleitamento materno como prática alimentar das crianças expostas ao HIV.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, é indicado que o aleitamento materno seja oferecido às crianças por dois anos ou mais. Após os seis meses de idade, as crianças atingem o estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição, digestão e excreção) adequado para receber outros alimentos além do leite materno[6].

Em países subdesenvolvidos, onde as condições sanitárias e de acesso à formula infantil são restritas, há incentivo ao aleitamento materno para mulheres com HIV como forma de propiciar a sobrevida da criança. Os anticorpos transferidos pelo leite materno da mãe para o filho auxiliam na prevenção de diarreias, como também reduz os riscos de mastites, a qual é um potencial risco para transmissão do HIV[13].

A recomendação da Organização Mundial da Saúde para mulheres soropositivas é que amamentem de forma exclusiva durante os seis primeiros meses de vida da criança, caso o

aleitamento artificial não for aceitável, factível, acessível, seguro e sustentável. Nesses casos, os serviços de saúde devem orientar as mães quanto aos riscos e benefícios, tanto do aleitamento materno quanto as terapêuticas disponíveis[6].

Em casos de crianças expostas ao HIV, o leite materno pode ser substituído por fórmulas comerciais sem prejuízos maiores. No entanto, o custo das fórmulas alimentares é elevado, sendo um dos motivos para não representar uma opção válida para mães nos países sul-africanos. Outra forma de substituir o leite materno é a fórmula caseira que pode ser preparada com leite fresco, leite integral desidratado ou leite evaporado sem açúcar.

A prática de aleitamento artificial também foi uma prática alimentar encontrada em seis artigos incluídos neste estudo. Os motivos apresentados pela família/cuidador para não utilizar este tipo de alimentação geralmente faziam referência à dificuldade de distribuição, custo elevado e más condições para o preparo[12,14,16].

Em controvérsia, as políticas brasileiras por não preconizarem o aleitamento materno para crianças nascidas de mãe soropositivas ao HIV, recomendam a utilização do aleitamento artificial (fórmula de leite infantil ou leite de pasteurizado) com a finalidade de que sejam garantidas as condições de crescimento e desenvolvimento[7]. Também, uma opção às mulheres que não podem amamentar são os bancos de leite humano, sendo o Brasil o país com a maior Rede de Bancos de Leite Humano[6,7].

A alimentação básica esteve presente em 11 resultados encontrados. Referem-se àquela alimentação preparada para a criança e demais membros da família e apresentaram os seguintes componentes: carboidratos e laticínios[13,14]; proteínas e gorduras[12]; alimentação da família[17]; frutas e sucos[12,13]; legumes[12]; mingau[13,14].

A alimentação básica da família é composta por um conjunto de alimentos que são oferecidos à criança, somada ou não ao leite materno. Os alimentos podem ser os mesmos consumidos pela família, sendo necessário o seguimento sistemático de adequação alimentar para atender às necessidades da criança. Entende-se por alimento complementar, introduzido a partir de seis meses de idade, qualquer alimento nutritivo, sólido ou líquido, diferente do leite humano oferecido à criança amamentada. Estudos evidenciam que a introdução de alimentos complementares antes dos seis meses não oferece vantagens, como também pode ser prejudicial à saúde da criança[19,20].

O Ministério da Saúde indica a introdução de alimentos complementares três vezes ao dia a partir dos seis meses em caso da criança estar recebendo leite materno, e cinco vezes se estiver desmamada, a partir dos quatro meses. Neste período, o organismo da criança está preparado para receber alimentação complementar de forma lenta e em pequenas porções, iniciando com alimentos de consistência pastosa, como papas de legumes, verduras, carnes e cereais, papas de frutas, água e sucos de frutas, os quais irão suprir suas necessidades energéticas adequadamente[18].

A partir do oitavo mês de vida, a consistência dos alimentos deve mudar, não necessitando mais oferecer em forma de papa, mantendo alimentos variados, com misturas balanceadas, contendo cereais, tubérculos, alimento de origem animal e vegetal. Somente uma dieta diversificada

assegura o suprimento de micronutrientes, favorece a formação de bons hábitos alimentares e previne o aparecimento de anorexia decorrente da monotonia alimentar[18].

Assim, é importante a realização de uma análise apropriada e detalhada pelos conselheiros de mães soropositivas ao HIV para que possam fornecer informações adequadas a respeito das opções alimentares para as crianças expostas ao HIV[7].

Conclusão

As práticas alimentares de crianças expostas ao HIV não correspondem às práticas preconizadas a nível nacional devido à insegurança alimentar vivida pela família, falta de planejamento nutricional, de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança exposta ao HIV e dificuldades encontradas pela família no recebimento da fórmula infantil. A criança exposta ao HIV necessita de uma alimentação que substitua o leite materno, sem que isso traga riscos a ela, que contenha nutrientes, forma e teor calórico específico para cada idade, de maneira que não seja prejudicial ao seu crescimento e desenvolvimento.

Ressalta-se a importância da inclusão e busca ativa das crianças expostas ao HIV nas consultas de puericultura para que seja realizado o aconselhamento alimentar com as famílias. Neste sentido, é importante o profissional enfermeiro sentir-se peça fundamental nesse contexto trabalhando com evidências nas pesquisas e conhecendo a realidade dessas famílias para apropriar-se das práticas alimentares que diminuam os índices de lipodistrofia, diarreia e infecções.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

Silva SFR, Pereira MRP, Motta Neto R, Ponte MF, Ribeiro IF, Costa PFTF, et al. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. Rev bras anal clin. [online]. 2010; 42(3):209-12. [citado em 2014 out 1]. Disponível em: http://www.sbac.org.br/rbac/020/302.pdf

Brito AM, Sousa JL, Luna CF, Dourado I. Tendência da transmissão vertical de aids após a terapia anti-retroviral no Brasil. Rev. Saude Publica [online]. 2006; 40 Supl:9-17. [citado em 2014 out 3]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/04.pdf

Paula CC, Padoin SMM. Cuidado de enfermagem à criança com HIV/AIDS. PROENF SCA 2013; 7(3):117-62.

Ministério da saúde (BR). Alimentação e nutrição para pessoas que vivem com HIV e Aids. Brasília(DF): MS; 2006.

Bernardi JR, Gama CM, Vitolo MR. Impacto de um programa de atualização em alimentação infantil em unidades de saúde na prática do aleitamento materno e na ocorrência de morbidade. Cad saude publica [online]. 2011; 27(6):1213-22. [citado em 2014 out 2]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/18.pdf

Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Amamentação: uma questão contemporânea em um mundo globalizado. PAHO [online]. 2014. [citado em 2014 out 2]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/brief%20report%202014%20portugues.pdf

World Health Organization. Guidelines on HIV and infant feeding: principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Geneva: WHO [online]. 2010. [citado em 2014 out 3]. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/index.html

Paim BS, Souza GC. Práticas alimentares de crianças expostas à transmissão vertical do HIV acompanhadas em quatro serviços especializados de Porto Alegre/RS. Rev. HCPA [online]. 2010; 30(3):252-7. [citado em 2014 out 3]. Disponível em: http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/15577/9703

Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidencias na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enferm. [online]. 2008; 17(4):758-64. [citado em 2014 out 4]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf

Galvão CM. Editorial: níveis de evidencia. Acta Paul. Enferm. [online]. 2006; 19(2). [citado em 2014 out 4]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf

Duggan C, Manji KP, Kupka R, Bosch RJ, Aboud S, Kisenge R, et al. Multiple micronutrient supplementation in Tanzanian infants born to HIV-infected mothers: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. Am J Clin Nutr [online]. 2012. [citado em 2014 jan 14]; 96(6):1437-46. Disponível em: http://ajcn.nutrition.org/content/96/6/1437.full.pdf+html

Parker ME, Bentley ME, Chasela C, Adair L, Piwoz EG, Jamieson DJ, et al. The acceptance and feasibility of replacement feeding at 6 months as an HIV prevention method in Lilongwe, Malawi: results from the BAN study. AIDS Educ Prev [online]. 2011. [citado em 2014 jan 14]; 23(3):281-95. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3197736/pdf/nihms324232.pdf

Young SL, Israel-Ballard KA, Dantzer EA, Ngonyani MM, Nyambo MT, Ash DM, et al. Infant feeding practices among HIV-positive women in Dar es Salaam, Tanzania, indicate a need for more intensive infant feeding counselling. Public Health Nutr [online]. 2010; 13(12):2027-33. [citado em 2014 jun 14]. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3289716/pdf/nihms357847.pdf

Lunney KM, Jenkins AL, Tavengwa NV, Majo F, Chidhanguro D, Iliff P, et al. HIV-positive poor women may stop breast-feeding early to protect their infants from HIV infection although available replacement diets are grossly inadequate. J Nutr [online]. 2008; 138(2):351-7. [citado em 2014 jan 14]. Disponível em: http://jn.nutrition.org/content/138/2/351.full.pdf+html

Mwiru RSA, Spiegelman DBC, Duggan CAD, Peterson KAEF, Liu EA, Msamanga GG, et al. Relationship of exclusive breast-feeding to infections and growth of Tanzanian children born to HIV-infected women. Public Health Nutr [online]. 2011; 14(7):1251-8. [citado em 2014 jan 14]. Disponível em: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN14_07%2FS136898001000306Xa.pdf&code=e82c5d1c3952b935954f7b01a59f954321

Babirye JNA, Nuwaha FA, Grulich AEB. Adherence to feeding guidelines among HIV-infected and HIV uninfected mothers in a rural district in Uganda. East Afr. med. j. 2009; 86 (7):337-43.

Machado MMT, Galvão MTG, Kerr-Pontes LRS, Cunha AJLA, Leite ÁJM, Lindsay AC, et al. Acesso e utilização de fórmula infantil e alimentos entre crianças nascidas de mulheres com HIV/AIDS. Rev eletrônica enferm [online]. 2007; 9(3):699-711. [citado em 2014 jan 14]. Disponível em: http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7477/5297

Ministério da Saúde (BR). Secretária de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2009.

Dias MCAP, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar para crianças menores de dois anos. Rev Nutri [online]. 2010; 23(3):475-86. [citado em 2014 out 5]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n3/15.pdf

Heitor SFD, Rodrigues LR, Santiago LB. Introdução de alimentos supérfluos no primeiro ano de vida e as repercussões nutricionais. Cienc cuid saúde. [online]. 2011; 10(3):430-6. [citado em 2014 nov 4]. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11347/pdf.

81.PRAZER E SOFRIMENTO NA PRECEPTORIA DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE[1]

PLEASURE AND SUFFERING IN THE PREPARATION OF MULTIPROFESSIONAL RESIDENTS IN HEALTH[1]

PLACER Y SUFRIMIENTO EN LOS RESIDENTES EN PRECEPTORIA SALUD1 MULTIDISCIPLINAR[1]

FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva[1]; BECK, Carmem Lúcia Colomé[2]; SILVA, Rosângela Marion da[3]; VEDOOTTO, Denise de Oliveira[4]; GAMA, Dedabrio Marques [5]; SILVA, Jonatan da Rosa Pereira da[6]

Resumo

Introdução: Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde buscam promover maior qualificação do trabalho no Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** Conhecer as situações de prazer e sofrimento na preceptoria de residentes multiprofissionais em saúde. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, realizada em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde de uma universidade pública do Sul do Brasil. Os dados foram coletados em 2013 através de grupos focais com nove residentes e analisados conforme a análise temática. **Resultados e discussão:** Os residentes identificam o prazer pela importância da atuação do preceptor e o sofrimento pela falta de capacitação, descontentamento em relação ao retorno financeiro e a falta de compreensão adequada da preceptoria. **Considerações Finais:** Conhecer o prazer e o sofrimento na preceptoria dos residentes pode possibilitar um trabalho mais colaborativo, principalmente mediante a atuação dos preceptores como facilitadores das práticas de atenção à saúde.

DESCRITORES: Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Recursos Humanos em Saúde.

Abstract

Introduction: Multiprofessional Health Residency Programs seek to promote greater qualification of work in the Unified Health System. **Objective:** To know the situations of pleasure and suffering in the pre-experience of multiprofessional residents in health. **Methodology:** Qualitative research, carried out in a Multiprofessional Health Residency Program of a public university in the South of Brazil. Data were collected in 2013 through focus groups with nine residents and analyzed according to the thematic analysis. **Results and Discussion:** Residents identify pleasure because of

[1] Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo PPGEnf/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. UFSM.
2 Enfermeira. Orientadora. Professora do Curso de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. UFSM.
3 Enfermeira. Professora do Curso de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. UFSM.
4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo PPGEnf/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. UFSM. dvedootto@bol.com.br
5 Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.
6 Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. UFSM.

the importance of the preceptor's performance and the suffering due to the lack of training, dissatisfaction with the financial return and lack of adequate understanding of the preceptor. **Final Considerations:** Knowing the pleasure and suffering in the residents' preceptory can make possible a more collaborative work, mainly through the performance of the preceptors as facilitators of health care practices.

DESCRIPTORS: Nursing; Occupational health; Health manpower.

Resumen

Introducción: Programa de Residencia Multidisciplinaria de Salud busca promover un trabajo de mayor cualificación en el Sistema Nacional de Salud. **Objetivo:** Conocer las situaciones de placer y sufrimiento en los residentes preceptoria de salud multidisciplinario. **Metodología:** investigación cualitativa en un programa de residencia Multidisciplinar en Salud en una universidad pública en el sur de Brasil. Los datos se recogieron en 2013 a través de grupos de enfoque con nueve residentes y se analizaron de acuerdo con el análisis temático. **Resultados y discusión:** Los residentes identifican satisfechos por la importancia del papel del preceptor y que sufren de la falta de formación, descontento con el rendimiento financiero y la falta de comprensión adecuada de preceptores. **Consideraciones finales:** Conociendo el placer y el sufrimiento en el asesoramiento de los residentes puede permitir una mayor colaboración, especialmente a través del trabajo de los tutores como facilitadores de las prácticas de cuidado de la salud.

DESCRIPTORES: Enfermería; Salud laboral; Recursos humanos en salud.

Introdução

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), regulamentados como Pós-Graduação *Lato Sensu*, buscam promover maior qualificação do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Esses programas defendem a utilização de metodologias ativas e a educação permanente como eixo de ensino-aprendizagem[1].

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde foram criadas a partir da promulgação da Lei n° 11.129 de 2005[2]. Elas visam contribuir na mudança do modelo de atenção vigente e atender às diretrizes e princípios do SUS para transformar a formação dos trabalhadores em saúde.

Nesse sentido, as Residências supõem uma nova lógica para os processos de trabalho, pois a fragmentação dos saberes promove a dificuldade do trabalhador de saúde em compreender seu papel e as necessidades de saúde da população[3]. Tais situações relacionam-se à abordagem da psicodinâmica do trabalho, na qual o trabalho é caracterizado como fonte de prazer e sofrimento.

O sofrimento ocorre quando acontece o choque entre a personalidade do indivíduo, o seu projeto individual e a prescrição imposta pela organização do trabalho no resultado da relação do homem com a atividade laboral. O prazer ocorre quando existem espaços para expressão da criatividade e desenvolvimento de potencialidades do trabalhador[4].

Assim, a psicodinâmica do trabalho contribui para o campo da saúde ao estimular que os sujeitos possam transformar o seu trabalho, estimulando a capacidade dos trabalhadores para a construção de novos conhecimentos relacionados ao processo ensino-aprendizagem[5].

Deste modo, justifica-se a relevância deste estudo, pois o prazer e o sofrimento emergem na formação dos residentes. O objetivo deste estudo é conhecer as situações de prazer e sofrimento na preceptoria de residentes multiprofissionais em saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa realizado com residentes multiprofissionais em saúde.

O estudo foi desenvolvido junto a um Programa de RMS de uma universidade pública do Sul do Brasil, dentre eles: Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar (RMIGAH), Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (RMISPS) e Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental (RMISM).

O critério de inclusão no estudo foi ser residente multiprofissional em saúde matriculado no segundo e último ano de um dos Programas de Residência. Tal escolha deveu-se ao fato de estes residentes já terem cursado todas as disciplinas teóricas e vivenciado diferentes situações nas atividades práticas. Foram excluídos do estudo, antes do sorteio, os residentes que estavam em licença de qualquer natureza no período da coleta de dados.

O PRMIGAH possuía 59 residentes; o PRMISPS,16 residentes; e o PRMISM, 19 residentes matriculados. Foram sorteados cinco residentes de cada um dos programas, totalizando 15 possíveis participantes, os quais foram convidados a participar da pesquisa. O sorteio ocorreu de forma manual e aleatória a partir de uma lista fornecida pela Coordenação dos Programas, na qual constavam o nome dos residentes, área específica de formação profissional, endereço eletrônico, telefone e a respectiva área em que estavam matriculados. Justifica-se a utilização do sorteio pela intenção de contemplar todas as áreas da residência e viabilizar chances semelhantes aos residentes que atendessem aos critérios de inclusão de serem convidados a participar do estudo.

Dentre os residentes convidados a participar do estudo, nove participaram na coleta de dados, dentre eles: dois do PRMIGAH, três do PRMISPS e quatro do PRMISM. Ressalta-se que os outros seis participantes não manifestaram interesse em participar do estudo.

Os grupos ocorreram no mês de abril de 2013. Além dos residentes, participaram dos encontros o pesquisador responsável pela condução das temáticas e duas observadoras. Os encontros foram gravados com o consentimento dos participantes e os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo temática, cumprindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados[6]. Utilizou-se o referencial teórico da psicodinâmica do trabalho para auxiliar na análise dos dados e categorização dos resultados, a qual foi realizada de forma ampliada, ou seja, englobando os três Programas de Residência, uma vez que não se encontraram diferenças nos dados em relação à temática proposta[4]. Cada residente foi identificado pelas letras RM –

Residente Multiprofissional, seguidas de um número cardinal (RM1, RM2, RM3, RM4, RM5...), visando preservar o caráter confidencial dos dados.

Cumpriram-se as recomendações éticas vigentes para a realização de estudos com seres humanos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) número 3934413.8.0000.5346, em de 25 de março de 2013.

Resultados e discussão

A Portaria nº 1.111 de 2005, designa ao preceptor a função de supervisão docente-assistencial, realizada por especialidade ou área de atuação. Nesse sentido, é atribuída ao preceptor a responsabilidade pela integração dos diferentes saberes nas preceptorias de campo e de núcleo junto aos residentes[7,8,9].

O desenvolvimento das ações da Residência exige que haja integração entre os residentes e seus preceptores. Para tanto, esses papéis precisam ser claros, de modo a suprir as expectativas do ensino e do serviço e para que as ações em saúde se desenvolvam de maneira integrada.

O residente é um profissional de ensino superior que deve envolver-se no serviço, integrando-se com a equipe de saúde e a comunidade para a implementação de tecnologias de ensino, de atenção, de gestão e de integração ensino-serviço, visando se corresponsabilizar pelo processo de trabalho e pela qualificação das diretrizes do SUS[10].

O preceptor é um trabalhador, preferencialmente do serviço de saúde e da mesma área profissional do residente que supervisiona, acompanha, observa e auxilia no planejamento das suas atividades práticas nos diversos espaços de atendimento individual e coletivo, podendo estar vinculado a instituição formadora ou a executora[10].

No Programa de Residência deste estudo, a preceptoria de campo é uma função desempenhada por um docente ou trabalhador vinculado às unidades de serviço, oriundo de qualquer uma das áreas de formação profissional. Por sua vez, os preceptores de núcleo são os representantes de cada profissão (docente ou trabalhador) envolvidos com as áreas de concentração que atuam como referência para os residentes no âmbito de núcleo profissional, não necessariamente com vínculo ao cenário de prática[9].

Neste contexto, percebe-se que os preceptores de campo devem pertencer à equipe local de assistência à saúde e atuar como referência ao residente multiprofissional em saúde, devendo promover a integração entre os trabalhadores em formação, destes com a equipe de saúde, com a população e os demais serviços, constituindo-se como referência no campo de saberes e práticas da saúde nas quais os residentes estiverem inseridos.

Por sua vez, os preceptores de núcleo precisam ser a referência em cada área profissional, responsáveis pela orientação técnico-profissional específica de cada categoria, embora sua atuação não se restrinja à sua profissão. Devem fornecer subsídios aos residentes multiprofissionais em saúde na aquisição de ferramentas que melhor os capacitem na solução dos problemas enfrentados nas atividades práticas[11].

Os residentes multiprofissionais em saúde identificam a importância do preceptor, fato que pode se relacionar com o prazer no seu processo de formação. A fala a seguir relata o sentimento vivenciado:

É muito satisfatório, pois onde tem preceptor facilita a nossa atuação (RM 4).

Os residentes apontaram como um facilitador no seu processo de formação a atuação dos preceptores. Dessa forma, os preceptores devem buscar a integração dos saberes necessários a formação dos residentes multiprofissionais em saúde e problematizarem um enfoque pedagógico, no qual as relações de ensino e aprendizagem se processem como experiências inovadoras de gestão e atenção à saúde[9].

Contudo, os residentes multiprofissionais em saúde não identificam a oferta de capacitação e percebem o descontentamento destes trabalhadores em relação ao retorno financeiro.

o preceptor, às vezes, não se apropria do assunto porque não tem um incentivo financeiro que muitos achavam que tinha, que vai ter, uma promessa que iria ter, mas não tem e acabam não se apropriando muito (RM 1).

quando têm encontros fora do horário, eles não querem até porque eles não estão ganhando a mais, fora do horário de trabalho eles não vão ganhar mais por estarem ali com a gente (RM 3).

eu acho que isso de não ter como pagar o preceptor é bem complicado, porque acaba sendo uma troca. O preceptor acaba aceitando um pouco para ter alguém para trabalhar junto com ele dentro do serviço, o setor do núcleo, por exemplo, e ao mesmo tempo eu não sei se esse preceptor tem preparação também para isso que a gente fica exigindo, de querer que nos guiem de como fazer (RM 5).

Nas verbalizações, identifica-se que os residentes multiprofissionais de saúde percebem a desmotivação dos preceptores e isto pode gerar sofrimento no seu processo de formação.

A maioria dos preceptores não recebem formação didático-pedagógica necessária ao desenvolvimento de suas atividades[12]. Neste sentido, percebe-se que a capacitação dos preceptores é muito importante na Residência, pois ao possibilitar o ensino dos residentes multiprofissionais em saúde, também pode auxiliar na reflexão sobre os problemas da saúde no contexto dos serviços em que desenvolvem suas atividades. Além disso, novos conhecimentos podem nascer do confronto entre os saberes e fazeres das diferentes categorias profissionais, auxiliando no direcionamento e na condução do exercício da competência política dos sujeitos e no mundo do trabalho.

Além disso, destaca-se a importância dos preceptores, os quais devem promover a articulação entre a teoria e a prática, o ensino e os serviços de saúde, com domínio do conteúdo em sua articulação teórico-prática, exercitando a relação ação-reflexão-ação na sua prática pedagógica, sendo capazes de instigar nos residentes multiprofissionais em saúde, novos olhares acerca da realidade e de sua forma de intervenção[9].

A falta de preceptoria adequada e da compreensão de sua finalidade por parte destes trabalhadores, também aparece como uma situação de sofrimento nas falas dos residentes multiprofissionais em saúde, conforme as verbalizações:

existem muitos preceptores que vão fazendo as coisas de acordo com o que eles acham que pode ser feito (RM 2).

uma coisa que me dá bastante sofrimento é essa coisa do preceptor não conseguir dar norte nenhum para gente, daí tu vai falar para o preceptor e o preceptor nem sabe para que tu estás ali e daí quer que tu faças aquilo ali. Não consegue compreender o que está proposto. Vira um grande sofrimento, a gente se sente muito perdido (RM 6).

Compreende-se que os preceptores que desempenham a função de facilitadores do processo de ensino-aprendizagem dos residentes, necessitam (re) pensar constantemente suas práticas, de forma crítica e reflexiva.

Assim, ser preceptor em uma Residência implica estar na prática junto com o residente, de forma a observar sua atuação, sua postura e sua capacidade de proximidade com os usuários, pois este contato é essencial para a construção de sentidos frente às práticas de atuação dos residentes[3].

Desta forma, estes trabalhadores precisam ser corresponsáveis no fomento a situações e condições de aprendizado, as quais possam levar os residentes multiprofissionais em saúde a desenvolverem a capacidade de enfrentarem os desafios frente às diferentes situações.

Considerações finais

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde objetiva a mudança do modelo de atenção à saúde, por meio de práticas interdisciplinares que buscam potencializar a formação a partir das atividades baseadas na prática profissional. Essas atividades possibilitam a busca do conhecimento, com possibilidade de transformar a prática e promover a saúde dos indivíduos.

Conhecer o prazer e o sofrimento na preceptoria dos residentes multiprofisionais em saúde pode possibilitar um trabalho mais colaborativo, principalmente mediante a atuação dos preceptores como facilitadores das práticas de atenção à saúde. Ainda, faz-se necessário que se (re) pense a formação deste grupo considerando as suas demandas e a possibilidade de se realizar estudos interventivos.

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

Referências

1 Silva RM, Goulart CT, Lopes LFD, Serrano PM, Guido LA. Estresse e hardiness entre residentes multiprofissionais de uma universidade pública. Rev Enferm UFSM. 2014 [citado 2015 jun. 24];4(1):87-96. Disponível em: http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/8921/pdf

2 Presidência da República (BR). Lei n. 11.129, de 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 de Juventude; altera as Leis nos 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 [da] República Federativa do Brasil, 2005 jul. 1;142(125 Seção 1):1-2.

3 Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini VL. Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010.

4 Dejours C. Psicodinâmica do trabalho, contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 2014.

5 Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Revista de Saúde Coletiva. 2004; 14 (1):41-66.

6 Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições, 2011.

7 Cheade, MFM et al. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. Cogitare Enferm. 2013 Jul/Set; 18(3):592-5.

8 Miranda Neto MV, Leonello VM, Oliveira MAC. Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. Rev Bras Enferm. 2015; 68(4):586-93.

9 Universidade Federal de Santa Maria (BR), Centro de Ciências da Saúde, Hospital Universitário; Coordenadoria Regional de Saúde; Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria. Residência multiprofissional integrada em gestão e atenção hospitalar no sistema público de saúde [Internet]. Santa Maria; 2010 [citado 2017 mar. 31]. Disponível em: http://jararaca.ufsm.br/websites/residenciamulti/download/Proj1MEC.pdf

10 Brasil. Ministério da Educação. Resolução nº 2. Brasília-DF. 2012. Disponível em: < http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cnrms-2-2012.htm>.

11 Ferreira SR. Residência Integrada em Saúde: uma Modalidade de Ensino em Serviço. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS, 2007.

12 Lopes, GT. Residência de enfermagem - espaços de lutas e contradições. Rio de Janeiro: EPUB, 2000, p.33-58.

82.PREVALÊNCIA E PERFIL DE RESISTÊNCIA DE *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* NAS MAÇANETAS DE UNIDADE DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA

PREVALENCE AND RESISTANCE PROFILE OF *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* ON THE DOOR KNOBS OF SURGICAL HOSPITALIZATION

PREVALENCIA Y PERFIL DE RESISTENCIA DE *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* EN EL POMO DE LA PUERTA DE LA UNIDAD DE INTERNACIÓN QUIRÚRGICA

DE MARCO, Vera Regina[1]; ECHER, Alane[2]; OLIVESKI, Cínthia Cristina[3]; FRANCO, Gianfábio Pimentel[4]; STOLZ, Eveline Dischkaln[5].

Resumo

Introdução: Infecção hospitalar é uma condição adquirida mediante procedimento hospitalar, podendo manifestar-se após a alta. **Objetivo:** identificar a presença de cepas de *S. aureus* resistentes nas maçanetas da unidade cirúrgica de um hospital de médio porte do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** caracteriza-se como um estudo de abordagem quantitativa e descritiva. **Resultados/discussão:** Foram analisadas todas as maçanetas dos quartos ocupados. Foram identificadas 33 colônias, sendo 7 identificadas como *S. aureus.* As cepas apresentaram perfil de resistência: 5 cepas foram resistentes a ampicilina e penicilina G; 3 a oxacilina; 2 a amoxicilina+clavulonato; 1 a cefotaxima e clindamicina (1 indeterminada), gentamicina e vancomicina. **Considerações finais**: o hospital precisa aprimorar o serviço de higienização e controle de infeção, além de realizar antibiograma na sua rotina, visando à segurança do paciente.

DESCRITORES: *Staphylococcus aureus*; Infecção hospitalar; Farmacorresistência bacteriana.

Abstract

Introduction: Hospital infection is a condition acquired through a hospital procedure, which may occur after discharge. **Objective:** identify the presence of resistant strains of *S. aureus* in the door knobs of the surgical unit of a medium-sized hospital in the Rio Grande do Sul. **Methodology:** It is characterized as a quantitative and descriptive approach. **Results / discussion**: We analyzed all the door handles of the occupied rooms. 33 colonies were identified, 7 of which were identified as *S. aureus*. The colonies presented resistance profile: 5 strains were resistant to ampicillin and penicillin G; 3 to oxacillin; 2 to amoxycillin + clavulonate; 1 to cefotaxime and clindamycin (1 undetermined), gentamicin and vancomycin. **Final considerations**: the hospital needs to improve the service of hygiene and infection control, as well as to carry out antibiogram in its routine, aiming at patient safety.

[1] 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.
[2] Acadêmica de Enfermagem. Departamento de ciências da Saúde, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria - Campus de Palmeira das Missões.
[3] Enfermeira, especialista em Gestão em Saúde e Controle de Infecção, professora do Departamento de Ciências da Saúde, curso de Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões.
[4] Enfermeiro, doutor, professor associado I do Departamento de Ciências da Saúde, curso de Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões.
[5] Farmacêutica, doutora em Ciências Farmacêuticas, professora do Departamento de Ciências da Saúde, curso de Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões.

DESCRIPTORS: *Staphylococcus aureus*; Cross Infection; Drug Resistance, Bacterial.

Resumen

Introducción: Infección nosocomial es una condición adquirida por el procedimiento de hospital, que puede manifestarse después de la alta medica. **Objetivo:** identificar la presencia de cepas de *S. aureus* resistentes en los pomos de las puertas en la unidad quirúrgica de un hospital de tamaño mediano en el Rio Grande del Sur. **Metodología**: Se caracteriza como un estudio de enfoque cuantitativo y descriptivo. **Resultados/discussion:** Se analizaron todos los pomos de las puertas de habitaciones ocupadas. Fueron identificadas 33 colonias, siendo 7 identificadas como *S. aureus*. Las cepas presentaron perfil de resistencia: 5 cepas eran resistentes a la ampicilina y penicilina G; 3 oxacilina; 2 amoxicilina + clavulanato; 1ª la cefotaxima y clindamicina (1 indeterminada), gentamicina y vancomicina. **Consideraciones finales**: el hospital necesita mejorar el servicio y el control de la infección por la higiene, además de realizar la susceptibilidad a los antibióticos en su rutina, focalización la seguridad del paciente.

DESCRIPTORES: *Staphylococcus aureus*; Infección hospitalaria; Farmacorresistencia bacteriana.

Introdução

Infecção hospitalar (IH) é definida como uma condição infecciosa adquirida após algum procedimento ambulatorial ou internação, podendo manifestar-se após a alta. Entretanto, deve estar relacionada com algum procedimento ao qual o paciente foi submetido durante a internação e/ou tratamento. [1]

As IH representam um agravo na saúde pública. Estas estão associadas à comorbidades que tendem a aumentar os índices de morbimortalidade e os custos assistenciais. Neste contexto, criou-se a Lei nº 9.431 de 6 de janeiro de 1997 que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação e manutenção de programa de controle de infecções hospitalares no Brasil. A lei define este programa como um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das IHs. [2,3]

A partir desta, instituiu-se a Portaria do Ministério da Saúde n° 2.616 de 12 de maio de 1998 que estabelece as diretrizes e normas para a prevenção e controle de IHs. Esta também determina os membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e suas respectivas competências. No ambiente hospitalar, a preocupação com o controle da infecção deve ser o ponto primordial entre os profissionais da saúde, envolvendo, de forma constante, todas as ações e procedimentos a que o usuário for submetido. [4,1]

Estudos indicam que a IH é uma das principais causas de mortalidade hospitalar, podendo estar associada a doenças graves, intervenções médicas e potenciais complicações. Atualmente, estes agravos são denominados de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), acometem cerca de 1,7 milhões de pessoas no mundo, causando em torno de 100.000 mortes anualmente. Cerca de 80% dos hospitais não fazem o controle adequado, e o índice de IH varia entre 14% e 19%, podendo chegar a 88,3% em unidades críticas. [5-7]

As taxas de IHs no Brasil crescem a cada dia, gerando três vezes mais custo no tratamento quando comparado a pacientes sem infecção. Mesmo com a legislação vigente no país, os índices são altos, 15,5%, o que corresponde a 1,18 episódios de infecção por mil pacientes/dia internados com IH. [7]

As IRAS podem ser desencadeadas de maneira endógena, ou seja, causadas por microrganismos oportunistas presentes na microbiota natural do próprio paciente; ou exógena, quando os germes são veiculados por outras pessoas ou objetos contaminados. A transmissão pode ocorrer de maneira indireta quando o agente infeccioso entra em contato com o paciente através de fômites (quaisquer objetos carreadores de microrganismos), alimentos e água, ou ainda por via direta quando existe contato do organismo sadio, que esta contaminado, com o paciente. [8]

O contato direto com o paciente constitui uma importante via de contaminação. O ambiente hospitalar favorece a susceptibilidade dos pacientes a microrganismos oportunistas, o que pode ser agravado pelo contato com visitantes e profissionais da saúde. Neste caso, as mãos constituem um importante veículo de transmissão de microrganismos. Por este motivo, uma medida eficaz na prevenção da IH é a adequada higienização das mãos o que impede a transmissão cruzada e contribui para a segurança do paciente. [8]

A presença de microrganismos em fômites hospitalares pode indicar condições higiênicas sanitárias deficientes, representando, também, uma importante fonte de transmissão de enfermidades. [9]

Entre os agentes responsáveis pelas infecções hospitalares o *Staphylococcus aureus* é um dos mais frequentes. Esta bactéria é um coco Gram-positivo, imóvel, medindo de 0,5 a 1,0 micrômetro, agrupando-se em massas irregulares que lembram cachos de uvas. Apresentam-se como germes anaeróbios facultativos, mesófilos, com temperatura ótima de crescimento em torno de 30 a 37ºC. [10,11]

O *S. aureus* é uma bactéria presente na microbiota humana, sendo encontrada, principalmente, na cavidade nasal e nas mãos. No entanto, este microrganismo é altamente patogênico e possui potencial de ocasionar diversos tipos de infecções, como endocardites, pneumonias, septicemias, entre outras. [7]

Diante do exposto, o objetivo do estudo é identificar a presença de cepas de *Staphylococcus aureus* resistentes nas maçanetas da unidade de clínica cirúrgica de um hospital de médio porte do noroeste do estado do Rio Grande do Sul.

Metodologia

Caracteriza-se como um estudo de abordagem quantitativa e descritiva, realizado no período de agosto a dezembro de 2016. Para o desenvolvimento deste trabalho realizou-se a coleta de amostras das maçanetas das portas dos quartos da unidade de internação cirúrgica do hospital. As coletas foram realizadas por fricção de swab umedecido em caldo infusão de cérebro e coração (Brain Heart Infusion–BHI). Imediatamente, as amostras foram alocadas em tubos de ensaio com BHI para o transporte, sob temperatura controlada (±25^{o}C), até o Centro de Estudos em

Microbiologia (CEMICRO-UFSM/PM). Após, foram semeadas em meio ágar nutriente na placa de Petri e incubadas por 24 horas em estufa a 37ºC.

Após a proliferação dos microrganismos, cada unidade formadora de colônia (UFC) foi repicada em tubo inclinado contendo meio ágar triptona de soja (Tryptone Soya Ágar-TSA) e incubado por 24 horas em estufa a 37ºC. Posteriormente, as colônias isoladas foram identificadas através da técnica de coloração Gram, que consiste em um esfregaço bacteriano, fixado pelo calor, com coloração dos reagentes cristal violeta, lugol, etanol e fucsina básica. As bactérias que adquirem a coloração azul-violeta são denominadas de Gram-positivas e aquelas que adquirem a coloração roseada são chamadas de Gram-negativas. Em seguida, as lâminas coradas foram observadas em microscópio com lente de imersão, a fim de caracterizar a morfologia das bactérias (cocos ou bacilos de acordo com seu arranjo).

Para a identificação dos cocos foi realizado o teste da catalase, esta é uma enzima que permite separar os *Streptococcus* sp. (catalase negativa) dos *Staphylococcus* sp. (catalase positiva). Uma vez que esta substância converte o peróxido de hidrogênio em oxigênio e água, ocasionado à formação de bolhas, ou seja, é preditivo para a presença de *S. aureus*.

Para finalizar a identificação, as amostras positivas no teste da catalase foram semeadas em Ágar manitol, e incubadas na estufa a 37ºC por 24 horas. Após este período, as amostras que formaram um halo amarelo ao redor das colônias, foram identificadas como *S. aureus*, e as que o meio permaneceu inalterado ao redor das colônias, identificou-se como *Staphylococcus* manitol negativo (como exemplo, *S. epidermidis*).

As colônias indicativas de *S. aureus* foram semeadas em Ágar Muller Hinton para realizar o teste de sensibilidade antimicrobiana (antibiograma). Foram testados os seguintes antibióticos: Amoxicilina+clavulonato (AMC 20/10 µg), Ampicilina (AMP 10 µg), Cefotaxima (CTX 30 µg), Clindamicina (CLI 2 µg), Gentamicina (GEN 10 µg), Novobiocina (NOV 5 µg), Oxacilina (OXA 1 µg), Penicilina G (PEN 10 µg), Vancomicina (VAN 30 µg).

Resultados e discussão

Foram coletadas amostras de 11 maçanetas de quartos da unidade de internação cirúrgica. Destes, 8 possuíam leitos ocupados. Todas as amostras de maçanetas dos quartos apresentaram crescimento, exceto uma maçaneta localizada em um quarto sem internação. De maneira geral, as maçanetas dos quartos ocupados apresentaram um crescimento bacteriano superior se comparadas aos quartos desocupados. Em função disto, apenas as maçanetas dos quartos ocupados foram selecionadas para continuidade do estudo.

As amostras analisadas, dos quartos ocupados, totalizaram 8 maçanetas. Destas maçanetas foram obtidas 33 colônias, caracterizadas pela técnica de coloração Gram, separando-as pela morfologia (cocos e bacilos). Destas, 28 eram Gram positivas e 5 Gram negativas, sendo que das Gram positivas 13 foram identificadas como *Staphylococcus*, 4 como *Streptococcus***,** e as demais eram cocos e diplococos, das Gram negativas 2 eram bacilos e 3 eram cocos. Em função da prevalência, elegeram-se as Gram positivas para a continuidade do estudo.

As 28 colônias Gram positivas foram identificadas através da prova da catalase, uma enzima utilizada para caracterizar *Staphylococcus* sp.. Destas, 23 tiveram o teste de catalase positiva e 5 catalase negativa. Logo, as 23 colônias de bactérias com teste catalase-positivo foram semeadas no meio ágar manitol, sendo possível identificar 7 colônias de *S. aureus*, as quais foram submetidas ao antibiograma e denominadas pelas letras de A a G.

As bactérias do gênero *Staphylococcus* são sensíveis a altas temperaturas, além de desinfetantes e soluções antissépticas, porém estes microrganismos podem sobreviver em superfícies secas, como as maçanetas, por muito tempo. O *S. aureus* é uma das bactérias mais comuns, e a mais virulenta do seu gênero. [7]

Conforme estudo realizado no hospital geral de Sumaré-SP no período de 2007 a 2008 foram registrados 286 óbitos, dos quais 133 estavam associados à IH, sendo 75 devido à infecção adquirida no hospital e o microrganismo mais recorrente foi *S. aureus*. [7]

Atualmente, *S. aureus* é um dos patógenos que apresentam maior perfil de resistência aos antibióticos em hospitais, tornando-se um problema clínico. Isto é agravado, pois estas cepas possuem mecanismos de defesa contra vários fármacos. [8]

O sucesso terapêutico de infecções por *S. aureus* é comprometido, devido à multirresistência que este patógeno apresenta e pela sua capacidade de disseminação nos serviços de saúde e na comunidade. As cepas de *S. aureus* portadoras de resistência múltipla são mais comuns em ambiente hospitalar tendo como consequência problemas clínicos e epidemiológicos. [8,7]

No estudo realizado, investigou-se a suscetibilidade das amostras de *S. aureus* aos antimicrobianos, a qual houve 100% de sensibilidade a novobiocina e 86% à vancomicina e a gentamicina (Tabela 1).

TABELA 1: Perfil de suscetibilidade antimicrobiana de cepas de *S. aureus* presentes nas maçanetas dos quartos da unidade cirúrgica

	Antibióticos								
Colônias	**AMC**	**AMP**	**CTX**	**CLI**	**GEN**	**NOV**	**OXA**	**PEN**	**VAN**
Amostra A	S	S	S	I	S	S	S	S	S
Amostra B	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Amostra C	S	R	S	S	S	S	R	R	S
Amostra D	R	R	S	S	S	S	S	R	S
Amostra E	S	R	S	S	S	S	S	R	S
Amostra F	R	R	R	R	S	S	R	R	R

Amostra G	S	R	I	S	R	S	R	R	S

Legenda: Resistente (R); Intermediário (I); Sensível (S); Amoxicilina 20 µg +clavulonato 10 µg (AMC 20/10 µg); Ampicilina 10 µg (AMP 10 µg); Cefotaxima 30 µg (CTX 30 µg); Clindamicina 2 µg (CLI 2 µg); Gentamicina 10 µg (GEN 10 µg); Novobiocina 5 µg (NOV 5 µg); Oxacilina 1 µg (OXA 1 µg); Penicilina G 10 µg (PEN 10 µg); Vancomicina 30 µg (VAN 30 µg).

Em estudo realizado, a vancomicina é o fármaco de escolha mais utilizado para o tratamento de infecções causadas por *Staphylococcus* sp. resistentes a oxacilina. [12] No entanto, no Brasil já foram encontradas algumas cepas resistentes à vancomicina, como é o caso do presente estudo, onde uma amostra apresentou resistência tanto a oxacilina quanto a vancomicina (14%).

Os *S. aureus* identificados no estudo apresentaram 72% de resistência a ampicilina e a penicilina. Conforme achados de uma pesquisa as penicilinas (penicilina G, ampicilina e amoxicilina), atualmente não são mais indicadas para o tratamento de infecções por *Staphylococcus* no Brasil, visto que cerca de 70% das cepas são resistentes a estes antimicrobianos. [13]

Os resultados encontrados neste estudo corroboram, também, com outro relato, que afirma que a vigilância dos padrões de sensibilidade de *S. aureus* aos antimicrobianos é de grande importância para compreender as tendências emergentes de resistência. A correlação destes patógenos com IHs possibilita avaliar as fontes de infecção e, consequentemente, minimizar os riscos em unidades de saúde. [13]

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem

Além do mais, a alta prevalência e ampla disseminação de MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente à meticilina, também chamada de oxacilina) multirresistentes em hospitais brasileiros é uma preocupação no que se refere à segurança dos pacientes. [8]

No presente estudo, 42% das cepas são resistências a oxacilina. No Brasil, a frequência de MRSA varia de 29 a 46%, quando se analisam cepas de pacientes internados em hospitais, tanto com IH, quanto comunitárias. O percentual elevado de cepas resistentes a oxacilina reforça a necessidade da realização de teste de sensibilidade aos antimicrobianos antes de realizar as prescrições dos pacientes hospitalizados, uma vez que essas cepas possuem uma probabilidade 15,38 vezes maior de serem resistentes em uma IH do que em uma infecção comunitária. [8, 12]

A notificação de ocorrências de portadores de *S. aureus* é considerada como uma ferramenta de grande valor epidemiológico. Esta pode ser utilizada em controles de higiene hospitalar, visto que a redução dos índices de IH é um dos principais indicadores da qualidade da assistência do cuidado a saúde. [13]

Considerações Finais

Os *S. aureus* apresentam cada vez mais resistência a antibióticos, os quais antes eram considerados eficazes para o seu combate, como por exemplo, a oxacilina e vancomicina. Desta forma, é fundamental incorporar à rotina hospitalar a realização de antibiogramas, durante a internação hospitalar, para identificar a sensibilidade das cepas antes de determinar o tratamento. A

partir destes exames, será definida a conduta adequada no que se refere à antibioticoterapia. Tal conduta proporcionará maior segurança na recuperação do paciente, reduzindo o risco de agravos e complicações, bem como gastos decorrentes de um maior tempo de internação.

Além disso, realizar a higienização das mãos de forma adequada, utilizando a técnica preconizada pelo Ministério da Saúde, é capaz de prevenir e controlar o risco de infecções relacionado à assistência em saúde, tendo em vista à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. DUTRA GG, et al. Nosocomial infection control: role of the nurse. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [s.l.], v. 7, n. 1, p.2159-2168, 1 jan. 2015. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2159-2168.

2. Figueiredo DA, Vianna RPT, Nascimento JA. Epidemiologia da Infecção Hospitalar em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público Municipal de João Pessoa-PB. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, [s.l.], v. 17, n. 3, p.233-240, 30 out. 2013. APESB (Associacao de Apoio a Pesquisa em Saude Bucal). http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2013.17.03.04.

3. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do país: lei nº 9431/1997. Brasília (DF), 1997. [citado 23 jul 2012]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/9431_97.htm.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares: Portaria nº 2616/98. Brasília (DF), 1998. [citado 23 jul 2012] Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2616_98.htm.

5. Guimarães AC, Donalisio MR, Santiago THR, Freire JB. Óbitos associados à infecção hospitalar, ocorridos em um hospital geral de Sumaré-SP, Brasil. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2011 Oct [cited 2017 Mar 28] ; 64(5): 864-869. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500010&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500010.

6. Ferreira CLG, Guimarães JR, Rodrigues NMQ, Santos ARBS, Prado AMP. Análise da profilaxia antimicrobiana para a prevenção da infecção do sítio cirúrgico em um hospital do centro-oeste brasileiro. Cienc. enferm. [Internet]. 2014 Ago [citado 2017 Mar 28]; 20(2): 103-115. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200011&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000200011.

7. Lima MFP , Borges MA , Parente RS , Victória Jr RC , Oliveira ME. Staphylococcus aureus e as infecções hospitalares – revisão de literatura. Revista UNINGÁ Review. Vol.21, n.1, pp.32-39 (Jan - Mar 2015).

8. OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde); ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). 2008. Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. / Organização Mundial da Saúde; tradução de Sátia Marine – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/higienizacao_oms/manual_para_observadores-miolo.pdf> .

9. Silva SA, Deuschle RAN, Garlet, CCM. Pesquisa de Staphylococcus aureus nas maçanetas das portas dos quartos de um hospital na região Noroeste, Rio Grande do Sul. Saúde (Santa Maria), Santa Maria, v. 38, n. 1, p.129-138, 2012.

10. Perugini MRE, Perugini VH, Ferreira ARM, Oliveira CF; Gomes GT; Lima BAR, et al. Tendência de resistência entre isolados clínicos de *Staphylococcus aureus* em um hospital universitário do norte do Paraná de 2002 a 2011. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 275-282, ago. 2015.

11. Bresolin BMZ, Dall'Stella JK, Silva SEF. Pesquisa sobre a bactéria Staphylococcus aureus na mucosa nasal e mãos de manipuladores de alimentos em Curitiba/Paraná/Brasil. Estud. Biolog., v.27, n.59, abr./jun. 2005

12. Herman CT, Wirzbicki DC, Oliveski CC, Colet CF. Perfil de sensibilidade de staphylococcus sp. isolados de infecções hospitalares em um hospital de nível IV no Rio Grande do Sul, Brasil. RBAC. 2015;47(3):96-100.

13. Catão RMR, Belém LF, Silva PMF, Luiza FP, Nunes LE, Fernandes AFC. Avaliação da colonização nasal por *staphylococcus aureus* em funcionários de um serviço de saúde em Campina Grande – PB. Revista de Biologia e Farmácia. Volume 07, Nº 01, 2012. ISSN 1983-4209.

83.PREVENÇÃO DE LESÃO NASAL CAUSADA POR PRONGAS NASAIS EM NEONATOS PRÉ-TERMOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PREVENTION OF NASAL DAMAGE CAUSED BY NASAL PRONGS IN PRETERM NEWBORNS: EXPERIENCE REPORT

PREVENCIÓN DE LESIÓN NASAL CAUSADA POR PRONGS NASALES EN NEONATOS PRETÉRMINO: RELATO DE EXPERIENCIA

HAUSEN, Camila Freitas[1]; QUADROS, Jacqueline Silveira de[2] ; JANTSCH, Leonardo Bigolin[3]; SOUZA, Lidiane Carvalho de[4]

Introdução: a mortalidade neonatal é uma preocupação de saúde pública, no Brasil 70% das mortes em crianças menores de um ano ocorrem nos primeiros 30 dias de vida. O cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para redução dos índices de mortalidade infantil (MI) no país. Sabe-se que a mortalidade no período neonatal representa maior parcela dos índices de MI, das quais destaca-se a insuficiência respiratória ao recém-nascidos pré-termo (RNPT), como a principal causa de morbimortalidade dos neonatos. No tratamento de disfunções respiratórias neonatais o método de ventilação não invasiva por meio da *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP), tem sido amplamente utilizado dentre as técnicas de administração de oxigenoterapia e suporte ventilatório[1]. Este método ventilatório fornece pressão positiva de maneira contínua nas vias aéreas do recém-nascido, produz troca gasosa adequada e apresenta efeitos benéficos, principalmente na Síndrome do Desconforto Respiratório e na retirada da ventilação mecânica invasiva (VMI), reduzindo complicações resultantes da VMI e diminuindo necessidade de reintubação[1,2]. Entretanto, o uso desse método tem implicado na ocorrência de lesões nasais, associadas ao uso do dispositivo nasal (pronga nasal), o qual oferta a ventilação. A pronga é adaptada à narina do recém-nascido que, pela pressão e atrito exercido, pode levar ao desenvolvimento de trauma, isquemia e lesões graves no septo nasal[1,2]. Estudos[2,3]realizados com neonatos pré-termos em uso de prongas nasais, revelam que mais de 60% dos participantes apresentaram lesões de septo. Dessa forma, ressalta-se a importância dos profissionais da saúde, em especial do enfermeiro, no desenvolvimento de estratégias para prevenção e recuperação desse tipo de evento adverso. **Objetivo:** relatar as experiências proporcionadas por meio de vivência em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, com enfoque nos cuidados de prevenção e recuperação de lesões de septo nasal em neonatos pré-termos. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência de vivência extracurricular, atividade de extensão proporcionada pelo curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), possui como objetivo aprimorar habilidades técnico-científicas, ético-políticas e socioeducativas de futuros enfermeiros. As atividades foram desenvolvidas na UTI Neonatal, do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), o mesmo é um serviço de referência regional. Realizou-se no período de fevereiro de 2017, perfazendo o total de 90 horas, sob a supervisão de

[1]Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: camilafht_@hotmail.com
[2]Enfermeira Obstétrica. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Professora no Departamento de Enfermagem na UFSM.
[3]Enfermeiro Neonatologista. Doutorando pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Enfermeiro no Hospital Universitário de Santa Maria.
[4]Acadêmica de Enfermagem na UFSM.

um enfermeiro do setor e de uma professora orientadora. **Resultados e discussão:** por meio da vivência foi possível acompanhar o cotidiano do enfermeiro em uma UTI neonatal. Compreender a rotina de uma UTI neonatal; acompanhar internação e alta de pacientes; desenvolver e aprimorar técnicas, atentando para as especificidades da neonatologia; sistematização da assistência de enfermagem; conhecimento de patologias neonatais; auxílio no método canguru; realização de orientações sobre cuidados com recém-nascido. Durante a permanência na UTI neonatal a discente presenciou um caso de lesão septo em um RNPT, ocorrido após o uso de CPAP. Como também, prestou cuidados, junto a equipe multiprofissional, na prevenção desse tipo de lesão, o que despertou interesse e a percepção da importância da temática. Ao prestar assistência direta aos recém-nascidos de alto risco foram dispensados cuidados especiais relacionados a oxigenoterapia. Grande parte dos neonatos internados eram pré-termos, ou seja, com idade gestacional (IG) inferior a 37 semanas, visto que muitos necessitavam de suporte ventilatório. Como já mencionado anteriormente, a alternativa mais utilizada é por meio do CPAP, portanto o uso das prongas nasais. Destaca-se que quanto menor a idade gestacional ao nascer, consequentemente, baixo peso e maior tempo de permanência com o CPAP, bem como, maior a incidência e a severidade das lesões de septo nasal relacionadas ao uso das prongas nasais. Evidenciou-se na literatura que em prematuros com IG inferior a 28 semanas ocorre aumento na frequência e gravidade das lesões[2,3]. Afim de prevenir as lesões de septo nasal, que é o principal evento adverso causado por esse modo de ventilação, os profissionais da equipe multiprofissional da UTI neonatal, adaptaram o uso da placa de hidrocolóide, como camada protetora ao estrato córneo desses prematuros, que se caracteriza por estrato delgado e passível de lesão. Os hidrocolóides são curativos compostos por agentes gelatinosos como a pectina e gelatina, embalados em placas de filme ou espuma, são autoadesivos e impermeáveis a água. Uma de suas indicações é prevenção ou tratamento de úlceras por pressão[4]. A aplicação da placa de hidrocolóide é realizada no momento de instalação do CPAP no recém-nascido. A placa é recortada, de tamanho proporcional ao orifício da cavidade nasal do RN, e fixada de forma que proteja as narinas e septo nasal, agindo como barreira de proteção e evitando a fricção direta das prongas com o nariz. Outras medidas de prevenção das lesões de septo foram adotadas como: observação atenta e periódica do RN e o septo nasal, em busca de sinais de eritema, lesões ou assimetrias; prevenção/redução do atrito, realizando mudança de decúbito do RN com atenção ao posicionamento das prongas; evitar umidade, por meio da aspiração de vias aéreas; escolha da pronga adequada no momento de instalação, de acordo com o tamanho do RN; comunicação entre os demais profissionais da equipe multiprofissional que manuseiam ou instalam o modo ventilatório, promovendo detecção precoce de lesões iniciais. Os cuidados prestados condizem com as recomendações do Ministério da Saúde[1], as quais compreendem como principais aspectos para a prevenção das lesões: os cuidados de inspeção do septo e columela nasal; a proteção com hidrocóloide e a instalação adequada das prongas nasais[1,5]. Além disso, verifica-se na literatura a necessidade de priorizar os cuidados com manipulação, manutenção e posicionamento dos dispositivos que compõem o circuito[3]. As ausências desses cuidados favorecem o aparecimento de lesões, o que implica imediata intervenção da equipe[2]. Estudos apontam que os cuidado de enfermagem estão atrelados à qualidade e adequação dos dispositivos nasais, destacando a importância da enfermagem na prevenção de lesões, como na promoção de conforto ao RNPT em uso de desse modo ventilatório[3,5]. **Conclusão:** a lesão de septo nasal, tem por causa base a utilização da pronga nasal, para instalação do CPAP, com incidência aumentada em RNPT e

intimamente relacionada ao tempo de permanência no dispositivo. É papel da equipe de enfermagem cuidar e prestar olhar atento aos RN, promovendo a prevenção deste tipo de lesão e/ou detecção de lesões iniciais, a fim de propiciar tratamento precoce. A experiência proporcionada pela vivência contribuiu positivamente na formação acadêmica e profissional da discente, promovendo maior segurança e autonomia, e possibilitou aprimoramento de conhecimentos teóricos e práticos no cuidado neonatal.

DESCRITORES: Enfermagem neonatal; Prematuro; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Ferimentos e Lesões; Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos. Volume 3. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

2. Bonfin FSF, et al. Lesão de septo nasal em neonatos pré-termo no uso de prongas nasais. Rev. Latino-Am. Enfermagem (São Paulo). 2014; 22(5): 826-33.

3. Sousa NFC, et al. Prevalência de lesão do septo nasal em prematuros no uso de prongas nasais. Rev Esc Enferm USP (São Paulo). 2013; 47(6):1285-90.

4. Smaniotto PHS, Galli R, Carvalho VF, Ferreira MC. Tratamento clínico das feridas – curativos. Rev Med (São Paulo). 2010 ;89(3/4):137-41

5. Alves, AM, Santos, ERS, Souza, TG. Prevenção de lesões nasais secundárias ao uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) em recém-nascidos prematuros de extremo baixo peso. Revista da Universidade Vale do Rio Verde (Três Corações). 2013; 11(2): 209-217.

84.PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: O QUE LEVOU AS MULHERES DE UMA DETERMINADA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE A REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAU

PREVENTION OF CERVICAL CANCER: WHAT IT TOOK WOMEN FROM A CERTAIN BASIC HEALTH UNIT THE PERFORMANCE OF THE PAPANICOLAU EXAMINATION

PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO: ¿QUÉ TOMÓ LA MUJERES DE CIERTA BÁSICA UNIDAD DE SALUD EXAMEN DE APROVECHAMIENTO PAPANICOLAOU

BRUM, Zaleia Prado de[1]; CARDOSO, Sandra Maria de Mello[2]; RODRIGUES Andressa Peripolli[3], SPERLING Sara Gallert [4].

I**ntrodução:** As medidas de prevenção do câncer do colo do útero, ainda representam um sério problema para a saúde pública. Para explicar este problema existem vários fatores, dentre eles, os culturais, econômicos e comportamentais, até mesmo a organização dos serviços públicos de saúde. De acordo com estimativas do INCA (Instituto Nacional do Câncer) [1] é de que em 2006 no Brasil, ocorreram mais de 19 mil casos de câncer do colo do útero. Através disso estima-se que em 2006, esta neoplasia maligna tenha causado a morte de cerca de 10 mil mulheres no Brasil. Essa doença evolui lentamente e com fases bem desconhecidas, sua frequência na população feminina é elevada e, pode ser diagnosticado precocemente e com isso tornar-se curável. O câncer de colo do útero apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura. Sua alta incidência é nas mulheres de 40 e 60 anos de idade, com pequena porcentagem nas com menos de 30 anos. Uma característica desta doença é que em todas as regiões do mundo ela está associada ao baixo nível socioeconômico, ou seja, essas mulheres estão mais vulneráveis. São esses grupos que apresentam as maiores dificuldades de acesso ao serviço para detecção e tratamento precoce da doença e de suas lesões precursoras[2]. **Objetivo:** conhecer os motivos que levaram as mulheres da Unidade Básica de Saúde (UBS) a realizarem o exame Papanicolau. **Método**: Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo descritiva, relacionado com as práticas de prevenção do câncer do colo do útero desenvolvidas neste serviço de saúde. A população de estudo foram todas as mulheres que procuraram a UBS para realizar o exame Papanicolau. Foram utilizados para coleta de dados entrevista com um questionário de perguntas abertas e fechadas. A analise dos dados se deu mediante análise do conteúdo das falas dos sujeitos, através da releitura exaustiva das entrevistas e analisado a luz do referencial teórico[3]. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética, sob o nº 127-4/PPH/09. Esta pesquisa justifica-se pala incidência do câncer do colo do útero ser muito elevada na população feminina e por existirem medidas de prevenção quando detectadas precocemente[4]. **Resultados e discussão**: Os dados foram coletados através de uma entrevista com questionário de perguntas abertas e fechadas, com dez mulheres que compareceram a UBS para coletar material

[1] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da URI – Campus de Santo Ângelo/RS/BR. Zaleia @urisan.tche.br.
[2] Enfermeira. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Docente do IFF – Instituto Federal Farroupilha – Campus de Santo Ângelo/RS/BR.
[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do IFF – Instituto Federal Farroupilha – Campus de Santo Ângelo/RS/BR.
4 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Graduada na UNIJUI/RS.

citopatologico e que aceitaram participar da pesquisa. A idade das entrevistadas variou de 28 a 58 anos. Em relação à escolaridade, 50% delas possuem primeiro grau incompleto, 25% com primeiro grau completo e as demais possuem segundo grau completo. Das entrevistadas, oito eram casadas, uma solteira e uma delas era viúva. Foram realizadas várias vezes a leitura do conteúdo dos questionários para melhor compreensão dos mesmos, destacando-se as unidades de registros das quais foi possível eleger duas categorias: Prevenção do Câncer do Colo do Útero e Educação em Saúde. Prevenção do Câncer do Colo do Útero: A prática preventiva ao câncer do colo do útero é imprescindível, sobre tudo se houver a concretização sob princípios da integralidade, pois através desta integração será mais eficaz a ação desenvolvida no combate a prevenção. A falta de prevenção, em especial nas classes mais pobres, é a principal causa para o grande índice de mulheres que ainda apresentam essa doença. Existem muitos fatores que predispõe o câncer, e infelizmente a nossa população esta exposta a eles que são o baixo nível socioeconômico, início precoce no relacionamento sexual, multiplicidade de parceiros, uso por tempo prolongado de contraceptivos, tabagismo e higiene íntima precária. As mulheres dessa pesquisa concordaram sobre a importância dessa ação de saúde. Educação em Saúde: A educação em saúde dispõe sobre uma questão que visa o bem estar do individuo e de toda população. É um instrumento que todos profissionais da área da saúde deveriam desenvolver no seu trabalho pois é um fator diretamente relacionado com os resultados de ações e práticas que foram aplicadas com este usuário ou comunidade voltada na prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde. Trata-se de um recurso onde o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais da saúde consiga chegar à vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão desses fatores do processo saúde-doença ofereça subsídios para a adoção de novos hábitos e novas práticas educativas, e que resgatam a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida. Dentre os diversos espaços de serviços de saúde, a atenção básica destaca-se como um contexto privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde[3]. Está prática pode acontecer tanto a nível individual, em forma de consultas, a nível de grupos ou como em palestras educativas. Esta consideração justifica-se pela proximidade dos serviços de saúde com a população da sua área de abrangência com ênfase em ações preventivas, promoção da saúde e um compromisso de qualidade no atendimento. Nessa pesquisa todas as mulheres receberam informações sobre câncer de mama e de colo de útero através de palestras dos profissionais de saúde ou em momentos individuais, como em consultas. **Considerações finais**: A introdução do Programa Viva Mulher em 1997 pelo Ministério da Saúde foi um avanço para o controle do câncer do colo do útero, já que durante muitos anos a realização do exame citopatológico no Brasil ocorreu fora do contexto de um programa organizado, não havendo qualquer mecanismo que estimulasse a procura e garantisse o acesso das mulheres aos serviços de saúde, especificamente aquelas que se encontravam sob maior risco de desenvolver esta neoplasia. A cobertura deste programa é a população feminina com intensificação na faixa etária de 35-49 anos que nunca realizaram o exame citopatologico (Papanicolau) e daquelas que o fizeram há 3 anos ou mais, objetivando tratar mais precocemente o câncer e suas lesões precursoras. Isso se deve ao fato de nessa faixa que se encontra o maior número de mulheres sob maior risco para lesões precursoras de alto grau de malignidade ou câncer em estágio inicial. As UBS podem e devem promover a educação em saúde nos vários momentos de sua atuação profissional, seja por palestras, seja por orientação individual. É por meio disso que se vai disseminando informação e dessa forma promovendo saúde. Por isso a importância de que os

profissionais de saúde estejam preparados, engajados e dispostos a levar as orientações de prevenção às mulheres para conscientizar as mesmas a realizar o exame nas unidades básicas de saúde.

DESCRITORES: Neoplasia Intraepitelial Cervical;prevenção; saúde da mulher.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1 INCA - Instituto Nacional do Câncer. [acesso em 2007 set 20]. Disponível em: http://www.casadevacinasgsk.com.br.

2 Oliveira M.M, Pinto I.C. Percepção das Usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do Município de Ribeirão Preto, São Paulo. Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil. 2007; jan/mar. 7(1):31-38. [acesso em 2007 ago 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n1/a04v07n1.pdf .

3 MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. 12. ed. São Paulo, 2010

4 BRASIL, Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro, RJ. INCA, 2016.

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

85.PREVENÇÃO PRIMÁRIA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES: USO DO ESCORE PREDITIVO DE *FRAMINGHAM*[1]

PRIMARY PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES: USE OF THE PREDICTIVE SCORE OF FRAMINGHAM[1]

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES PRIMARIAS: USO PREDICTIVO DE SCORE DE FRAMINGHAM[1]

NEVES, Gabriela Leal[2]; SCHIMITH, Maria Denise[3]; DULLIUS, Angela Isabel dos Santos[4]; ANSUJ, Angela Pellegrin[5]; FREITAS, Taísa de Paula Paiva [6]; VARGAS, Fátima Inês Alff[7]

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) são um grupo de condições crônicas que alteram a fisiologia do sistema cardiocirculatório. Assim, podem causar danos aos vasos sanguíneos que irrigam o músculo cardíaco, o cérebro, membros superiores e inferiores; danos no miocárdio e válvulas cardíacas; malformações congênitas na estrutura cardíaca; e coágulos sanguíneos em membros periféricos, que podem provocar embolia em órgãos vitais[1]. A aterosclerose é uma doença inflamatória crônica que provoca o acúmulo de depósitos de gordura nas paredes internas dos vasos sanguíneos, ocasionando um bloqueio na fluidez do sangue, sendo responsável pela maioria dos eventos coronarianos agudos[1,2]. Dessa forma, a identificação de indivíduos assintomáticos é imprescindível para a prevenção primária e efetiva dessas comorbidades[2]. Essa prevenção pode ocorrer por meio de abordagens relacionadas ao estilo e aos hábitos de vida, os quais envolvem os fatores de risco comportamentais como: tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo e ingestão de bebidas alcoólicas[1]. Além disso, o conhecimento dos fatores de risco e o sinergismo entre eles indicam ao profissional de saúde a avaliação criteriosa e o diagnóstico dos riscos absolutos de cada indivíduo desenvolver um evento cardiovascular[3]. Concomitante à avaliação dos fatores de risco deve-se utilizar na prática clínica escores de predição de risco como, por exemplo, a escala de risco de *Framingham* (ERF). Esse instrumento estima a probabilidade de uma pessoa, sem diagnóstico prévio de aterosclerose clínica, sofrer um infarto do miocárdio ou morte por doença coronariana em dez anos[2]. Dessa forma, as estratégias de prevenção primária devem ser realizadas por toda a equipe de saúde por meio de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar. No que tange às DCV, deve-se conhecer as características socioculturais e econômicas dos indivíduos utilizando-se das ações de educação em saúde na promoção da adoção do estilo de vida saudável[4]. Neste cenário, questiona-se "como a Escala de Risco de *Framingham* está sendo utilizada para a estratificação de risco cardiovascular na prevenção primária?". **Objetivo:** Identificar, nas produções científicas disponíveis na literatura, a utilização da Escala de Risco de *Framingham* na prevenção primária de doença cardiovascular. **Metodologia:** A revisão da literatura foi realizada online, em

[1] Resultados parciais oriundos de uma revisão narrativa da literatura.

[2] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM (PPGEnf/UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM. gabinevesenf@gmail.com.

[3] Enfermeira. Doutora em Ciências/Unifesp. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSM. Coordenadora do Curso de Enfermagem do CCS/UFSM. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

[4] Cirurgiã-Dentista, Professora Associada Departamento Estatística, Doutora em Odontologia com Ênfase em Epidemiologia, Professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSM.

[5] Professora Titular Departamento Estatística, Doutora em Engenharia de Produção, Professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSM.

[6] Enfermeira. Mestranda PPGEnf/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

[7] Graduanda do Curso de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.

março de 2017, por meio do acesso remoto ao Portal de Periódicos da Capes via Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) com a utilização de e-mail institucional. Buscou-se por produções científicas indexadas na base de dados Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Utilizou-se como estratégia de busca no formulário avançado a combinação das palavras-chave "*Framingham*" [Palavras] *and* ("Escala") *or* "Escore" [Palavras], sendo encontrados 117 estudos. Esses foram agrupados na forma de uma tabela utilizando o *Microsoft Excel* contendo as unidades de análise para a seleção dos estudos que compuseram o corpus deste trabalho. Os estudos encontrados foram catalogados da seguinte maneira: identificador único na base de dados; referência do artigo; Resumo e unidades de exclusão descritas a seguir. Dessa forma, foram excluídos 19 estudos por não ser artigo primário; nove não oriundos de pesquisa; 57 não correspondentes a temática; oito estudos sem texto completo disponível na íntegra, online, gratuito; e três estudos não responderam à pergunta de revisão. Assim, foram excluídos 95 estudos. De posse dessas informações, realizou-se a análise dos 22 estudos selecionados para compor a revisão por meio de um quadro sinóptico na forma de documento no *Microsoft Word* com as seguintes informações: referência, idioma, local do estudo, área da saúde, objetivos, metodologia, resultados e população do estudo. **Resultados:** De acordo com o ano de publicação dos estudos selecionados, identificou-se que em 2015 houve a maior concentração de estudos, com quatro ao total; seguido pelo ano de 2012, com três estudos; os anos de 2004, 2006, 2013, 2014 e 2016, com dois estudos cada; e os anos de 2007 a 2011, com um estudo cada. Quanto ao local do estudo tem-se 17 estudos nacionais e cinco internacionais. Referente às pesquisas nacionais oito foram realizadas na região Sudeste (cinco em São Paulo, dois em Minas Gerais, e um no Espírito Santo); cinco estudos foram encontrados na região Sul (quatro em Santa Catarina e um no Paraná); a região Nordeste possui três estudos (um no Ceará, e um na Bahia e um no Piauí); e um estudo na região Norte, no Pará. Dos estudos internacionais têm-se Colômbia e Costa Rica com dois estudos cada, e Venezuela com um estudo. Em estudos realizados com população assintomática identificou-se a prevalência de alto e moderado risco em grupos geriátricos quando comparados a grupos não geriátrico, no qual prevalece o baixo risco cardiovascular. Esse risco aumentado se relacionou ao tabagismo, o qual se apresenta como o fator de maior risco para DCV, enquanto que o nível médio de colesterol total e HDL-c foram identificados como fatores protetores. No grupo não geriátrico, somado ao tabagismo a HAS predominou entre os fatores de risco coronariano e o HDL-c e sexo feminino foram identificados como fator de proteção[5]. Na comparação entre o escore de *Framingham* tradicional com o atual (*National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel* III - NCEP ATP III), o tabagismo e a hipercolesterolemia são fatores de risco que contribuem significativamente para a mudança de estrato do baixo e moderado para o alto risco. No grupo de alto risco, o DM esteve presente na maioria dos casos (83,5%), enquanto o tabagismo em apenas um terço deles (29,9%)[6]. Na Costa Rica o tabagismo, a hipertensão arterial e a DM tipo 2 demonstraram associação significativa com a presença de risco cardiovascular de moderado a alto[7]. Em Minas Gerais constatou-se a predominância superior aos registrados na literatura para colesterol total, HDL-c baixo, hipertensão arterial, sobrepeso e obesidade. Neste mesmo estudo, 80% dos indivíduos hipertensos apresentavam história familiar de HAS. Apenas 45,1% das pessoas com hipertensão conheciam sua condição clínica, sendo que os demais (54,9%) foram diagnosticados durante a pesquisa. Verifica-se, portanto, que a HAS pode ser silenciosa e, em grande parte dos indivíduos, não ocasiona alterações clínicas que os levem a procurar atendimento especializado[8]. Entre homens adultos (40-59 anos) identifica-se que os dois fatores mais prevalentes foram os baixos níveis de HDLc e o tabagismo e, entre os homens idosos (60-79 anos) foram os níveis reduzidos de HDLc e a pressão arterial elevada. Em um estudo realizado na Bahia, também apontou o fato de mulheres, tanto as adultas quanto as idosas, apresentarem como fatores mais prevalentes a pressão arterial e o colesterol total elevados. A maioria dos adultos de ambos os gêneros apresentaram baixo risco para desenvolver doença coronariana. Quanto ao alto risco de desenvolver a doença coronariana, a prevalência foi maior nos idosos (40,0% homens e 21,4% mulheres) do que nos adultos (20,0%

homens e 3,8% mulheres) em ambos os sexos[9]. Estudos recentes corroboram esses achados com a maior prevalência de RCV elevado presente nas faixas etárias mais avançadas, em especial entre o grupo com 50-59 anos. Quanto à obesidade, nessa faixa etária, não houve associação com maior risco cardiovascular (RCV). Isso pode ser um indicativo de que os efeitos do sobrepeso e da obesidade se manifestam tardiamente, assim como o aumento do RCV por comorbidades como HAS, DM e dislipidemia[10]. Entre os profissionais da saúde[11,12], verificou-se que na população venezuelana com baixo risco o HDL-c, o tabagismo e a hipercolesterolemia são os principais fatores de risco, sendo maior nas mulheres do que nos homens[11]. Também identificou-se que 11,6% classificaram-se na faixa de médio ou alto risco para apresentarem evento coronariano em dez anos. Dessa forma a presença de HAS associou-se ao sexo masculino, idade acima de 40 anos, trabalhar frequentemente cansado e o escore de *framingham* nos níveis médio e alto[12]. Quando avaliado o RCV entre idosos na Costa Rica, com idades entre 65 e 84 anos, a porcentagem de usuários com baixo RCV cinco anos após o início do estudo foi de 64%, e aumentou para 72,5% após 12 meses; e aos 73,8% aos 18 meses, apresentando os benefícios dos hábitos de vida saudáveis na queda dos níveis de colesterol total e de colesterol LDL e aumento de HDLc[13]. O cálculo do ERF para os adultos jovens, 20 a 24 anos, resultou em apenas dois escores estratificados em menor que 1% (97,6%) e igual a 1% (2,4%), ambos na faixa de baixo RCV em 10 anos (ERF ≤ 10%). Embora pequena a diferença entre os escores, considera-se relevante diferenciá-los do ponto de vista da existência e agregação de fatores de RCV. Nesse caso, o HDLc apresentou média aquém dos valores recomendados (39 mg/dl) e alterações significativas (41,8%) em relação às demais variáveis[14]. **Conclusões:** Os resultados deste estudo apontam para a importância do conhecimento dos profissionais da saúde sobre as condições e os hábitos de vida das pessoas a quem prestam os cuidados. Esse conhecimento, permite ao profissional de saúde empoderar e motivar os indivíduos ao autocuidado como a manutenção dos níveis desejáveis para a pressão arterial, o colesterol total e suas frações, os triglicerídeos, a glicemia; bem como a adoção de um estilo de vida saudável com a prática de atividade física e uma alimentação saudável. A correta identificação dos fatores de RCV permite a compreensão da condição crônica e o reconhecimento dos sinais e sintomas que predispõe a complicações. Nota-se também a importância da estratificação do RCV para a identificação de pessoas predispostas à ocorrência de um evento coronariano.

DESCRITORES: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Doenças Cardiovasculares; Prevenção Primária; Fatores de Risco.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. (OPAS). Doenças cardiovasculares. Brasília: set. 2016.

2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arq Bras Cardiol. Rio de Janeiro, 2013 dez; 101 (6/supl 2).

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília, 2010. P. 95.

4. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, 2013; 37: 128.

Artigos selecionados

5. Carvalho GD, Stamm AMNF, Marasciúlo AC. Estimativa de risco coronariano em uma população geriátrica e não-geriátrica. Rev. Bras. Med. 2015 nov; 72 (11).

6. Halla S, Moreira RA, Stamm AMNF, Marasciulo AC. A. Estimativa de risco de doença coronariana em um ambulatório de ensino. Rev. Bras. Med. 2015 out; 72 (10).

7. Mata MQ, Espinoza BD. Estimación del riesgo cardiovascular en la población atendida en consulta externa del Area de Salud de Ciudad Quesada, durante los años 2008 y 2009. Rev. Méd. Costa Rica Centroam. 2012 out-dez; 69 (604): 533-38.

8. Ribeiro RCL, Nascentes MN, Fonseca MM, Carvalho E de, Ghetti FF, Carvalho CR, Rosado LEF. Importância dos fatores nutricionais no cálculo do risco cardiovascular global. Rev. Méd. Minas Gerais. 2004 jul-set; 14 (3): 157-62.

9. Mascarenhas CHM, Reis LA, Souza MS. Avaliação do risco de doença coronariana em adultos e idosos no município de Lagêdo do Tabocal/BA. Arq. Ciên. Saúde UNIPAR. 2009 jan-abr, 13 (1): 15-20.

10. Júnior APD, Schuelter TF, Sebold FJG, Nakashima L, Pereira MR, Trevisol DJ. Avaliação do Risco Cardiovascular segundo os Critérios de Framingham em Adultos. Rev. Bras. Ciênc. Saúde. 2016, 20 (3): 183-88.

11. Tang PM, Castro J, Chang G. Riesgo de enfermedad arterial coronaria a corto plazo en trabajadores de la Dirección Municipal de Salud Bolívar: Estado Aragua, 2012. Comunidad salud. 2014 jun, 12 (1): 56-63.

12. Cavagioni L, Pierin AMG. Risco cardiovascular em profissionais de saúde de serviços de atendimento pré-hospitalar. Rev. Esc. Enferm. USP. 2012 abr, 46 (2): 395-403.

13. Carrillo PV, Rivas JC, Nassar JS, Fuente SS, Meza GQ. Riesgo cardiovascular global en una población adulta mayor del área rural, Cantón de Garabito, Puntarenas. Acta Méd. Costarric. 2015 jul-set, 57 (3): 117-23.

14. Gomes EB, Moreira TMM. Estratificação do risco cardiovascular em adultos jovens: relação com pressão arterial, antropometria e achados bioquímicos. Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online), 2014 jul-set, 6 (3): 918-28.

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

86.PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DO SOFRIMENTO MORAL EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM E ÁREA DA SAÚDE

SCIENTIFIC PRODUCTION ON MORAL SUFFERING IN NURSING STUDENTS AND HEALTH AREA

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SOBRE EL SUFRIMIENTO MORAL EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y DE LA SALUD

NEUTZLING, Bruna Ruoso da Silva[1]; BORDIGNON, Simoní Saraiva[2]; BARLEM, Edison Luiz Devos[3]; TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri[4]; RAMOS, Aline Marcelino[5]; CARVALHO, Deciane Pintanela de [6].

Introdução: O conceito de Sofrimento Moral (SM), na literatura, foi idealizado por Andrew Jameton, na década de 1980, apresentando seu conceito como um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando o indivíduo não pode executar ações moralmente adequadas, segundo sua consciência(1). Estudantes de enfermagem e da área da saúde, ao testemunharem comportamentos antiéticos no ambiente acadêmico, incompatíveis com seus valores, princípios e padrões pessoais e aprendidos durante sua formação acadêmica, vivenciam o SM decorrente da incoerência entre as ações dos indivíduos e suas convicções(1). No âmbito de formação acadêmica em enfermagem, frequentemente, os estudantes vivenciam conflitos e problemas morais, frente a situações de desrespeito, de si mesmos, dos colegas, usuários, trabalhadores de enfermagem e de saúde, reconhecendo-se, desencorajados, receosos e impotentes para reagir e manifestar questionamentos e indignação(2). O interesse por essa temática na atualidade vem ampliando o seu campo de pesquisa, passando das primeiras investigações direcionadas aos profissionais de saúde para estudantes da área da saúde e, especificamente, em estudantes de enfermagem em âmbito nacional e internacional(3). Dessa forma, é relevante explicitar que os estudantes enfrentam problemas morais próprios no ambiente de formação em que estão inseridos, podendo revelar o enfrentamento de circunstâncias dúbias relacionadas ao exercício da autonomia, da ética e da moral. Nessa perspectiva, elucidar as situações que causam SM nos

[1] Enfermeira, Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande - (FURG), RS. 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.

estudantes de graduação em enfermagem, nos ambientes de formação, poderá fornecer uma descrição das fragilidades universitárias e refletir diretamente na defesa e valorização do próprio estudante, como na qualificação da sua formação. **Objetivo:** conhecer o conhecimento produzido na literatura internacional acerca do SM em estudantes de enfermagem e área da saúde. **Metodologia:** Revisão integrativa com coleta de dados nas bases de dados CINAHL, PUBMED E MEDLINE, utilizando-se o descritor do MeSH: "*student*" e as palavras: *"moral ditress"*, com o operador boleano AND, por acesso *on-line*, em junho de 2015. Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa, completos, sem limites para temporalidade, apresentando Resumo para primeira análise e enfocando como assunto principal o SM em estudantes de enfermagem e área da saúde. Inicialmente, encontrados 109 artigos, definindo-se 19 artigos para análise. **Resultados:** Construíram-se três categorias: *SM em estudantes da área da saúde*, no qual os estudos evidenciaram a importância de pesquisar SM em estudantes considerando fatores culturais, demográficos, religiosos, étnicos, ambientais, assim como o sexo, grau de formação acadêmica e a discrepância entre teoria e prática, devido a suas influências diretas ou indiretas nos níveis de SM. Especificamente, foi investigado SM em estudantes de terapia ocupacional, medicina e em estudantes de enfermagem, além de estudos a partir do olhar docente sobre SM em estudantes de enfermagem, avançando para discussões institucionais como o ensino da ética na graduação como instrumento para enfrentar o SM. os ambientes mais comuns para ocorrência de situações geradoras de SM em estudantes, estão no âmbito hospitalar não-cirúrgico (63,8%), cirúrgico (16,3%), e a prática em geral (9,1%), enquanto o ambiente universitário apresentou (4,4%) das citações. A discrepância entre os princípios aprendidos pelos estudantes, durante sua formação acadêmica, e o que eles percebem no cenário de prática, depende de ideais pessoais e profissionais, atrelados de maneira intrínseca a um forte senso de responsabilidade profissional desenvolvido durante o processo de formação. Na categoria *SM em estudantes de graduação em enfermagem*, os estudos elencaram, como tema gerador de SM, algumas situações específicas, como: o processo de morte e morrer, a prestação de cuidado agressivo, o cuidado baseado em compaixão, o cuidado na saúde psiquiátrica, enquanto outros investigaram diversos temas geradores de SM. Narrativas de decepção, angústia e impotência fornecem um vislumbre da complexidade do SM em estudantes. Na maioria dos casos, as experiências de SM resultaram em atitudes negativas em relação a enfermagem, desilusão com os docentes e a própria profissão. Enquanto os discentes relatam experiências de desconforto, constrangimento e angústia frente a diversos eventos, os docentes raramente reconhecem a presença de vulnerabilidade neles. Ainda, existe a possibilidade de que esses estudantes sequer saibam que estão experimentando SM, porque desconhecem esse conceito.

O SM, por sua vez, ao ser vivenciado, poderá originar implicações tanto para o acadêmico, quanto para os diferentes sujeitos com os quais ele interage; ao negarem seus desejos, sua condição de sujeitos autônomos e o respeito a si mesmos, possivelmente, também estejam falhando em assegurar o respeito aos indivíduos que assumiram vir a cuidar. Por fim, na categoria *SM em estudantes e o ambiente de formação*, os estudos apresentaram evidências de SM também no ambiente acadêmico, embora a literatura documente SM, em sua maioria, no ambiente de prática clínica. As situações que podem gerar SM no ensino de enfermagem estão relacionadas à desonestidade acadêmica, incluindo fraude e plágio; inflação de notas; e incivilidade. Assim, quando tais questões não são enfrentadas com transparência e justiça em um programa educacional, poderão ser criados antecedentes negativos no processo de formação dos estudantes, frente ao processo de tomada de decisão moral e ética, pois um clima de aceitação da desonestidade poderá prevalecer. Ainda, estudos indicam, como fontes de angústia e SM, o imperativo de ter um rendimento satisfatório, pois frente ao anseio de expor dúvidas e se posicionar, muitos discentes questionam sua posição hierárquica e a repercussão negativa de suas atitudes nas avaliações dos docentes nas disciplinas, as dificuldades em perceber o real valor de sua prática profissional e a indecisão acerca da profissão escolhida. Além disso, a situação que mais causou SM nos estudantes, relacionada ao ambiente acadêmico, diz respeito ao comportamento inadequado de algum docente frente a um colega, funcionário ou outro, situação que o estudante não denunciou, porque tinha medo que afetasse negativamente sua avaliação. **Conclusão:** Ao problematizar situações que geram SM no âmbito acadêmico, demonstra-se preocupação com o futuro da profissão enfermagem, uma vez que os estudantes de enfermagem representam esse futuro. Assim, atentar, valorizar e discutir problemas e conflitos éticos e morais, percebidos no período de graduação acadêmica é uma oportunidade de criar alternativas para mudanças necessárias, como o enfrentamento do SM, condizente com uma atuação crítica e ativa da profissão enfermagem, comprometida com uma realidade educacional e de saúde norteada pelo respeito à vida dos usuários, estudantes e profissionais.

DESCRITORES: Estudantes de Enfermagem; Educação em 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. 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):257-264.

3. Wiggleton C, Petrusa E, Loomis K, Tarpley J, Tarpley M, O'Gorman ML, et al. Medical Students‟ Experiences of Moral Distress: Development of a Web-Based Survey. Acad Med. 2010; 85(1):111-7.

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

87.PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE POR MEIO DO ATENDIMENTO DE PUERICULTURA

PROMOTION OF CHILDREN AND ADOLESCENT HEALTH BY MEANS OF PIG FARM CARE

PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NIÑOS Y ADOLESCENTES POR LA CUIDADO INFANTIL

RODRIGUES, Andressa Peripolli[1]; CARDOSO, Sandra Maria de Mello[2]

Resumo

Introdução: A consulta de puericultura busca identificar precocemente e reduzir a incidência de enfermidades, permitindo a criança e ao adolescente alcançar todo o seu potencial de crescimento e desenvolvimento. **Objetivo**: Investigar a contribuição do atendimento em puericultura na promoção da saúde de crianças e adolescentes. **Metodologia**: Realizou-se um estudo qualitativo, exploratório, por meio de uma revisão bibliográfica, na base de dados Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS). **Resultados**: A análise apontou para duas categorias: Caracterização das crianças e adolescentes atendidos na puericultura e morbidades mais frequentes; e Condutas estabelecidas pela enfermagem na puericultura para promoção da saúde. **Considerações**: O atendimento de puericultura está mais voltado às crianças até o seu segundo ano de vida e os adolescentes encontram-se "fora" do sistema de saúde, o que indica a necessidade de uma puericultura com foco na promoção da saúde, ampliando o atendimento para além dos dois anos de idade.

DESCRITORES: Saúde da Criança; Neonatologia; Enfermagem Pediátrica; Enfermagem.

Abstract

The child care consultation seeks to identify early and reduce the incidence of diseases, allowing the child and adolescent to reach their full potential for growth and development. The objective of this study was to investigate the contribution of care in childcare in the promotion of the health of children and adolescents. A qualitative, exploratory study was carried out, through a bibliographic review, in the Latin American Literature in Health Sciences database (LILACS). The analysis pointed to two categories: Characterization of children and adolescents attended in childcare and more frequent morbidities; And Conduct established by nursing in childcare for health promotion. Thus, childcare is more focused on children until their second year of life and adolescents are "out" of the health system, which indicates the need for a childcare center focused on health promotion, expanding care Beyond two years of age.

DESCRIPTORS: Child Health; Neonatology; Pediatric Nursing; Nursing

Resumen

[1] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora no Instituto Federal Farroupilha/ Campus Santo Ângelo. Email: andressa.rodrigues@iffarroupilha.edu.br
[2] Enfermeira, Mestra em Enfermagem, Professora no Instituto Federal Farroupilha/ Campus Santo Ângelo.

La consulta de puericultura busca identificar temprano y reducir la incidencia de la enfermedad, permitiendo que los niños y adolescentes a alcanzar su máximo potencial para el crecimiento y el desarrollo. El objetivo de este estudio fue investigar la contribución de la atención en el cuidado de niños en la promoción de la salud de niños y adolescentes. Se realizó un estudio cualitativo, exploratorio, a través de una revisión de la literatura, la base de datos Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS). El análisis señaló dos categorías: Caracterización de los niños y adolescentes en el cuidado de niños y morbilidades más frecuentes; y Conducta establecido por las enfermeras en el cuidado de niños a promoción de la salud. Por lo tanto, el servicio de cuidado de los niños está más orientado a los niños hasta su segundo año de vida y adolescentes están "fuera" del sistema de salud, lo cual indica la necesidad de cuidado infantil con un enfoque en la promoción de la salud, la ampliación de servicios además de dos años de edad.

DESCRIPTORES: Salud del Niño; Neonatología; Enfermería Pediátrica; Enfermería

Introdução

O presente estudo aborda o atendimento de puericultura para crianças e adolescentes como forma de promoção da saúde, uma vez que a promoção à saúde é um dos principais modelos teórico-conceituais que subsidiam as políticas de saúde em todo o mundo.[1] Nesse contexto, a puericultura é inserida, pois permite ao enfermeiro atuar não apenas com a criança e adolescente, mas também junto à família.[2]

O desenvolvimento da criança depende da interação com o meio social em que vive, sendo mediado pelas relações com a rede social de proteção, como a influencia das pessoas, da família, e dos profissionais da saúde e de educação.[3] Com relação à saúde, os profissionais de enfermagem desenvolvem o seu cuidado à criança e ao adolescente por meio da consulta de enfermagem que também é chamada de puericultura e permite ao enfermeiro realizar orientações acerca dos cuidados, das imunizações, da prevenção de acidentes e das questões referentes à saúde e bem-estar da criança.[2] Com isso, é preconizada a realização de sete consultas durante o primeiro ano de vida, sendo que a primeira consulta deverá ocorrer ainda na primeira semana de vida do recém-nascido, identificando doenças e/ou sinais de alerta.[3]

Justifica-se a realização desse estudo, pois a consulta de puericultura se constitui como ferramenta para a realização de educação em saúde com vistas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, sendo importante o fortalecimento da promoção à saúde por meio de orientações que atendam as singularidades das crianças e adolescentes. Assim, é necessário destacar como essa atividade, que pode ser realizada pelo profissional enfermeiro, contribui para a promoção da saúde das crianças e adolescentes beneficiadas com essa prática.

Com isso, tem-se como problema de pesquisa: O atendimento em puericultura para crianças e adolescentes contribui para a promoção da saúde? E objetivo: Investigar a contribuição do atendimento em puericultura na promoção da saúde de crianças e adolescentes.

Método

Nesse contexto, foi realizado um estudo de abordagem qualitativa, com caráter exploratório. Essa abordagem permite aprofundar o espaço das relações, dos processos e dos fenômenos, uma vez

que estas não podem ser reduzidas à operacionalização de variáveis.[4] Para o desenvolvimento do estudo foi realizada uma revisão bibliográfica.

O levantamento bibliográfico foi realizado na base de dados Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS). Para o levantamento dos dados, foram utilizadas as combinações "cuidado da crianca" *or* "assistencia integral a saude" *or* "cuidados de enfermagem" *or* "puericultura" *and* "saude da crianca" *or* "saude do adolescente". Todos os DESCRITORES foram previamente testados no DESCRITORES em Ciências da Saúde (DeCs), com exceção da terminologia "puericultura" que será utilizada como palavra-chave.

Os critérios utilizados para a seleção dos estudos foram: artigos de pesquisa, disponíveis online, na íntegra, de acesso gratuito, no idioma português. Já os critérios de exclusão aplicados foram: publicações com Resumo indisponível na base de dados ou incompleto e artigos duplicados. Não foi delimitado recorte temporal para a busca, para que se possa identificar as evidências disponíveis.

Os artigos foram categorizados em uma ficha de extração de dados contendo as variáveis: referência do artigo, país do estudo, ano de publicação, objetivos do estudo, tipo de estudo e abordagem, área do conhecimento, resultados e conclusões. Quanto às questões éticas, foram respeitadas as ideias, as definições e os conceitos empregados pelos autores dos estudos analisados e os mesmos serão apresentados e citados de forma fiel e incontestável.

Resultados e Discussão

Ao ser realizada a busca, foram identificadas 168 publicações e partir dos critérios de inclusão e exclusão, foram analisados 13 artigos científicos. Destes, houve predomínio das publicações no ano de 2012, com quatro produções, seguida de 2013 (três publicações) e 2005 (duas publicações). Os anos de 2016, 2014, 2011 e 2009 apresentaram apenas uma publicação. A análise apontou para duas categorias que serão descritas a seguir.

Caracterização das crianças e adolescentes atendidos na puericultura e morbidades mais frequentes

A partir da análise dos estudos, foi possível identificar que a problemática do excesso de peso em adolescentes está presente em parte deles, sendo a morbidade mais comum nos serviços de puericultura. Além disso, observou-se que a obesidade carrega consigo diversas complicações por apresentar um potencial de causar outras doenças, inclusive na vida adulta.[5]

Com relação a caracterização de crianças atendidas no serviço de puericultura, estudo aponta que participam desse atendimento crianças menores de 24 meses, predominantemente do sexo feminino (n=140; 53,8%) e quase 40% delas não tinham registro de consultas de enfermagem ou de outro profissional de nível superior. De acordo com o número de consultas, observou-se que a maioria (n=139; 53,5%) obteve menos de cinco consultas de enfermagem e apenas 13 (5%) obtiveram mais de cinco consultas. Nesse atendimento de puericultura, a avaliação nutricional foi negligenciada, chegando a 94,1% de ausência nos prontuários, e que em muitos prontuários havia o peso e a altura, mas não a classificação nutricional da criança.[6]

Também, durante o atendimento, foi realizada a avaliação do desenvolvimento da criança, principalmente, na primeira consulta do primeiro ano de vida; obtendo-se índices elevados de

ausência dessa avaliação na primeira consulta do segundo ano de vida (94,8%). Diante disso, o estudo indicou que a maioria das crianças não obteve o atendimento necessário e qualificado, principalmente, no segundo ano de vida.[6]

Ainda na caracterização, estudo indicou que a idade das crianças acompanhadas na puericultura variou de 12 a 30 meses, com predominância do sexo feminino (50,2%), corroborando com o estudo anterior. Em relação ao atendimento de puericultura, 77 (42,5%) crianças receberam esse atendimento no primeiro mês de vida, sendo que apenas 18 crianças (23,4%) foram assistidas pelo enfermeiro.[7]

Contudo, houve uma inversão da situação nos meses subsequentes, pois o enfermeiro passou a realizar um maior número de consultas de puericultura, além de uma redução no número de atendimentos de puericultura após os seis meses de vida da criança. Observou-se também um número reduzido de anotações nos prontuários em relação à nutrição da criança durante os seis primeiros meses de vida e a avaliação nutricional durante o primeiro ano de vida ocorreu em apenas 115 (63,5%) prontuários.[7]

O estudo indicou ainda que em relação as medidas antropométricas, 100% dos prontuários havia registros de peso e estatura no primeiro atendimento, porém ocorreu uma queda nos registros dos perímetros cefálicos, torácicos e circunferência abdominal. A avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor foi registrada em 87 prontuários (48%), com maior prevalência no primeiro mês de vida (n=42; 23,2%).[7]

As informações referentes às intercorrências na saúde durante o primeiro ano de vida evidenciaram maior proporção para as Infecções das Vias Aéreas Superiores, com 71 registros em prontuários (39,2%), sendo que quatro destas (5,6%) desenvolveram pneumonia. Apesar do elevado número de intercorrências à saúde registradas, apenas oito prontuários (4,4%) continham anotações sobre hospitalização, sendo o motivo da internação registrado somente em um prontuário (0,5%), o que evidencia o descaso dos profissionais ao realizarem seus registros.[7]

Outro estudo aponta que durante as consultas de puericultura, o registro da idade e a investigação quanto à alimentação da criança foram as intervenções mais frequentes. Entretanto, o desenvolvimento da criança acabou não sendo o foco da consulta de puericultura.[8] Diante disso, destaca-se que a consulta de puericultura realizada pela equipe de enfermagem logo nos primeiros dias de vida apresenta fundamental importância, pois possibilita ao enfermeiro a realização de ações que abordam a prevenção e promoção da saúde e a detecção precoce de problemas de saúde. Além disso, torna-se um momento em que o profissional está mais próximo da mãe e da família, viabilizando uma comunicação terapêutica e singular.[9]

Estudo aponta que o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança por meio da consulta de puericultura, acontece mensalmente para os lactentes menores de um ano na Estratégia de Saúde da Família em questão. Esse fato indica que o número de consultas realizadas está acima do que é determinado pelo Ministério da Saúde, sete consultas no primeiro ano de vida.[10] Além disso, destaca-se a necessidade da implantação da consulta de puericultura em locais que não a realizam, pois a consulta favorece o cuidado ao filho, superando incertezas e proporcionando saúde de qualidade, por meio da promoção da saúde e prevenção de doenças.[11]

Ao ser retomada a questão do número de consultas de puericultura realizadas, estudo indicou que, das 35 crianças analisadas, 20 (57,1%) estavam com o esquema completo, pois realizaram sete ou mais consultas. O fato da totalidade não ter cumprido o esquema completo de consultas pode revelar uma visão reducionista do indivíduo de que o serviço de saúde deve ser utilizado apenas para fins de tratamento, não sendo priorizadas as medidas preventivas, como é o caso da puericultura.[12]

No que se refere à avaliação nutricional, o estudo apontou que a maioria das crianças (n=29; 82,9%) apresentou adequado crescimento ponderal e apenas uma das crianças estava em situação de baixo peso. Em relação a morbidade, 14 crianças (40%) não apresentaram nenhum problema de saúde durante o primeiro ano de vida e as que apresentaram foi ocasionada por infecção de vias aéreas superiores.[12]

Corroborando à isso, estudo identificou que os problemas de saúde mais comuns na puericultura estão relacionados às afecções das vias respiratórias, principalmente, das vias aéreas superiores, tais como resfriado, otite e gripe, ocasionando a procura mais frequente aos serviços de saúde.[13] O que difere da população adolescente, em que a maioria que procura a unidade de saúde estão em busca do pré-natal, sendo pouco observada a procura delas antes da primeira gestação, ou seja, para que se realize a promoção da saúde.[14]

De acordo com os atendimentos realizados ao público adolescente, estudo apontou que os profissionais referem não possuir dificuldades no atendimento ao adolescente, porém 10 dos 44 profissionais informaram ter alguma dificuldade, dentre as quais se destacam: informações prestadas que são veladas, dificuldade do adolescente em entender o que é dito, estar em fase difícil e conflitante, e estar em um momento delicado da vida. Além destas, os profissionais apontaram que possuem dificuldades em estabelecer vínculo e interação com o adolescente, falta de experiência com a faixa etária, falta de intimidade e identificação com o adolescente, diferenças de linguagem, postura e vivências, e dificuldade em dar a atenção necessária devido ao volume excessivo de atendimentos realizados.[15]

Ainda, o estudo apontou que os profissionais consideraram necessário o atendimento em turno exclusivo para adolescentes, assim conseguiriam estabelecer um olhar mais atento à esse público.[15]

Condutas estabelecidas pela enfermagem na puericultura para promoção da saúde

A análise dos estudos apontou que se faz necessário promover uma assistência preventiva ou um acompanhamento periódico do adolescente, uma vez que na atenção primária à saúde isso não ocorre, devido ao desinteresse da população nessa faixa etária em buscar os serviços de saúde. Estudo indicou que as profissionais enfermeiras entendem serem responsáveis pelo cuidado do adolescente na ótica da integralidade, porém não conseguem incluí-lo no seu atendimento diário.[5] As mesmas profissionais apontaram que as barreiras identificadas contemplam a vida própria do adolescente, que não permite a presença na unidade, a falta de atração à instituição e a deficiência na formação do enfermeiro no que diz respeito às ações com adolescente em excesso de peso. Os autores observaram que apesar das enfermeiras possuírem um conhecimento favorável a respeito do excesso de peso em adolescentes, elas não visualizavam a responsabilidade de prevenir e/ou tratar essa condição de saúde.[5]

Entretanto, os autores afirmam que foi possível perceber que as enfermeiras entendiam como um problema a questão da obesidade e que deveria ser acompanhado pelos profissionais de saúde. Assim, foi possível identificar uma compreensão favorável da enfermagem a respeito do assunto, mesmo assim, ainda referem que as diversas atividades e deveres em que os adolescentes hoje estão envolvidos dificultam o acesso dos profissionais de saúde.[5]

Uma conduta indispensável durante a realização da puericultura é a anotação adequada dos dados obtidos durante a consulta, já que os registros tornam-se o meio de comunicação mais eficaz no processo de cuidado entre os profissionais. No entanto, autores afirmam que as principais anotações referentes ao crescimento e desenvolvimento das crianças não são claramente expressas no registro de enfermagem, fator preocupante já que a avaliação nutricional está diretamente ligada à prevenção da obesidade.[6] Outro estudo apontou que em relação ao acompanhamento nas consultas de puericultura realizou-se, principalmente, o registro das informações coletadas no prontuário da criança, atividade esta evidenciada por meio da evolução de enfermagem.[8]

Entretanto, estudo realizado no estado do Paraná indica que em relação ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, todas as enfermeiras o realizam em conformidade com o protocolo municipal e ministerial. Ainda, informam que logo após o primeiro atendimento, ainda no primeiro mês de vida, a segunda consulta já é agendada antes mesmo da criança ir embora.[9] Ressalta-se também que os atendimentos podem ser realizados em outros locais, fora da unidade de saúde, pois o atendimento realizado em estabelecimentos comunitários mais próximos das famílias pode se tornar uma prática criativa utilizada pelas equipes para facilitar o acesso do usuário aos serviços.[9]

Os autores apontaram ainda que existe outra estratégia de vigilância que é a busca ativa das crianças faltosas pelo agente comunitário de saúde, por meio de visitas domiciliares e entrega de comunicados enviados pela enfermeira. Diante disso, percebe-se uma proposta de estruturar o trabalho a partir de uma equipe multiprofissional, voltado para o acolhimento, formação de vínculo, escuta e diálogo, o incentivo para a corresponsabilidade e a autonomia do usuário, como sujeito ativo na promoção de sua saúde.[9]

Somado a isso, autores revelaram que a concepção dos enfermeiros sobre o acompanhamento de puericultura é uma questão ampla e que não deve se restringir a pesagem e a verificação de medidas antropométricas, mas associado à isso, a orientação acerca de questões relacionadas à saúde da criança.[16] Também, autores identificaram que em muitos casos não havia registro de informações substanciais para a continuidade da assistência por outros profissionais da equipe de saúde como, por exemplo, intercorrências na gestação, presença de doença sexualmente transmissível na mãe e de anomalias congênitas na criança.[7]

Estudo que realizou observação participante constatou que o atendimento de puericultura é individualizado, pautado em queixas, no qual a criança e seu cuidador são meros receptores das informações, estando sob uma condição passiva, respondendo apenas aos questionamentos sobre as condições de saúde da criança.[10] Para solucionar esse problema, buscou-se desenvolver um acompanhamento coletivo da criança, tornando o seu cuidador um co-participante. Essas experiências partilhadas de modo grupal permitem aos sujeitos envolvidos identificar a efetividade e a adesão às condutas e aos encaminhamentos propostos.[10]

Destaca-se ainda que para a realização do acompanhamento de puericultura, se faz necessário o acolhimento, como uma etapa fundamental do cuidado. No entanto, em estudo, esta foi evidenciada como atividade individual não institucionalizada e não direcionada aos adolescentes.[17] Portanto, é importante a articulação dos conceitos de integralidade adotados nesse estudo como acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção[17], pois somente assim, os adolescentes serão alcançados. Além disso, o cuidado deve perpassar o âmbito biológico, envolvendo-se na tríade biopsicossocial, na qual deve ser instigada pelos puericultores, aliando o saber científico ao saber popular, construindo assim um cuidado plausível e eficaz no processo do crescimento e desenvolvimento.[11]

Também, o acompanhamento do desenvolvimento é um dos procedimentos da ação básica que envolve toda a atenção à criança, já que ela apresenta uma sequência previsível e regular de desenvolvimento, porém em constante transformação. Assim, possibilita esse acompanhamento e a identificação dos grupos de maior risco para a realização das intervenções apropriadas, permitindo a prevenção e a detecção precoce de possíveis déficits no desenvolvimento infantil.[12] Associado a isso, ressalta-se a preocupação de que quando se pensa em medidas preventivas de saúde, como é o caso do acompanhamento de saúde da criança, por existir uma cultura de procura ao serviço de saúde somente nos casos de doença, podem ocorrer diversas dificuldades, pois a puericultura apresenta um forte conteúdo de promoção da saúde. Fato que o presente estudo indica, a partir dos discursos analisados, ao identificar a necessidade de ações de promoção de saúde infantil importantes para o crescimento e desenvolvimento da criança.[13]

Com isso, pode-se afirmar que a consulta de enfermagem em puericultura promove o vínculo do enfermeiro com a mãe, a criança e a família por meio da empatia que surge entre eles. O vínculo com usuárias do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação dos profissionais enfermeiros durante a prestação do serviço.[14]

No que se refere ao acompanhamento do adolescente, ressalta-se a importância do protagonismo juvenil como iniciativa, expressão de liberdade e compromisso, para que o adolescente assuma a responsabilidade pelos seus atos. Esse protagonismo deve ser estimulado pelos profissionais da saúde, a fim de obterem a autonomia na sua saúde.[14]

Conclusão

O presente estudo buscou investigar a contribuição do atendimento em puericultura na promoção da saúde de crianças e adolescentes, para tal foi possível verificar que esse atendimento está mais voltado às crianças até o seu segundo ano de vida e que os adolescentes, na maioria dos casos, encontram-se “fora” do sistema de saúde. Também foi possível verificar que as morbidades mais frequentes foram a infecção das vias superiores nas crianças e nos adolescentes a obesidade.

Destaca-se no estudo que as principais orientações realizadas pelo profissional enfermeiro no acompanhamento de puericultura se referiram a alimentação infantil, no entanto, alguns estudos apontaram sua ineficácia, já que os índices de excesso de peso vêm crescendo cada vez. Ainda, os estudos indicaram a importância e a necessidade da realização da puericultura, porém parte deles enfatizou o seu foco para a promoção da saúde e não apenas um contato clínico específico. Como limitações do estudo, aponta-se a necessidade de novas buscas que utilizem outras bases de dados, ampliando para estudos internacionais. Assim, seria possível uma visão mais ampla e global a respeito da temática.

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1 Jackson RA, Stotland NE, Caughey AB, Gerbert B. Improving diet and exercise in pregnancy with Video Doctor counseling: a randomized trial. Patient Education and Counseling. 2011; 83(2):203–9.

2 Feliciano AM. Puericultura: estudos dos fatores que levam a baixa adesão ao programa pelos moradores da área central da cidade de Corumbá/MS [monografia]. Corumbá: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2011. 23p. Especialização em atenção básica em saúde da família.

3 Ministério da Saúde (BR). AIDPI: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. 2ª ed. rev. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

4 Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 2010.

5 Vieira CENK, Enders BC, Mariz LS, Santos RJF, Rêgo MCD, Oliveira DRC. Atuação dos enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde direcionada aos adolescentes com excesso de peso nas escolas. Rev Min Enferm. 2014; 18(3):630-6.

6 Corgozinho JNC, Ribeiro GC. Registros de enfermagem e o enfoque na prevenção da obesidade infantil. Rev Enferm Cent O Min. 2013; 3(3):863-72.

7 Barboza CL, Barreto MS, Marcon SS. Registros de puericultura na atenção básica: estudo descritivo. Online Braz J Nurs. 2012; 11(2):359-75.

8 Oliveira FFS, Oliveira ASS, Lima LHO, Marques MB, Felipe GF, Sena IVO. Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. Rev Rene. 2013; 14(4):694-703.

9 Souza RS, Ferrari RAP, Santos TFM, Tacla MTGM. Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da Saúde da Família. Rev Min Enferm. 2013; 17(2):331-9.

10 Monteiro AI, Macedo IP, Santos ADB, Araújo WM. A enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. Rev Rene. 2011; 12(1):73-80.

11 Vasconcelos VM, Frota MA, Martins MC, Machado MMT. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na Estratégia Saúde da Família. Rev Esc Anna Nery. 2012; 16(2):326-31.

12 Leite GB, Bercini LO. Caracterização das crianças atendidas na puericultura do Programa Saúde da Família do município de Campo Mourão, Paraná, em 2003. Ciênc Cuid Saúde. 2005; 4(3):224-30.

13 Castilho SG, Bercini LO. Acompanhamento de saúde da criança: concepções das famílias do município de Cambira, Paraná. Ciênc Cuid Saúde. 2005; 4(2):129-38.

14 Brasil EGM, Queiroz MVO, Cunha JMH, Magalhães SS, Maia EG. Estabelecimento de vínculo com a mãe adolescente: vislumbrando o cuidado à criança. J Res: Fundam Care Online. 2016; 8(3):4601-8.

15 Crossetti MA. Avaliação da atenção integral à saúde do adolescente por profissionais de uma Unidade Básica de Saúde no Rio de Janeiro. Rev APS. 2009; 12(4):430-5.

16 Vieira VCL, Fernandes CA, Demitto MO, Bercini LO, Scochi MJ, Marcon SS. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. Cogitare Enferm. 2012; 17(1):119-25.

17 Costa RF, Querioz MVO, Zeitoune RCG. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. Rev Esc Anna Nery. 2012; 16(3):466-72.

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

88.QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS: TENDÊNCIAS DAS PRODUÇÕES DE ENFERMAGEM

QUALITY OF LIVING IN CHILDREN: TRENDS OF NURSING PRODUCTIONS

CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS: TENDENCIAS EN LAS PRODUCCIONES ENFERMERÍA

SILVA, Júlia Heinz[1]; BUBOLTZ, Fernanda Luisa[2]; NEVES, Eliane Tatsch[3]; URBANETTO, Janete de Souza[4]; KEGLER, Jaquiele Jaciára[5]; SILVEIRA, Andressa da[6].

Resumo

Introdução: Estudos que abordam a qualidade de vida de crianças e adolescentes ainda são incipientes. Assim, a fim de realizar um estudo sobre isto que resultará em uma dissertação de mestrado em enfermagem, buscou-se analisar o que tem produzido acerca da temática. **Objetivo:** identificar as tendências das produções científicas de enfermagem (teses e dissertações) acerca da qualidade de vida em crianças. **Metodologia:** revisão de literatura realizada nos Catálogos do Centro de Estudo e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn), 2002 a 2015, no mês de junho de 2015, buscando o termo "qualidade de vida" nos títulos e Resumos. **Resultados/Discussão:** Foram encontradas 24 produções, em maior número nos últimos anos, predominância de estudos em São Paulo, na área de saúde pública, considerando a família como público alvo, enfoque em doenças específicas, estudos quantitativos. **Considerações Finais:** Identificou-se uma lacuna nas produções acerca da temática e que tenham as crianças como participantes.

DESCRITORES: Qualidade de Vida; Saúde da Criança; Enfermagem.

Abstract

Introduction: Studies that address the quality of life of children and adolescents are still incipient. Thus, in order to carry out a study on this that will result in a master's degree dissertation in Nursing; we sought to analyze what has produced about the subject. **Objective:** to identify the trends of scientific nursing productions (thesis and dissertations) about quality of life in children. **Methodology:** literature review carried out in the Catalogs of the Center for Study and Research in Nursing (CEPEn/Brazil), from 2002 to 2015, in the month of June 2015, searching for the term "quality of life" in titles and Abstracts. **Results / Discussion:** A total of 24 studies were found in the last years, predominance of studies in São Paulo, in the area of public health, considering the family as a target group, focus on specific diseases, quantitative studies. **Final Considerations:** It was identified in the productions about the theme and that have children as participants **Descriptors:** Quality of Life; Child Health; Nursing.

[1] Enfermeira, Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente, Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: juheinz@hotmail.com.br.
[2] Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria, Técnica Administrativa em Educação na Universidade Federal de Santa Maria.
[3] Enfermeira, Pós doutora em Enfermagem, Professora Associada dos Cursos de Graduação e Pós Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria.
[4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
[5] Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal, Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria.
[6] Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Pampa.

Resumen

Introducción: Los estudios sobre la calidad de vida de los niños y adolescentes son aún incipientes. Por lo tanto, con el fin de realizar un estudio sobre esto se traducirá en una disertación en la enfermería, tratamos de examinar lo que se produce sobre el tema. **Objetivo:** Identificar las tendencias en la producción científica de enfermería (tesis y disertaciones) sobre la calidad de vida de los niños. revisión de la literatura llevada a cabo en el Centro de Estudios Catálogos e Investigación en Enfermería (CEPEn/Brasil), de 2002 a 2015, en junio de 2015, en busca de la expresión "calidad de vida" en los títulos y los resúmenes: Metodología. **Resultados / Discusión:** Las 24 producciones se encuentran en mayor número en los últimos años, los estudios de prevalencia en Sao Paulo, en la salud pública, teniendo en cuenta la familia como público objetivo, se centran en enfermedades específicas, los estudios cuantitativos. **Consideraciones finales:** Se identificó una brecha en las producciones sobre el tema y tener hijos como participantes

DESCRIPTORES: Calidad de vida; Salud Infantil; Enfermería.

Introdução

A crescente preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida emerge de um movimento das ciências humanas e biológicas, buscando valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.[1] Apesar de haver inúmeras definições de qualidade de vida, não existe uma que seja amplamente aceita. Porém, os conceitos mais utilizados atualmente buscam dar conta de uma multiplicidade de dimensões discutidas nas chamadas abordagens gerais ou holísticas.[1]

O conceito assumido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que a qualidade de vida vem da percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.[2] Essa percepção inclui saúde física, nível de independência, estado psicológico, relações sociais e crenças pessoais.[3]

Na abordagem do construto qualidade de vida, dois aspectos são fundamentais: a subjetividade, no sentido de que cada pessoa tem pensamentos e sentimentos diferentes ao tentar avaliar sua própria qualidade de vida, ou seja, condições internas que influenciam a qualidade de vida; e, a multidimensionalidade, que diz respeito à percepção do indivíduo quanto ao seu estado físico, cognitivo e afetivo, suas relações interpessoais e os papéis sociais que desempenha. A qualidade de vida é composta pelos domínios físico, mental e espiritual, os quais podem ser expandidos para domínios de saúde física, psicológica, fatores ambientais, relacionamento social e padrões espirituais; e elementos de avaliação, resultado de influências positivas e negativas que permeiam o cotidiano das pessoas. Por exemplo, a presença de mobilidade (elemento positivo) e a presença de dor (elemento negativo). A presença do primeiro elemento e a ausência do segundo caracterizariam uma boa qualidade de vida.[2,4]

A despeito do grande crescimento de produções que contemplam o conceito de qualidade de vida, aquelas ligadas à saúde da criança e do adolescente, no seu sentido ampliado, no Brasil ainda são escassas. Avaliar a qualidade de vida de crianças sem nenhum acometimento de saúde e aquelas com doenças crônicas torna-se cada vez mais importante, já que o incremento nas tecnologias médicas contribui para o aumento da sobrevida dessa última parcela, o que pode não significar a promoção da qualidade de suas vidas.[5]

Assim, problematizando a qualidade de vida de crianças dependentes de tecnologia, temática de dissertação de mestrado em Enfermagem, sentiu-se a necessidade de verificar o que a enfermagem já tem produzido acerca da qualidade de vida em crianças para delinear o estudo pretendido bem como justificar o seu desenvolvimento. Para tanto, questionou-se: Quais as tendências das produções científicas de teses e dissertações de enfermagem acerca da qualidade de vida em crianças?

O objetivo do estudo foi identificar as tendências das produções científicas de Enfermagem (teses e dissertações) acerca da qualidade de vida em crianças.

Metodologia

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura, que visa sintetizar, reunir e delimitar os resultados de pesquisa sobre um tema ou questão de forma ordenada e sistemática. Para a efetivação desta revisão foram seguidas as seguintes etapas: identificação do tema, definição dos objetivos, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, análise, discussão e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado dos dados analisadas.[6]

A busca foi desenvolvida nos Catálogos do Centro de Estudo e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn), desde o ano de 2002 até o ano de 2015, disponíveis no site da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).

O levantamento dos dados ocorreu no mês de junho de 2016. Foi realizada a leitura de todos os títulos e Resumos que apresentavam o termo “qualidade de vida”. A partir dessa leitura inicial, foram incluídas no estudo as produções que possuíam Resumo completo, disponíveis online, que abordassem qualidade de vida em crianças e estudos que apresentassem o processo de validação e/ou avaliação de instrumentos de avaliação da qualidade de vida neste público alvo.

Com o objetivo de sintetizar e ordenar os trabalhos selecionados, estes foram organizados em um quadro sinóptico contendo: título e autor(es); ano de publicação; instituição de ensino; área de pesquisa; linha de pesquisa; público alvo; objetivo do estudo; abordagem do estudo.

Resultados e discussão

Foram encontradas 24 produções (***Tabela 1***), sendo que destas 9 eram dissertações e 15 eram teses. As produções sobre a temática começaram a surgir no ano de 2003, com apenas uma publicação, seguida dos anos de 2004, 2007, 2008, 2011 e 2012, todos também com apenas uma publicação por ano, 2010 com duas publicações, 2009 com 4 publicações, 2013 com 5 publicações e 2014 com 7 publicações.

Pode-se observar que houve aumento nas produções sobre qualidade de vida em crianças nos últimos anos (2013 e 2014), o que pode significar que a enfermagem tem se conscientizado da importância de trabalhar com a temática para proporcionar um cuidado cada vez mais humano e qualificado a essa população, conforme prevê a Política Nacional da Humanização, com a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde e valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.[7]

Quanto aos locais das publicações, 79% (n=19) eram de São Paulo, 13% (n=3) do Ceará, 4% (n=1) de Brasília e 4% (n=1) do Triângulo Mineiro.

O grande número de produções em São Paulo pode ser justificado pelo grande número de universidades e programas de pós-graduação bem consolidados nesta região, porém não justifica a ausência de produções sobre a temática nas regiões norte e sul do país.

As áreas de pesquisa e as linhas de pesquisa foram variadas, mas a área de pesquisa predominante foi relacionada à Enfermagem e Saúde Pública, com 15 produções (63%) e as linhas de pesquisa foram as que dizem respeito ao Processo saúde-doença e epidemiologia, com 9 produções (38%), seguida da Assistência à criança e ao adolescente, com 7 produções (29%).

Isto demonstra que o enfoque ao público alvo ainda é escasso, e há necessidade de maior número de pesquisas na área para embasar um cuidado específico a esta população possibilitando a promoção da qualidade de vida.[8]

Os objetivos dos estudos foram agrupados: 54% (n=13) verificar a relação da qualidade de vida de crianças e/ou adolescentes com alguma doença e/ou tratamento específico, 33% (n=8); validar, traduzir e/ou fazer adaptação cultural de escalas e instrumentos que avaliam qualidade de vida em crianças e/ou adolescentes, 8% (n=2); tinham como objetivo a construção de instrumentos que avaliam a qualidade de vida relacionada a alguma doença específica e 4% (n=1); descrever o perfil sociodemográfico e clínico e fatores que influenciam na qualidade de vida.

É importante ressaltar que a maioria dos estudos pretendia verificar a qualidade de vida em crianças e/ou adolescentes com uma morbidade específica.

A população alvo dos estudos era dividida entre crianças, adolescente e familiares (54%, n=13), crianças e adolescentes (38%, n=9), crianças (4%, n=1) e familiares (4%, n=1).

Apesar de grande parte dos estudos abordarem a qualidade de vida de crianças e/ou adolescentes, a família foi a população do estudo para fazer esta avaliação. Os profissionais de saúde que trabalham com este público devem estar atentos para a ampliação do objeto de cuidado para o binômio criança-família.[9]

É importante ressaltar, que além de haver o envolvimento da família, os profissionais de saúde devem estar atentos à opinião da própria criança em seu cuidado. Sabemos que perante a lei as crianças não são reconhecidas como agentes totalmente autônomas, capazes de raciocínio moral ou de assumir total responsabilidade das suas escolhas e condutas. Com isso, presume-se que os pais da criança, ou seus representantes legais, agem visando o melhor interesse da criança. Mas em um princípio fundamental da ética da infância já existem discussões para que seja reconhecida a oportunidade da criança expressar suas opiniões e desejos a partir de uma perspectiva legal. O direito das crianças a ter seus interesses conhecido e suas vozes sejam ouvidas em assuntos que abordam os seus interesses é um princípio consagrado no direito internacional e nacional.[10]

Os estudos apresentaram em sua maioria, abordagem quantitativa, com 20 estudos (83%), seguido da abordagem qualitativa, com 3 estudos (13%) e um estudo com abordagem mista (4%).

A predominância da abordagem quantitativa pode se relacionar com o maior número de produções na linha de pesquisa relacionada ao Processo saúde-doença e epidemiologia.

Quanto às conclusões apresentadas, a maioria ressalta a necessidade de novos estudos sobre a temática da qualidade de vida em crianças para qualificar o atendimento a este público, o que podemos perceber pelo número ainda incipiente de produções.

Tabela 1 – *Quadro sinóptico com as produções selecionadas para análise.*

ID	Referência	Ano	Tipo	Local	Área	Linha	Objetivo	Público	Abordagem
P1	BOMFIM, Emiliana de Omena. Correlações entre citocinas pró e anti-inflamatórias com a fadiga, padrão de sono e qualidade de vida em crianças e adolescentes com câncer.	2014	Dissertação	Universidade de São Paulo	Enfermagem em Saúde Pública	Genômica e Imunobiologia aplicada à saúde pública	Correlacionar fadiga, padrão de sono e a qualidade de vida em crianças e adolescentes com câncer	8 a 18 anos	Quanti
P2	SILVA, Andréa Cristina Oliveira. Adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: fatores associados com aqualidade de vida relacionada à saúde e autoestima.	2014	Tese	Universidade de São Paulo	Enfermagem em Saúde Pública	Assistência à criança e ao adolescente	Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e autoestima de adolescentes com diabetes mellitus tipo 1	De 10 a 18 anos	Quanti
P3	ABREU, Isabella Schroeder. Qualidade de vida de crianças e adolescentes com insuficiência renal crônica em hemodiálise: construção do	2014	Tese	Universidade de São Paulo	Processo saúde-doença e	Processo saúde-doença e epidemiologia	Construir um instrumento de mensuração de QVRS para crianças e adolescentes	Crianças e adolescentes	Quanti

	Módulo Específico DISABKIDS.				epidemiologia		brasileiros com IRC, em hemodiálise		
P4	NUNES, Serlyjane Penha Hermano. Validação do instrumento DISABKIDS®-37 para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas.	2014	Tese	Universidade de São Paulo	Enfermagem em Saúde Pública	Processo saúde-doença e epidemiologia	Validar o instrumento DCGM®-37 para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas	8-18 anos incompletos	Quanti
P5	NUNES, Michelle Darezzo Rodrigues. Avaliação da fadiga em crianças e adolescentes hospitalizados.	2014	Tese	Universidade de São Paulo	Enfermagem em Saúde Pública	Assistência à criança e ao Adolescente	Avaliar fadiga, padrão de sono e QVRS de crianças e adolescentes hospitalizados com câncer e suas correlações	Crianças e adolescentes	Quanti
P6	VASCONCELOS, Viviane Mamede. Tradução, adaptação e validação da cerebral palsy quality of life: aplicação em pais de crianças com paralisia cerebral.	2013	Tese	Universidade Federal do Ceará	Cuidado às pessoas com problemas neurológicos	Enfermagem no processo de cuidar da promoção de saúde	Traduzir, adaptar culturalmente e validar a escala Cerebral Palsy Quality of Life for children parent-proxy version (CP QOL)	Crianças	Quanti
P7	SOUZA, Maria Amelia de. Qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes com diabetes Mellitus tipo 1.	2014	Tese	Universidade Federal do Ceará	Enfermagem	Enfermagem no processo de cuidar na promoção da Saúde	Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com diabetes mellitus tipo 1.	Adolescentes	Quanti
P8	MONTEIRO, Sandra de Nazaré Costa. Qualidade de vida: percepção de crianças e adolescentes estomizados e seus pais e/ou responsáveis.	2013	Dissertação	Universidade de Brasília	Políticas, práticas e cuidado em saúde e enfermagem	Processo de cuidar em saúde e enfermagem	Conhecer a qualidade de vida de crianças e adolescentes estomizados e seus pais, a partir de suas percepções.	entre 8 a 18 anos	Quanti
P9	SANTOS, Danielle Maria de Souza Serio dos. Validação do instrumento DISABKIDS módulo fibrose cística para crianças e adolescentes brasileiros.	2013	Tese	Universidade de São Paulo	Enfermagem em Saúde Pública	Processo saúde-doença e epidemiologia	Validação p/ Brasil versão adaptada do DISABKIDS® - módulo Fibrose Cística.	Crianças e adolescentes	Quanti
P10	DEON, Keila Cristiane. Validação para crianças e adolescentes brasileiros do instrumento de mensuração de Qualidade de Vida relacionada à saúdeDISABKIDS- Módulo Dermatite Atópica	2013	Tese	Universidade de São Paulo.	Enfermagem em Saúde Pública	Processo Saúde-doença e Epidemiologia	Validar o instrumento sobre qualidade de vida DISABKIDS®-Módulo Dermatite Atópica.	Entre 8 e 18 anos	Quanti
P11	KOURROUSKI, Maria Fernanda Cabral. Módulo específico do instrumento DISABKIDS de avaliação de qualidade de vida relacionado	2013	Tese	Universidade de São Paulo	Enfermagem em Saúde Pública	Assistência à criança e ao adolesce	Construir módulo específico do DISABKIDS (qualidade de vida) p/ crianças e	Crianças e adolescentes	Quanti

	à saúde de crianças e adolescentes que vivem com HIV.					nte	adolescentes brasileiros com HIV.		
P12	RAMOS, Islane Costa. Promoção da saúde mental de adolescentes renais crônicos: a tecnologia leve no cuidado em enfermagem.	2013	Tese	Universidade Federal do Ceará	Enfermagem na Promoção da Saúde	Políticas e práticas de saúde	Avaliar uso da tecnologia leve na promoção da saúde mental e QV de adolescentes renais crônicos.	10 a 19 anos	Quali
P13	PAULA, Lívia Loamí Ruyz Jorge de. Qualidade de vida, impacto do tratamento e níveis de concordância entre avaliação de crianças e adolescentes em tratamento de câncer e seus cuidadores.	2012	Dissertação	Universidade de São Paulo	Enfermagem em Saúde Pública	Assistência à criança e ao adolescente	Avaliar a qualidade de vida e o impacto do tratamento em crianças e adolescentes com câncer.	Idade entre 2 e 18 anos	Quanti
P14	FRITOLI, Aretuza Renata. Cluster de sintomas em adolescentes com câncer.	2011	Dissertação	Universidade Garulhos	Enfermagem médico-cirúrgica	O cuidar em enfermagem	Identificar os clusters de sintomas que acometem adolescentes com câncer.	Adolescentes	Quanti
P15	LIMA, Lívia Aparecida Pereira de. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus tipo 1.	2009	Dissertação	Universidade Federal do Triângulo Mineiro	-	-	Descrever o perfil e identificar fatores que influenciam na QV de pacientes com DM tipo 1.	Crianças e adolescentes	Quanti
P16	SANTOS, Danielle Maria de Souza Serio dos. Adaptação cultural e validação do DISABKIDS - Cystic Fibrosis Module® para mensuração da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de crianças e adolescentes brasileiros: Fase I.	2010	Dissertação	Universidade de São Paulo	Enfermagem em Saúde Pública	Processo Saúde-Doença e Epidemiologia	Adaptação e validação cultural para o Brasil do DISABKIDS - Cystic Fibrosis Module®.	De 8 a 18 anos	Quanti
P17	WHITAKER, Maria Carolina Ortiz. Vida após o tratamento do câncer infanto-juvenil: experiências de sobreviventes (A).	2010	Tese	Universidade de São Paulo	Enfermagem em Saúde Pública	Assistência à Criança e ao adolescente	Identificar quais as repercussões da enfermidade na qualidade de suas vidas.	Crianças e adolescentes	Quanti
P18	CICOGNA, Elizelaine de Chico. Crianças e adolescentes com câncer: experiências com a quimioterapia.	2009	Dissertação	Universidade de São Paulo	Enfermagem em Saúde Pública	Assistência à criança e ao adolescente	Compreender como as crianças e os adolescentes com câncer vivenciam a experiência da quimioterapia.	crianças e adolescentes	Quali
P19	DEON, Keila Cristiane. Adaptação cultural e validação do módulo específico Dermatite Atópica do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de crianças e adolescentes - DISABKIDS® -MDA-Fase I.	2009	Dissertação	Universidade de São Paulo	Enfermagem em Saúde Pública	Processo saúde-doença e epidemiologia	Adaptar culturalmente para o Brasil o instrumento DISABKIDS®-MDA..	de 8 a 18 anos	Quanti

P20	REIS, Roberta Alvarenga. Módulo específico para avaliação da qualidade de vida relacionada à Saúde para crianças e adolescentes que vivem com deficiência auditiva-vida.	2009	Tese	Universidade de São Paulo	Enfermagem em Saúde Pública	Processo Saúde-doença e epidemiologia	Identificar aspectos da QV de crianças e adolescentes brasileiros e alemães com deficiência auditiva.	entre 8 e 18 anos	Mista
P21	FEGADOLLI, Claudia. Adaptação transcultural e validação do instrumento DISABKIDS-37 para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas: fase I.	2008	Tese	Universidade de São Paulo	Enfermagem em Saúde Pública	Processo Saúde-doença e Epidemiologia	Tradução, adaptação cultural e validação do instrumento DISABKIDS-37 para o Brasil.	crianças/adolescentes com asma ou DM e seus pais	Quanti
P22	MEDINA CASTRO, Ma. Elizabeth. Adaptação transcultural e validação do instrumento genérico de mensuração de qualidade de vida relacionada à saúde, DISABKIDS 37, para crianças e adolescentes mexicanos com doenças crônicas e seus pais ou cuidadores: fase I.	2007	Tese	Universidade de São Paulo	Enfermagem em saúde pública	Processo saúde-doença e epidemiologia	Analisar o conteúdo do questionário DISABKIDS 37 e descrever sua tradução mexicana, adaptação cultural e validação em um estudo piloto	crianças/adolescentes com asma ou epilepsia e seus pais	Quanti
P23	CERVEIRA, Jaime Augusto. Influência da qualidade de vida na ocorrência da doença cárie em pré-escolares.	2003	Dissertação	Universidade de São Paulo	Saúde pública	-	Verificar a influência da QV nas condições de saúde bucal de pré-escolares.	Crianças no pré III	Quanti
P24	ANDERS, Jane Cristina. Transplante de medula óssea e suas repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes que o vivenciaram (O).	2004	Tese	Universidade de São Paulo	-	Assistência à criança e ao adolescente	Descrever experiências de crianças/adolescentes sobreviventes do transplante de medula óssea e como isso afetou sua QV.	crianças/adolescentes submetidos ao TMO	Quali

Considerações Finais

O estudo das tendências das produções de teses e dissertações de enfermagem sobre qualidade de vida em crianças possibilitou verificar o que tem sido produzido sobre a temática e verificar as lacunas do conhecimento.

A pesquisa que se pretende desenvolver será na região sul do país, podendo trazer novas perspectivas de acordo com aspectos socioculturais da população, além disso, os estudos encontrados abordaram crianças com doenças e/ou tratamentos específicos.

Ainda, encontrou-se uma lacuna no que tange a estudos que avaliem a qualidade de vida a partir da percepção que a própria criança tem sobre sua condição, a maioria dos estudos encontrados considera a percepção da família também.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Pereira ÉF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Revista brasileira de educação física e esporte. 2012; 26 (2): 241-250.

2. WHOQOL Group, et al. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science & medicine. 1995; 41 (10): 1403-1409.

3. Petersson C, et al. Comparing children's self-report instruments for health-related quality of life using the International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY). Health and quality of life outcomes. 2013; 11 (1): 1.

4. Fleck MPA. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. et al. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.

5. Soares AHR, Martins AJ, Lopes MCB, Britto JAA, Oliveira CQ, Moreira MCN. Qualidade de vida em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16 (7): 3197-3206.

6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enferm [Internet]. 2008; 17 (4): 758-764.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2ª ed. Brasília, 2004.

8. Soares AHR, Martins AJ, Lopes MCB, Britto JAA, Oliveira CQ, Moreira MCN. Qualidade de vida em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16 (7): 3197-3206.

9. Collet N, Oliveira BRG, Vieira CS. Manual de enfermagem em pediatria. 2ª ed. Goiânia (GO): AB; 2010.

10. Carnevale FA, Campbell A, Collin-Vézina D, Macdonald ME. Interdisciplinary studies of childhood ethics: developing a new field of inquiry. Children & Society. 2013.

X Semana de Enfermagem

89.QUALIDADE DE VIDA NA PERSPECTIVA DE CRIANÇAS DEPENDENTES DE TECNOLOGIAS: NOTA PRÉVIA

QUALITY OF LIFE IN THE PERSPECTIVE OF CHILDREN DEPENDING ON TECHNOLOGIES: PRIOR NOTE

CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS TECNOLOGÍAS PERSPECTIVA DE DEPENDIENTES: NOTA PRELIMINAR

SILVA, Júlia Heinz da[1]; NEVES, Eliane Tatsch[2]; URBANETTO, Janete de Souza[3]; BUBOLTZ, Fernanda Luisa[4]; KEGLER, Jaquiele Jaciára[5]; SILVEIRA, Andressa da[6].

Introdução: O avanço da tecnologia e a evolução do saber científico contribuíram para a redução da mortalidade infantil no Brasil mas, ao mesmo tempo, resultaram no prolongamento da vida de crianças clinicamente frágeis, de modo que sem esse progresso elas não sobreviveriam.[1] Estas crianças são denominadas no Brasil como Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES), grupo este que é classificado de acordo com suas demandas de cuidados como: de desenvolvimento, tecnológicos, medicamentosos, habituais modificados ou mistos.[2] Neste estudo será dado enfoque a uma especificidade deste grupo, que são às crianças dependentes de tecnologias em saúde, as quais são descritas, a partir das recomendações do *The Office of Technology Assessment* (OTA), como crianças com doenças crônicas, estado de saúde frágil, complexidade médico-clínica, que possuem artefatos tecnológicos indispensáveis à sua existência, necessitando, portanto, de cuidados especializados para manutenção de seu estado de saúde.[3] Estas crianças exigem diversas demandas para a equipe de saúde, em especial para a de enfermagem que permanece mais próxima aos pacientes, em termos de vigilância, constância e intensidade, para que as necessidades dessas crianças e suas famílias sejam atendidas de forma integral e satisfatória, visando sua qualidade de vida. A crescente preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida vem de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.[4] A partir do exposto, este estudo busca responder os seguintes questionamentos: Qual a qualidade de vida de crianças dependentes de tecnologias em saúde? Qual a percepção de crianças dependentes de tecnologias em saúde sobre sua qualidade de vida? **Objetivos:** Este estudo possui como objetivo geral: analisar a qualidade de vida de crianças dependentes de tecnologias em saúde. Além disso, possui três objetivos específicos, que são: caracterizar as crianças dependentes de tecnologia em saúde acompanhadas em ambulatório especializado e enfermaria pediátrica; mensurar a qualidade de vida de crianças dependentes de tecnologias em saúde acompanhadas em ambulatório especializado; e, descrever a qualidade de vida na perspectiva de crianças dependentes de tecnologias em saúde acompanhadas em ambulatório especializado. **Metodologia:** Este trabalho é uma nota prévia de uma pesquisa que está em andamento e resultará numa dissertação de mestrado de uma aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGenf/UFSM). Trata-se de um estudo com abordagem mista: quantiqualitativa. O cenário corresponde aos ambulatórios que atendem crianças e a enfermaria pediátrica de um hospital geral, de ensino, de grande porte, alta

[1] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: juheinz@hotmail.com.br
[2] Enfermeira. Professora Associada dos cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
[3] Enfermeira. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
[4] Enfermeira. Técnica Administrativa em Educação na Universidade Federal de Santa Maria.
[5] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria.
[6] Enfermeira. Professora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa.

complexidade, natureza filantrópica, onde circulam mais de 18 mil pessoas por dia sendo referência de atendimento nas diversas especialidades em saúde no estado, localizado na capital do estado do Rio Grande do Sul. Os sujeitos desse estudo serão as crianças dependentes de tecnologias em saúde, que estiverem em consulta nos ambulatórios de pediatria ou internados na enfermaria pediátrica, no referido hospital, durante o período de coleta de dados, que será de cinco meses. Consideram-se crianças dependentes de tecnologias em saúde, sujeitos deste estudo, as que fazem uso de: cateteres permanentes (totalmente implantado e semi-implantado, cateteres de diálise), ostomias (traqueostomia, gastrostomia, cistostomia, colostomia), sondas (nasoenteral, vesical), oxigênio contínuo (óculos nasal, ayre ou dependentes de ventilação mecânica), válvulas (DVP, válvulas cardíacas), entre outros que não impeçam a criança em se comunicar e ou se expressar. Os critérios de inclusão dos participantes do estudo são: crianças em uso de tecnologias em saúde, com idade entre cinco e doze anos, visto que o instrumento de coleta de dados é validado para esta faixa etária. O critério de exclusão dos participantes do estudo são: crianças que não sejam capazes de verbalizar/expressar-se durante aplicação do questionário e entrevista. Estas crianças estão sendo selecionadas pelo pesquisador a partir da verificação antecipada da agenda de consultas e averiguação dos prontuários eletrônicos. Assim, estima-se obter uma população de estudo de 50 crianças. A coleta de dados dar-se-á em dois momentos: Primeiro momento – estudo tranversal com abordagem quantitativa: será realizada uma caracterização da população do estudo quanto a aspectos sociodemográficos, condições do nascimento e às necessidades especiais de saúde, por meio de um formulário, elaborado pela pesquisadora, que será aplicado aos pais ou responsáveis pela criança com necessidade especial de saúde dependente de tecnologia. Na sequência da caracterização será realizada a avaliação da qualidade de vida das crianças a partir da aplicação do questionário Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL 4.0).[5] Segundo momento – estudo descritivo com abordagem qualitativa: Após a caracterização da qualidade de vida das crianças com necessidades especiais dependentes de tecnologias em saúde, será realizada uma entrevista aberta, com a finalidade de dar voz aos sujeitos do estudo, possibilitando conhecer a subjetividade que está por trás dos dados objetivos e, assim, aprofundar as informações adquiridas na aplicação do questionário, que servirão como norteadoras para esta etapa da coleta de dados. Este estudo possui aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria, sob número de registro CAAE: 62695016.8.0000.5346 e número de parecer: 1.883.970. **Resultados Esperados:** Espera-se que este estudo possibilite fazer uma avaliação fidedigna da qualidade de vida de crianças dependentes de tecnologias a partir do seu auto relato. Ainda, almeja-se que este estudo possibilite reflexões por parte da equipe de saúde, em especial a de enfermagem, que trabalha com o cuidado direto a essas crianças, para que os resultados gerados pela pesquisa contribuam no planejamento das abordagens e ações a partir das demandas evidenciadas pelas próprias crianças dependentes de tecnologias, para que, na assistência prestada sejam consideradas suas singularidades, especificidades e autonomia. Além disso, espera-se que haja reflexão da própria criança e de sua família, visando que os resultados positivos relatados por elas sejam mantidos e os negativos sirvam como estímulo de mudanças a fim de proporcionar maior qualidade de vida a essa população. **Conclusões:** Os avanços tecnológicos e científicos possibilitaram a vida de crianças que se tornaram dependentes de artefatos para sua sobrevivência, mas considerar o quanto esses dispositivos interferem na qualidade de vida dessas crianças, é algo que não vemos nos estudos científicos. Dessa forma, acredita-se na relevância deste estudo por abordar questões que vão além do estado de saúde, mas que através dele tenta explorar todo o contexto. Além disso, o diferencial deste estudo é dar voz aos principais envolvidos, que são as crianças dependentes de tecnologias. Possibilitar que a criança reflita sobre si, possa se ver frente ao mundo e considerar suas respostas para elaboração de cuidado futuro é uma forma de humanização.

PALAVRAS-CHAVE: Crianças com Necessidades Especiais de Saúde, Crianças Dependentes de Tecnologias, Qualidade de Vida.

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Silveira A, Neves ET. Crianças com necessidades especiais em saúde: cuidado familiar na preservação da vida. Ciênc. cuid. saúde. 2012 jan/mar; 11 (1): 74-80.
2. Neves ET, Cabral IE. A fragilidade clínica e a vulnerabilidade social das crianças com necessidades especiais de saúde. Rev. gaúcha enferm. 2008 jun; 29 (2): 182-90.
3. Fleming J, et al. Impact on the family of children who are technology dependent and cared for in the house. Pediatric Nursing. 1994; 20 (4): 379-388.
4. Pereira ÉF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Revista brasileira de educação física e esporte. 2012; 26 (2): 241-250.
5. Klatchoian DA. Confiabilidade da versão brasileira do questionário genérico de qualidade de vida Pediatric Quality of Life Inventory versão 4.0 (PedsQL 4.0). [tese] São Paulo: [s.n.], 2007. 69 p.

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

90.REALIZAÇÃO DE DIMENSIONAMENTO E ESCALAS DE PESSOAL POR ENFERMEIROS

REALIZATION OF DIMENSION AND SCALE OF PERSONNEL BY NURSES

CLASIFICACIÓN DE SALIDA Y BÁSCULA PARA LAS ENFERMERAS

RAMOS, Aline Marcelino[1]; TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri[2]; ROCHA, Laurelize Pereira[3]; BARLEM, Edison Luiz Devos[4]; FERREIRA, Amanda Guimarães[5]; NEUTZLING, Bruna Ruoso da Silva[6].

Introdução: O dimensionamento de pessoal de enfermagem pode ser definido como um processo sistemático que subsidia o provimento de pessoal, tendo por finalidade prever e garantir a quantidade adequada de profissionais de enfermagem necessária para suprir as necessidades de cuidados de saúde(1). Atualmente, o dimensionamento de pessoal de enfermagem é sustentado legalmente pela Resolução COFEN 0527/2016, a qual evidencia que "compete ao Enfermeiro estabelecer o quadro quantiqualitativo de profissionais, necessário para a prestação da Assistência de Enfermagem". Assim, entende-se por competências os conhecimentos, habilidades e atitudes indispensáveis ao desenvolvimento das distintas atividades profissionais. No contexto das competências, o conhecimento é decorrente das experiências vivenciadas, da aprendizagem e da busca por informações. Por sua vez, as habilidades constituem aptidões desenvolvidas, determinando diferenças entre as pessoas em alguns aspectos. Já as atitudes decorrem de ações conscientes e de comportamentos associados à aplicação de princípios e valores(2). Considerando tais conceitos, é importante refletir e discutir a respeito das competências administrativas e gerenciais na formação dos enfermeiros, pois são questões que interferem diretamente na organização do trabalho da enfermagem(3). Uma vez que, ao desenvolver suas atividades de administração e gerenciamento, o enfermeiro tem importante atuação na construção e organização do quadro de pessoal de enfermagem, fazendo-se necessário verificar e analisar, conforme o grau de dependência dos pacientes, a formação qualitativa e quantitativa da equipe de enfermagem, tornando possível a execução de uma assistência de enfermagem de maior qualidade(4,5). Desse modo, o dimensionamento e a elaboração de escalas de pessoal de enfermagem são responsabilidades do enfermeiro e, para tanto, requerem determinadas competências gerenciais que irão subsidiar o provimento e a distribuição de pessoal necessário à prestação dos cuidados em saúde, o que justificou a realização desse estudo. **Objetivo:** analisar as competências necessárias para realização de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem por enfermeiros. **Metodologia:** Estudo quantitativo, exploratório-descritivo, com delineamento transversal, realizado em um Hospital Universitário do Sul do Brasil, caracterizado como uma instituição pública. O estudo foi realizado com uma amostra de 54 enfermeiros, selecionados mediante amostragem não probabilística por conveniência. Para coleta de dados, realizada em outubro de 2015, foi utilizado um questionário estruturado autoaplicável construído e validado pelos autores da pesquisa mediante validade de face, conteúdo e constructo. A escala, composta por 27 questões, objetivou medir o

[1] Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Email: alineramosenf@gmail.com.
[2] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG.
[3] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Escola de enfermagem 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]Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).
[6]Enfermeira, Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande.

grau de importância dos conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para realização do dimensionamento e elaboração de escalas de pessoal de enfermagem, sendo respondida por meio de uma escala de frequência do tipo *Likert* de cinco pontos. O instrumento apresenta, ainda, uma parte inicial de caracterização dos participantes. O alfa de *Cronbach* do instrumento apresentou valor 0,92, enquanto que os coeficientes dos três constructos obtiveram os valores 0,80, 0,81 e 0,86, os quais são considerados satisfatórios para estudos exploratórios, confirmando a fidedignidade do instrumento. Após os procedimentos relacionados aos aspectos éticos, os instrumentos foram entregues diretamente aos informantes em um envelope de papel pardo, sem identificação, sendo realizado o agendamento do recolhimento, definindo-se um máximo de três tentativas aos diferentes locais para o recolhimento dos instrumentos previamente entregues. A análise dos dados foi realizada a partir do software estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 22.0, por meio de estatística descritiva e estatística inferencial. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* evidenciou que os dados possuem distribuição não paramétrica. Desse modo, foi utilizado o teste de *Mann-Witney* para comparação das médias de variáveis com duas categorias nominais. Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (Parecer n.136/2015). **Resultados:** Verificou-se que os 54 enfermeiros possuíam em média 39 anos (39,69) e a maioria pertencia ao sexo feminino (96,3%). A média de tempo de formação profissional foi de 13 anos (13,9), variando de três meses até 35 anos de formados e, o tempo de atuação profissional variou entre um mês e 35 anos, sendo 13 anos (13,62) a média de tempo de atuação profissional. Quanto à realização de dimensionamento e elaboração de escalas de pessoal de enfermagem, 63,5% afirmaram realizar dimensionamento de pessoal e 81,5% afirmaram que elaboram escalas. Quando questionados sobre o manuseio de sistemas informatizados para elaboração de escalas de pessoal de enfermagem, 74,1% responderam que manuseiam tais sistemas e, desses, apenas 29,3% afirmaram ter dificuldades. Constatou-se que 92,6% dos participantes afirmaram ter obtido conhecimentos específicos direcionados à administração e gerenciamento de pessoal nos serviços de saúde durante a graduação em enfermagem. Quanto à realização da classificação de pacientes conforme o grau de dependência, 54,9% referiu realizá-la. Contudo, 76,9% respondeu não ter conhecimento acerca de qual escala de classificação de pacientes é utilizada na sua instituição de trabalho. Através da análise descritiva foi possível verificar que o constructo *atitudes* necessárias apresentou a maior média do instrumento (3,56), evidenciando que os enfermeiros consideram as atitudes como competências mais importantes pra realização de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem, especialmente, quando se refere a ter liberdade na tomada de decisão e exercer a liderança (3,76). No constructo *habilidades* necessárias, a média correspondente foi igual a 3,47, assinalando que os enfermeiros consideram importante ter habilidades para realizar dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem. Nesse constructo, a questão "ser capaz de resolver conflitos entre a equipe na elaboração de escalas de pessoal de enfermagem" apresentou a maior média (3,69). O constructo *conhecimentos* necessários apresentou média 3,31, evidenciando que, de forma geral, os enfermeiros consideram que os conhecimentos são importantes para a realização de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem. Contudo, a questão "ter conhecimento a respeito dos custos gerados pelo cuidado para realizar o dimensionamento de pessoal de enfermagem", apresentou média 2,80, evidenciando que os enfermeiros consideram que o conhecimento acerca de tais custos é indiferente para a realização do dimensionamento e elaboração de escalas de pessoal de enfermagem, considerando-os nem importantes, nem sem importância. Verificou-se que enfermeiros que não realizam o dimensionamento de pessoal atribuíram maior importância para as habilidades do que aqueles que o realizam. Também, foi possível identificar que enfermeiros que conheciam a escala de classificação de pacientes utilizada em sua instituição atribuíram maior importância aos conhecimentos, habilidades e atitudes para a realização de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem. **Conclusões:** A análise dos conhecimentos, habilidades e atitudes que fundamentam a realização do dimensionamento e a

elaboração de escalas de pessoal de enfermagem realizada por esse estudo oportunizou o reconhecimento de importantes subsídios para qualificar a formação profissional do enfermeiro e o processo de trabalho da enfermagem.

DESCRITORES: Enfermagem, Recursos Humanos de Enfermagem, Administração de Recursos Humanos em Saúde.

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

Referências

1.Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Paulina Kurcgant. Gerenciamento em enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan; 2014.

2. Ruthes RM, Cunha ICKO. Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual. Rev Bras Enferm. 2009; 62(6):901-5.

3. Lourenção DCA, Benito GAV. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2010; 63(1):91-7.

4. Maya CM, Simões ALA. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2011; 64(5):508-14.

5. Oliveira RM, *Leitao IMTA, Aguiar LL, Oliveira ACS, Gazos DM, Silva LMS,* et al. Avaliando os fatores intervenientes na segurança do paciente: enfoque na equipe de enfermagem hospitalar. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49(1):104-13.

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

91.REFLETINDO SOBRE O USO DAS METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO SUPERIOR

REFLECTING ON THE USE OF METHODOLOGIES ACTIVES IN HIGHER EDUCATION

REFLEXIONANDO SOBRE EL USO DE METODOLOGÍASVIVA EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR

FONTANA, Rosane Teresinha[1]; LUCCA, Jane Conceição Perin[2]; BRUM, Zaléia Prado de[3] ; CARGNIN, Márcia Betana[4]; SANGÓI, Kelly Cristina[5]

Resumo

Esse estudo teve por objetivo descrever e refletir a vivencia de uma atividade de educação permanente sobre metodologias ativas com docentes da área de saúde (enfermagem, farmácia e educação física). A questão norteadora para investigação do estudo foi: como um programa de educação sobre metodologias ativas será capaz de propiciar mudanças na praticas pedagógicas dos docentes da área da saúde? Trata-se de um relato de experiência, realizado com docentes da área da saúde, em uma universidade comunitária, no interior do Rio Grande do Sul. Salienta-se sobre a necessidade das instituições de ensino e governamentais criarem novos espaços para programas de educação permanente, proporcionando suporte para a construção e o fortalecimento do conhecimento pedagógico dos docentes das áreas da saúde, com a intenção de melhorar suas práticas e introduzir e ou fortalecer o uso de metodologias ativas e ferramentas de aprendizagem em seu cotidiano.

DESCRITORES: Educação Permanente; Ensino; Metodologias Computacionais.

Abstract

This study aimed to describe and reflect the experience of a permanent education activity on active methodologies with health professors (nursing, pharmacy and physical education). The guiding question for the research of the study was: how will a program of education on active methodologies be able to propitiate changes in the pedagogical practices of health professors? This is an experience report, carried out with health professors, in a community university, in the interior of Rio Grande do Sul. It is emphasized the need of educational institutions and governmental establish new spaces for programs of permanent education , Providing support for the construction and strengthening of the pedagogical knowledge of health professors with the intention of

[1] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde e Educação (GEPESE). Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Campus Santo Ângelo/RS.

[2] Enfermeira. Mestre em Ensino Científico e Tecnológico. Docente do Curso de Graduação e Pesquisadora GEPESE - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus Santo Ângelo/RS. Email: jperin@san.uri.br

[3] Enfermeira. Mestre em Educação. Pesquisadora e Docente na área de Saúde Coletiva (GEPESE). Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões - Campus Santo Ângelo/RS.

[4] Enfermeira. Mestranda em Ensino Científico e Tecnológico. Pesquisadora e Docente do Curso de Graduação (GEPESE) - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Campus Santo Ângelo/RS.

[5] Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Professora dos Cursos de Graduação e Pesquisadora GEPESE - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Campus Santo Ângelo/RS.

improving their practices and introducing and / or strengthening the use of active methodologies and learning tools in their daily lives.

DESCRIPTORS: Permanent Education; Teaching; Computational Methodologies.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo describir y reflejar las experiencias de una actividad de educación continua en metodologías activas con los profesores de la salud (enfermería, farmacia y educación física). La pregunta guía para el estudio fue la investigación: como un programa de educación sobre las metodologías activas será capaz de proporcionar cambios en las prácticas pedagógicas de los maestros de cuidado de la salud? Se trata de un relato de experiencia, llevada a cabo con los maestros de cuidado de la salud, en un colegio comunitario en el interior de Rio Grande do Sul. Se hace hincapié en la necesidad de las instituciones educativas y gubernamentales para crear nuevos espacios para los programas de educación continua la prestación de apoyo para la construcción y el fortalecimiento del conocimiento pedagógico de los profesores de las áreas de salud, con la intención de mejorar sus prácticas e introducir o fortalecer y la utilización de métodos activos y herramientas de aprendizaje en su vida diaria.

DESCRIPTORES: La educación continua; la educación; Metodologías Computacionales.

Introdução

É inegável a contribuição da tecnologia, na atualidade, e imprescindível sua inserção como recurso metodológico para o processo de ensino/aprendizagem, pois ao longo do caminho histórico-pedagógico, o modelo de ensino tradicional esta lentamente, sendo modificado, obrigando o docente a ter uma ação reflexiva sobre sua práxis.

O mercado de trabalho está cada vez mais competitivo e seletivo, exigindo do futuro profissional um perfil crítico e reflexivo, que saiba interpretar de forma adequada as informações que recebe e, com capacidade para exercer a autonomia e a responsabilidade, implicadas com a transformação das diversas realidades sociais, que lhe são impostas cotidianamente.

A educação em saúde no ensino superior tem sido motivo de muitas discussões sobre a formação profissional. [1] Nesse contexto, o benefício das tecnologias incorporadas á educação em saúde é incontestável, pois essa gama de recursos tecnológicos oferece uma melhor interação entre o discente, o docente e a coletividade, trazendo uma abordagem significativa para o processo de ensino.

Os processos e metodologias diferenciados têm apresentado avanços em práticas de sala de aula e no ensino a distância, promovendo o envolvimento e o interesse de todos de forma eficaz. A educação não pode ficar a margem dessas mudanças; é preciso incorporar a dialogicidade na troca de saberes, permitindo uma discussão entre discentes e docentes de maneira horizontal e igualitária.

As metodologias ativas vêm para contribuir com essa proposta, pois proporciona a participação dinâmica dos discentes no processo educacional, levando ao comprometimento desses com um ensino significativo, que favoreça a autonomia, o raciocínio e o instiga a buscar soluções para as diversas situações.

Observa-se que a introdução das metodologias ativas nos cursos de saúde ainda é muito lenta. É necessário instigar o docente, da área, na qual o ensino tradicional, ainda é reproduzido. As instituições substituíram a ferramenta antiga do quadro de giz por diversas ferramentas eletrônicas, mas, em muitos cenários, não há a efetiva mudança de comportamento e de habilidade ao docente, que sente dificuldade de transitar nessa nova proposta. Então, é necessário criar mecanismos de educação permanente, a fim de oportunizar a esse docente assumir seu papel de instigador, motivador e facilitador do processo de ensino/aprendizagem.

A formação do professor é ponto fundamental para a melhoria da profissionalização do corpo docente de uma instituição de ensino superior, pois contribui com a melhoria da qualidade de ensino[3], além de que, esses encontros são momentos de socialização e partilha de ideias, no qual ocorre a troca de saberes/fazeres e o desenvolvimento de novas construções.

Diante das considerações acima apresentadas, surgiu a seguinte questão norteadora do estudo: como um programa de educação permanente sobre metodologias ativas será capaz de propiciar mudanças nas práticas pedagógicas dos professores da área da saúde? Assim, o presente estudo tem por objetivo descrever e refletir a vivencia de uma educação permanente sobre metodologias ativas com docentes da área de saúde (enfermagem, farmácia e educação física).

Este estudo se justifica como oportunidade de oferecer elementos teóricos para a reflexão sobre o ensino, objetivando empoderar os docentes do ensino superior da área da saúde sobre as metodologias ativas, pela importância de criar espaços que leve a refletir sobre a inclusão desses recursos tecnológicos para potencializar suas tarefas e promover a comunicação professor/aluno, em que o professor preocupa-se com o conhecimento trazido pelo aluno e o estimula na busca pela nova informação.

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

Metodologias Ativas

É impossível falar na implantação de novas metodologias sem introduzir o contexto de mudanças que ocorreram ao longo do século XXI. No Brasil, as pesquisas realizadas pelo Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (Cetic.br) mostram, que as tecnologias ganham cada vez mais espaço e, que 80% dos jovens, de 9 a 17 anos, entre crianças e adolescentes em idade escolar já são usuários da Internet[4].

A pesquisa citada anteriormente demonstra que professores começam a incorporar as tecnologias móveis e a internet para auxiliar nas atividades pedagógicas. De 66%, em 2014, passou para 85%, em 2015. Revelou, também, que a adoção de ações pedagógicas com dispositivos tecnológicos junto aos alunos, foi mencionada por 39% dos professores, sendo 36% de escolas públicas e 46% de escolas privadas. E que, 73% dos professores utilizaram o computador e/ou Internet ao menos uma vez para atividades de ações pedagógicas com os alunos, entre as quais pedirem aos alunos a realização de trabalhos sobre temas específicos (59%), solicitar trabalhos em grupo (54%), dar aulas expositivas (52%) e solicitar a realização de exercícios (50%).[4]

Nesse contexto pode-se observar que as tecnologias estão incorporadas na vida cotidiana de todos, por isso é fundamental compreender que a função do professor está ligada diretamente a sua formação inicial. É necessário incentivar o desenvolvimento de novas competências e habilidades na elaboração e organização de suas práticas pedagógicas, para torná-las mais atrativa e, preparar os

jovens brasileiros a atuarem em uma sociedade em que informação e conhecimento são sinônimos de progresso e cidadania.

Hoje, o discente tem um ambiente externo á sala de aula, rico em informações e conexões, das quais não quer estar distante, então a inserção da tecnologia não é mais uma escolha, é faz necessário sensibilizar os docentes para esse novo modelo de ensino e aprendizagem. Por isso, as instituições de ensino e governamentais, precisam cada vez mais fomentar oportunidades de educação permanente, capacitações, pós-graduações, introduzindo tecnologias educacionais e práticas pedagógicas, nas quais essa gamificação de interatividades possa ser utilizada a favor do ensino e da aprendizagem.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, realizado a partir da reflexão do processo de educação permanente com docentes da área da saúde em uma universidade comunitária, no interior do Rio grande do sul. Uma vez, que se encaminha para a perspectiva de compartilhar experiências, esse relato é um estudo descritivo das vivências de inserção e de construção de conhecimento, da metodologia problematizadora e dialógica aliada ao uso de ferramentas oferecidas pelas tecnologias de informação para o auxílio do processo de ensino e aprendizagem dos alunos, tais como: prezi; mapas conceituais; Google drive, classroom entre outros. Sublinha-se a importância da qualificação permanente do docente para acompanhar a complexidade na contemporaneidade.

Morin refere-se à complexidade como um tecido de "acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo"**.** O pensamento complexo requer "mover, conjugar, articular os diversos saberes compartimentados nos mais variados campos do conhecimento, sem perder a essência e a particularidade de cada fenômeno"[5;6], requisitos para a interdisciplinaridade exigida no trabalho em saúde.

O estudo foi desenvolvido em março de 2016, com 20 docentes da graduação do departamento de ciências da saúde, dos cursos de enfermagem, farmácia e educação física da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões (URISAN). Foi ministrado por uma professora enfermeira, mestre em ensino cientifico e tecnológico. O critério para a escolha desse docente foi a sua facilidade em transitar pelas tecnologias da educação e, por estar implantando as metodologias ativas no curso de enfermagem, além de vivenciar as dificuldades que esse grupo de docentes, experimentava em seu cotidiano de trabalho. Dos vinte docentes participaram da educação permanente, sendo 40% homens e 60% mulheres todos com idade entre 25 e 60 anos idade, com tempo de formação e docência de 05 a 35 anos.

Foram desenvolvidos três encontros no laboratório de informática da referida universidade, sendo o primeiro com os docentes do curso de enfermagem, seguido pelo curso de educação física e de farmácia com carga horária de 4 horas cada encontro. O curso foi divulgado no site da universidade. Os docentes foram, também, convidados, previamente, por meio eletrônico à participação da ação formatiA metodologia utilizada inicialmente foi uma dinâmica com figuras diversas, oferecidas de forma aleatória, na qual através de um diálogo reflexivo e interativo cada docente fez uma abordagem sobre sua práxis e a relação com a figura, expondo a necessidade e as dificuldades na utilização das metodologias ativas em seu cotidiano. As figuras utilizadas para as reflexões, nesse primeiro momento, foram retiradas do Google imagem e encontram-se no quadro abaixo:

Quadro 1 – Refletindo sobre a Práxis



Fonte: Google imagens

Após muitas reflexões e discussões sobre o tema, apresentou-se uma aula expositiva com o software prezi, no qual se iniciou a abordagem das metodologias ativas, apresentando e disponibilizando aos participantes, através da plataforma AVA-moodle URISAN, um E_book organizado pela professora, com tutoriais de diversas metodologias ativas.

Para a educação permanente foram citadas várias metodologias que poderiam ser usadas. Dessa foram selecionadas duas metodologias para serem desenvolvidos com os participantes. Os critérios para a escolha desse material foi o interesse dos docentes, entre elas software Cmaptools para desenvolver mapas conceituais e, a plataforma AVA Moodle – URISAN.

Resultados e discussão

A aplicação das metodologias ativas é um desafio para a maioria dos docentes que não são nativos digitais (aqueles que não nasceram e cresceram, vivenciando as tecnologias digitais). Esses apresentam dificuldades de incorporar essa nova visão em suas ações pedagógicas, por essa razão é importante criar espaços de reflexão e discussão.

Baseado nas participações da prática formativas sobre o uso das metodologias ativas no ensino superior na área de saúde observou-se que elas possibilitaram aos docentes, uma revisão de sua práxis e o compartilhamento das angústias em relação á apropriação dos inúmeros recursos existentes de ferramentas de aprendizagem, principalmente, pelo fato da maioria dos participantes não serem nativos desse período tecnológico. Também, auxiliou para desmistificar crenças e inseguranças pelo desconhecimento na aplicação da ferramenta de aprendizagem.

É comum, na educação superior, observar-se a atuação de docentes que apresentam excelente formação técnico-científica, no entanto, devido a sua formação inicial não ser voltada para dimensão pedagógica, enfrentam dificuldades na aplicação[6], então é necessário oferecer condições para que ocorra á apropriação dessas estratégias de forma adequada e permanente.

Essas ferramentas se utilizadas de forma adequada, auxiliam a estimular o aluno para participar de forma ativa da ensinagem. Porém essa ferramenta não é milagrosa, seu uso deve estar associado aos objetivos do planejamento pedagógico, a fim de possibilitar ao docente e ao discente um espaço de busca e trocas constantes.

Apesar de os docentes relatem que já utilizam de alguns recursos das tecnologias de informação e comunicação, como email, vídeos, PowerPoint, muitos os utilizavam para fortalecer o modelo tradicional.

Sabe-se, que as opções de ferramentas tecnológicas são emergentes e não param de surgir para facilitar o trabalho docente, mas é preciso encontrar aquelas que atendam as necessidades locais do processo ensino e aprendizagem, pois para utilizá-las é necessário conhecer as variáveis que permitam planejar o processo educativo, de modo a facilitar a aprendizagem e torná-la significativa para o aluno.

As ferramentas tecnológicas servem como um caminho para a discussão, reflexão e compreensão de um conteúdo, de uma prática, de uma experiência, enfim, auxiliam no planejamento da ação pedagógica. O avanço da tecnologia mudou radicalmente o universo de inúmeras profissões e, é de admirar que o mesmo não tenha ocorrido no campo que representa a base do conhecimento; o ENSINO.[7]

As inovações geram angústias e resistências, pois sair da zona conforto mexe com situações que estão aficionadas de modo tradicional, no qual o professor é quem domina o saber. Essa resistência à mudança, não contribui para que ocorra remodelação do processo e, para que a aprendizagem se dê de forma horizontal e igualitária. A dialogicidade é a discussão entre o educador e o educando, mas de uma maneira horizontal e igualitária sem que o professor seja o "comandante", pois não existe saber absoluto e, sim saberes diferentes.[8]

Durante as apresentações das metodologias e na prática com as ferramentas se observou, nas falas, as dificuldades e a resistência em compreender sobre o sentido do planejamento pedagógico e

sua aplicação, como um instrumento de aprendizagem significativa a ser implementado a partir do conhecimento já existente e vice-versa.

Percebe-se uma curiosidade por parte da maioria, mas uma dificuldade em entender como aplicar e, como avaliar dentro desse novo contexto. Nesse momento surgiram falas sobre outros caminhos, como a metodologia problematizadora, formulário do Google docs, estudos de caso, participação das atividades propostas; questionários do AVA-Moodle URISAN, entre outros. Ao final do encontro de formação e da apresentação de práticas com as ferramentas propostas verificou-se que os docentes estavam mais confiantes e dispostos a experimentar em suas práticas pedagógicas, os métodos apresentados. Relataram a importância de dar continuidade a essa formação e das trocas de saberes entre os participantes, a fim de contribuir para a qualificação do ensino.

Considerações finais

No decorrer desse processo de formação se percebeu a importância e a contribuição que a promoção de ações de educação permanente traz para a melhoria no desenvolvimento do sistema de saúde, levando os docentes a refletir sobre suas práticas cotidianas e, sobre a necessidade de se inserir nas diversas mudanças que as tecnologias de informação e comunicação nos impõem, a fim de tornar os métodos de ensino mais atrativos e significativos para os jovens.

É importante dar continuidade a esse estudo, a fim de verificar as atividades desenvolvidas a partir dessa ação formativa e, as dificuldades encontradas para sua implantação. Diante disso, salienta-se a necessidade das instituições de ensino e governamentais criarem novos espaços para programas de educação permanente, proporcionando suporte para a construção e o fortalecimento do conhecimento pedagógico dos docentes das áreas da saúde, com a intenção de melhorar suas práticas e introduzir o uso de metodologias ativas e ferramentas de aprendizagem em seu cotidiano, em consonância com a realidade cibernética e globalizada característica dos jovens estudantes nativos digitais.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Mello, CCB; ALVES, RO; Lemos, AS. Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. Rev. CEFAC. 2014 Nov-Dez; 16(6):2015-2028

2.Lima VV. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. Interface (Botucatu) [Internet]. 2017 June [cited 2017 Mar 28] ; 21 (61) : 421 - 434. Epub 2016 Oct 27. http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0316.

3. Escorsin, AP; Gisi, ML. Formação Continuada do Professor Universitário. Anais Educare [Internet]. Disponível em: www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/94_56.pdf

4. Comitê Gestor da Internet no Brasil (CETIC.BR). Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nas escolas brasileiras: TIC educação 2015 [livro eletrônico]. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR, [editor]. São Paulo : Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2016. [citado em 20 jan 2017]. Disponível em: http://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/TIC_Edu_2015_LIVRO_ELETRONICO.pdf

5. Santos, SSC; Hammerschmid, KSA. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2012, 65 (4).[citado em: 2017 jan 25]. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000400002

6.Vilela, NS; Melo, GF. Ensino Superior: Metodologias Ativas para a Mediação do Conhecimento. II Congresso de Inovação e Tecnologias Ativa [Internet]. 2016. [citado em: 2017 fev 04]. Disponível em: https://congressos.ufmg.br/index.php/congressogiz/congresso-giz 2016/.../103.

7. Prado. A**.** Porque os educadores precisam ir além do datashow by CEPSF - issuu – E_book. [citado em: 2017 mar 05]. Disponível em: https://issuu.com/cepsf/docs/porque_os_educadores_precisam_ir_al

8. Freire, P. Pedagogia do Oprimido. Editora Paz e Terra, 42ª ed. Rio de Janeiro, 2005.

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

92. RELAÇÃO ENTRE TIPO DE CONVÊNIO DE SAÚDE E RISCO PARA ESTRESSE PSICOSSOCIAL NA ENFERMAGEM

RELATIONSHIP BETWEEN TYPE OF CONVENANT HEALTH AND NURSING RISK FOR PSYCHOSOCIAL STRESS

RELACIÓN ENTRE TIPO DE CONTRATO DE SALUD Y RIESGO DE ESTRÉS PSICOSOCIAL EN ENFERMERÍA

NADLER, Daniela Beulck[1][1]; MACEDO, Andreia Barcellos Teixeira[2]; MILIONI, Kelly Cristina[3]; HANSEL, Leandro Augusto[4]; BUFFON, Marina Raffin[5]; SOUZA, Sônia Beatriz Coccaro de[6]

Introdução: O estresse psicossocial acomete os trabalhadores quando as exigências inerentes à função excedem a sua capacidade para o desempenho satisfatório. Diz respeito a aspectos individuais, que se referem à capacidade e limitações, expectativas e necessidades do indivíduo frente às demandas do trabalho. Desencadeia-se mais facilmente devido ao aumento dos riscos psicossociais, como os relacionados à profissão: condições de trabalho, ambiente, jornada, equipamentos e carga de trabalho; às relações interpessoais: relação com a chefia e colegas; aos aspectos organizacionais: cultura organizacional, desenvolvimento de carreira e atribuições da função; além das influências sociais e econômicas, de âmbito da vida privada, da cultura, nutrição, transporte e moradia do indivíduo.[1,2] A doença osteomuscular é um dos principais distúrbios associados aos trabalhadores de enfermagem, estando relacionada a sintomas musculoesqueléticos referentes a demandas físicas impostas pela profissão.[3] Por outro lado, os baixos salários, a necessidade de dupla jornada e quadro insuficiente de pessoal podem estar relacionados ao desenvolvimento de sintomas e doenças psíquicas. A escassez de recursos humanos já faz parte da rotina dos trabalhadores nas instituições hospitalares. Entretanto, outro fator preocupante é a modificação do perfil de doença dos pacientes, decorrente do investimento em novas tecnologias e tratamentos, com aumento da gravidade e do nível de dependência para os cuidados. Consequentemente há modificação das condições de trabalho, agregando novas exigências e aumentando a demanda. Soma-se então mais um fator para a sobrecarga física e psíquica já existente, favorecendo o surgimento de estresse e o comprometimento da saúde nos profissionais de enfermagem.[4] Observando a prática assistencial, nota-se que a clientela que interna através de convênios privados possui características diferentes dos que internam pelo SUS, demandando menor quantidade de cuidados. Isto ocorre pela internação ser de cunho eletivo, na maioria dos casos. Porém, a literatura sobre esse assunto ainda é escassa, o que justifica a realização deste trabalho. A relevância deste estudo se traduz em investigar as áreas de atuação da enfermagem, buscando como se apresentam os riscos psicossociais, a existência de estresse e as condições de saúde dos trabalhadores. **Objetivo:** Avaliar a relação entre o risco para estresse psicossocial na

[1] Enfermeira Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
[2]Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS.
[3]Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS.
[4]Enfermeiro. Membro do Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional da Escola de Enfermagem da UFRGS
[5]Acadêmica de Enfermagem. UFRGS.marinabuffonr@hotmail.com
[6]Enfermeira. Doutora em Psiquiatria. Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS.

enfermagem e o tipo de convênio de pacientes internados em um hospital de nível terciário. **Metodologia:** Estudo de delineamento transversal, realizado em um hospital universitário público, vinculado a uma Universidade Federal. Foram escolhidas duas unidades de internação para a realização da pesquisa, ambas para pacientes adultos clínicos e cirúrgicos, sendo uma unidade com 28 leitos para pacientes de convênios, com internação eletiva, privativa e semi-privativa, e a outra com 45 leitos para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). A população do estudo foi de 87 profissionais de enfermagem das duas unidades. A amostra foi composta por 65 trabalhadores, 25 da unidade de convênios e 40 da unidade SUS. Desta população, 10 não preencheram critérios de inclusão e 12 não aceitaram participar. A coleta dos dados ocorreu de julho a outubro de 2013 e o instrumento utilizado foi o questionário de Desequilíbrio entre Esforço e Recompensa (DER), versão curta, o qual é composto por 16 questões, que avalia o risco para estresse ocupacional e define medidas em três dimensões: esforço, recompensa e excesso de comprometimento com o trabalho ou supercomprometimento pelo trabalhador.[5] As variáveis foram analisadas através de testes estatísticos, além de frequência e percentual. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e fornecido duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos profissionais participantes após convite e informações sobre a pesquisa, ficando uma via com o profissional. O Número do Protocolo de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: 12-0165. **Resultados:** A média de idade da amostra foi de 44,52± 9,15 anos, 53 (81,5%) eram do sexo feminino, 44 (67,7%) possuíam ensino fundamental, 40 (61,5%) eram casados ou possuíam companheiro fixo, com mediana de dois filhos por pessoa. Em relação ao tempo de serviço na instituição, a mediana foi de 12 anos e o tempo de atuação na enfermagem com mediana de 20 anos. Verificou-se que 39 (60%) profissionais de enfermagem apresentaram risco para estresse psicossocial, sendo 13 (33,3%) da unidade de convênios e 26 (66,7%) da unidade SUS. Dos profissionais com risco para estresse psicossocial da unidade para convênios, seis (46,2%) eram da categoria enfermeiros, quatro (30,8%) eram auxiliares de enfermagem e três (23,1%) eram técnicos em enfermagem. Já na unidade para internação do SUS a maioria dos profissionais com risco foi da categoria auxiliar de enfermagem, com 12 (46,2%) indivíduos, seguido dos técnicos de enfermagem com 10 (38,5%), e por fim dos enfermeiros com quatro (15,4%). Na unidade de convênios, a média de idade encontrada foi de 46,38 ± 7,46 anos, com mediana de dois filhos por pessoa. Em relação ao tempo de trabalho na instituição, a mediana foi de 20 anos e o tempo de trabalho na enfermagem apresentou mediana de 21 anos. A maioria (8 profissionais-61,5%) eram casados ou com companheiros e sete (53,8%) trabalhavam no turno da noite. Na unidade SUS a média de idade foi de 42,21 ± 9,18 anos, com mediana de um filho por pessoa. Em relação ao tempo de trabalho na instituição, a mediana foi de 10 anos e o tempo de trabalho na enfermagem de 19 anos, sendo 16 (61,5%) casados ou com companheiro e a maioria, nove (34,6%) lotados no turno da manhã. A comparação entre as unidades em relação ao risco para estresse não apresentou diferença estatisticamente significativa (p=0, 298). Ao verificarmos a correlação entre risco para estresse psicossocial e o excesso de comprometimento no trabalho, observou-se que na unidade convênios existe correlação positiva entre as variáveis (r=0,546; p=0,005), isto é, quanto maior o excesso de comprometimento maior o risco para estresse, enquanto na unidade SUS esta correlação não foi estatisticamente significativa (r=0,289; p=0,071). **Conclusão:** Concluiu-se que não há relação entre tipo de convênio e risco para estresse psicossocial nos trabalhadores da enfermagem do hospital universitário investigado. Este estudo indicou que um número elevado de profissionais da amostra analisada estava em risco para estresse psicossocial, independentemente

de estar trabalhando em unidade de internação para pacientes conveniados ou procedentes do SUS. Entretanto, os efeitos nocivos do desequilíbrio entre esforço e recompensa podem ser potencializados pelo excesso de comprometimento evidenciado nos profissionais alocados na unidade de internação para pacientes conveniados, o que pode refletir algum tipo de diferença no grau de exigência neste ambiente. Esta pesquisa evidenciou a necessidade de realização de investigações mais detalhadas sobre os fatores psicossociais do trabalho em profissionais que atendem pacientes privados e com convênio. O prejuízo causado pelo estresse à saúde do trabalhador gera transtornos para a equipe, instituição, sociedade e também para a segurança do paciente, visto que a ausência de um profissional aumenta a carga de trabalho de outro profissional. Para frear este ciclo é importante que as instituições adotem medidas para aprimorar a qualidade de vida dos trabalhadores.

DESCRITORES: Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Estresse Psicológico; Planos de Pré-pagamento em Saúde.

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

Referências

1.Sá GMP. O Estresse psicossocial do enfermeiro em oncologia: uma análise a partir da escala desequilíbrio esforço-recompensa. [Dissertação - Mestrado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem Anna Nery (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2014. 110 p. [acesso em 26 mar 2017]. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/51/dissert/816342.pdf>.

2.Chagas D, Reis S. A influência da organização do trabalho na satisfação laboral dos trabalhadores. International Journal on Working Conditions. 2014 [acesso em 26 mar de 2017]; 8:83-97. Disponível em: http://www.academia.edu/9828183/A_influência_da_organiza_do_trabalho_na_satisfacao_laboral_dos_trabalhadores.

3.Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Kirchhof ALC, Guido LA. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. Rev Latinoam Enferm 2010 [acesso em 25 mar 2017]; 18:429-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000 300019&script=sci_arttext&tlng=pt>.

4.Greco PBT, Magnago TSBS, Lopes LFD, Prochnow A, Tavares JP, Viero NC. Estresse psicossocial e distúrbios psíquicos menores em agentes socioeducadores. Rev Latinoam Enferm. 2012 [acesso em 26 mar 2017]; 20(5):[08telas]. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104116920120005000 20&script=sci_arttext&tlng=pt>.

5.Siegrist J, Wege N, Pühlhofer F, Wahrendorf M. A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort–reward imbalance. Int Arch Occup Environ Health. 2009; 82(8): 1005-13.

93.SABERES E PRÁTICAS DE ADOLESCENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE: NOTA PRÉVIA

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF ADOLESCENTS WITH SPECIAL HEALTH NEEDS: PRIOR NOTE

CONOCIMIENTO Y ADOLESCENTES PRÁCTICAS CON NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD: NOTA PRELIMINAR

SILVEIRA, Andressa da[1]; NEVES, Eliane Tatsch[2]; RIBEIRO, Caroline Felix[3]; BUBOLTZ, Fernanda Luisa[4]; SILVA, Júlia Heinz da[5]; KEGLER, Jaquiele Jaciara[6].

Introdução: Ao longo dos anos, os avanços na tecnologia possibilitaram mudanças na taxa de mortalidade infantil no Brasil. Na década de 90, mudanças importantes ocorreram no cenário da saúde da criança e do adolescente, onde crianças com condições complexas e físicas, muitas vezes associadas a mais de uma condição especial de comportamento e desenvolvimento, passaram a sobreviver diante dos avanços tecnológicos. Esse grupo recebeu a denominação de Children with special health care needs (CSHCN), denominação que nasceu nos Estados Unidos da América (EUA), em 1998, pelo Maternal and Health Children Bureau.[1] No Brasil foram denominados de Crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES).[2] A faixa etária considerada para esta classificação perpassa entre 0-17 anos[1], incluindo portanto, os adolescentes. Em 2008, a Sociedade Chilena de Pediatria utilizou a expressão Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS) substituindo as enfermidades crônicas na infância. Este grupo é composto por problemas heterogêneos e de complexidade variável, possuem maior necessidade de cuidados em saúde por pelo menos 12 meses, esses cuidados também apresentados na área das CRIANES.[3] Avanços em tratamentos médicos, novas tecnologias e descobertas científicas têm contribuído para o aumento da expectativa de vida dos Adolescents with special health care needs (ASHCN),[4] traduzido para o português neste estudo, como Adolescentes com necessidades especiais de saúde (ADONES). A fim de classificar o grupo de adolescentes entre 12 aos 18 anos de idade incompletos em conformidade com a faixa etária prevista pelo Estatuto da Criança do Adolescente (ECA).[5] Ressalta-se que no Brasil não existem dados epidemiológicos oficiais sobre essa população. Contudo, elas transitam nos serviços de saúde e passam por diversas internações hospitalares. Salienta-se ainda, que os ADONES não possuem espaços específicos para sua faixa etária, desta forma acabam utilizando as unidades de internação pediátricas. Por ser uma faixa etária em transição entre a infância e a vida adulta, os adolescentes necessitam de atendimento individualizado, que priorize suas necessidades. A construção sociocultural da adolescência

[1]Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. E-mail: andressadasilveira@gmail.com

[2]Enfermeira, Pós-Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, Professora Associada do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

[3] Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM.

[4]Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, Enfermeira Técnica Administrativa do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

[5]Enfermeira, Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, Bolsista CAPES.

[6]Enfermeira, Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, Bolsista CAPES.

caracteriza-se por uma trajetória confusa no imaginário social, considerando que o adolescente não é criança nem adulto. Além disso, a adolescência é permeada por significativas transformações, sendo essas essenciais para que o adolescente atinja a fase adulta, com experiência, aquisição de conhecimentos e responsabilidade. Diante de uma fase tão complexa de desenvolvimento que é a adolescência, os ADONES requerem cuidados específicos a sua demanda de saúde e à sua faixa etária. Por estar em transição, vive a dualidade entre depender dos cuidados familiares e o desenvolvimento de seus próprios cuidados de saúde, que possibilitam sua maior autonomia. Além disso, os ADONES podem ser infantilizados por seus cuidadores, por acreditarem que desta forma estão protegendo e até mesmo preservando o adolescente. Contudo, faz-se necessário compreender que a adolescência deve ser vivenciada de maneira natural e que a necessidade de saúde, está vinculada a cuidados especiais de saúde. Esses cuidados não devem restringir o adolescente de viver suas experiências, de conviver e de realizar seus cuidados. Pelo contrário, aqueles adolescentes que possuem condições de verbalizar, de se locomover, de realizar cuidados cotidianos (como sua higiene, controlar a alimentação, fazer uso de medicamentos) podem e devem participar de seus cuidados. Frente ao exposto, as inquietações que trouxeram a pesquisar essa temática estão pautadas no processo de adolescer, considerando que este é um movimento complexo que pode se tornar ainda mais difícil para os adolescentes que possuem necessidades especiais de saúde. Partindo dessas considerações, tem-se como objeto de estudo o cotidiano de cuidado de adolescentes com necessidades especiais de saúde. O desenvolvimento desse estudo será delineado a partir da seguinte questão de pesquisa: Como ocorre o cotidiano de cuidado de adolescentes com necessidades especiais de saúde? **Objetivo:** Compreender como ocorre o cotidiano de cuidado de adolescentes com necessidades especiais de saúde. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa. Desenvolveu-se uma nota prévia da tese de doutorado intitulada “Saberes e práticas de adolescentes com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem”. Os participantes deste estudo serão adolescentes entre 12 a 18 anos incompletos, com necessidades especiais de saúde, em condições de verbalizar. O cenário eleito para a coleta de dados será o ambulatório pediátrico, por ser um centro de referência em atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de adolescentes até os 18 anos de idade, procedentes de Santa Maria e região. O serviço está localizado no primeiro andar do HUSM, na ala F. No que tange aos recursos humanos, possui 20 profissionais de enfermagem (quatro enfermeiros e 16 técnicos de enfermagem), sendo que o horário de funcionamento é de segunda-feira a sexta-feira, das 07:00 horas até às 19:00 horas. Para fins de coleta de dados será desenvolvido: levantamento de dados em prontuários médicos para fins de seleção dos adolescentes, caracterização dos adolescentes e seus familiares por meio de um roteiro previamente testado, entrevista semiestruturada com os adolescentes (e com seus familiares, caso o adolescente desejar a permanência deste, durante a coleta de dados), construção do genograma e ecomapa. Posteriormente as enunciações gravadas em áudio serão submetidas à dupla transcrição, materialidade linguística e análise de discurso na corrente francesa. Ressalta-se que a pesquisa seguirá todos os aspectos éticos, aos adolescentes participantes será fornecido o termo de assentimento e aos familiares responsáveis o termo de consentimento livre e esclarecido. Este estudo obteve a aprovação do comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o número: 57774916.7.0000.5346. **Resultados esperados:** A partir deste estudo espera-se apresentar quem são os adolescentes com necessidades especiais de saúde usuários do ambulatório

pediátrico do HUSM; Os saberes e práticas desses adolescentes no que tange ao processo de cuidado; Descrever as redes sociais e institucionais desses adolescentes; Apresentar as fontes de empoderamento do adolescente; E ainda, se existem ou não, espaços para a promoção da saúde dos adolescentes. Este estudo contribuirá para planejamento de ações na saúde do adolescente e pesquisas futuras relacionadas a essa temática, pois serão mais identificáveis as demandas dessa clientela, o desenvolvimento do cuidado e as fontes de empoderamento. Ressalta-se que o retorno dos resultados deste estudo será realizado por meio um relatório para o serviço de saúde, seguido por um banner explicativo com os resultados parciais, este será fixado na sala de espera. Pretende-se, ainda, publicar os resultados deste estudo em eventos e artigos científicos de enfermagem com a finalidade de disseminar o conhecimento produzido.

DESCRITORES: Saúde do Adolescente; Doença Crônica; Enfermagem.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1 McPherson MG, Arango P, Fox H, Lauver C, McManus M, Newachek PW, et al. A new definition of children with special health care needs. Pediatrics [Internet]. 1998 [citado 2017 abr 06];102(1):137-41. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9714637

2 Cabral I.E. Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê: concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999. 298p.

3 Cano JCF, Calvo ML, Zamora NR, Anguita MEA, Pazc MG, Yanez SB, et al. Modelo de atención y clasificación de Ni˜nos y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud-NANEAS: recomendaciones del Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2016 [citado 2017 abr 06];87(3):224-32. Disponível em: http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v87n3/art14.pdf

4 Betz CL. Health care transition for adolescents with special healthcare needs: Where is nursing? Nursing Outlook [Internet]. 2013 [citado 2017 abr 06];61(5):258-65. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655412002382

5 Brasil. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília.1990.

94.SATISFAÇÃO PROFISSIONAL: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS ATUANTES EM TERAPIA INTENSIVA ADULTO

PROFESSIONAL SATISFACTION: PERCEPTIONS OF ACTIVE NURSES IN ADULT INTENSIVE THERAPY

SATISFACCIÓN PROFESIONAL: PERCEPCIONES DE LAS ENFERMERAS EN CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS ACTIVO

BELMONTE, Talita Daiana Jacques[11]; CAMPONOGARA, Silviamar[2];CUNHA, Quézia Boeira[3]; STANGHERLIN, Roberta Corrêa[4].

Resumo

Introdução: A satisfação no ambiente de trabalho possui notável relevância, visto que pode influenciar as relações pessoais tanto no âmbito do trabalho quanto pessoal. **Objetivo:** Conhecer as percepções de enfermeiros atuantes em terapia intensiva adulto em um hospital universitário sobre sua satisfação profissional. **Metodologia:** Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva. A produção dos dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas. Os resultados foram analisados por meio da análise de conteúdo temático. **Resultados/ discussão:** Foi possível identificar a satisfação relacionada à profissão enfermagem e ao seu exercício, com aspectos referentes a remuneração e trabalho em equipe. Entretanto, alguns fatores geram insatisfação laboral, como os que estão relacionados a falta de valorização e sobrecarga de trabalho. **Conclusão**: Conclui-se que fatores diversos estão relacionados a obtenção de satisfação profissional para os enfermeiros atuantes em terapia intensiva adulto, sendo importante conhecê-los a fim de implementar estratégias que melhorem o nível de satisfação dos mesmos.

DESCRITORES: Satisfação no emprego; Enfermagem; Unidades de terapia intensiva

Abstract

Introduction: Satisfaction in the work environment has remarkable relevance, since it can influence the personal relations both in the scope of work and personal. **Objective**: To know the perceptions of nurses working in adult intensive care in a university hospital about the professional satisfaction. **Methodology**: Qualitative, descriptive research. The production of the date occurred through semi-structured interviews. The results were analyze through thematic content analysis. **Results /discussion**: It was possible to identify the satisfaction related to the nursing profession and its exercise, with aspects related to remuneration and teamwork. However, some factors generate job dissatisfaction, such as those related to lack of value and work overload. Conclusion: It is concluded that several factors are related to obtaining professional satisfaction for nurses working in adult intensive care, and it is important to know them in order to implement strategies that improve their level of satisfaction.

DESCRIPTORS: Job satisfaction; Nursing; Intensive care units

Resumen

[1] Enfermeira. Graduada em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Técnica em Enfermagem no Hospital Universitário de Santa Maria. talitabelmonte@hotmail.com

[2] Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professor adjunto do departamento de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

[3] Enfermeira. Mestre em enfermagem. Enfermeira assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria.

[4] Enfermeira. Graduada em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Técnica em Enfermagem no Hospital Universitário de Santa Maria.

Introducción: Entorno de satisfacción em el trabajo tiene una notable relevancia, ya que puede influir en las relaciones personales, tanto dentro de la obra personalmente. **Objetivo**: Conocer las percepciones de las enfermeras que trabajan en cuidados intensivos para adultos e nun hospital universitario sobre su satisfacción em el trabajo. **Metodología**: investigación cualitativa, descriptiva. Los datos de producción se recogieron a través de entrevistas semiestructuradas. Los resultados se analizaron mediante el análisis de contenido. **Resultados/Discusión**: Fue posible identificar la satisfacción con la profesión enfermera y su ejercicio, los aspectos relativos a la remuneración y el trabajo en equipo. Sin embargo, algunos factores generan insatisfacción laboral, tales como los relacionados con la falta de recuperación y carga de trabajo. **Conclusión**: Se concluye que varios factores están relacionados con la obtención de satisfacción em el trabajo para las enfermeras que trabajan en cuidados intensivos para adultos, es importante conocerlas para poner en práctica estrategias para mejor nivel de satisfacción.

DESCRIPTORES: Satisfacción em el trabajo; Enfermería; Unidades de cuidados intensivos

Introdução:

A satisfação no ambiente de trabalho pode ser definida como um sentimento de bem-estar, o qual é resultado de um conjunto de aspectos ocupacionais, que podem influenciar nas relações do trabalhador com a instituição, clientes e família. Na enfermagem, a satisfação profissional é um importante aspecto a ser considerado para a efetivação da assistência de enfermagem[1].

O termo satisfação profissional envolve, portanto, uma dimensão individual relativa ao indivíduo e seu círculo pessoal, e uma conjuntura multidimensional, relacionada propriamente ao seu local de trabalho, colegas, gestores, e função que exerce[2].

Na atualidade, quando a evolução científica e tecnológica aponta para um alto nível de conhecimento, inclusive sobre recursos tecnológicos com as mais diversas finalidades, há necessidade de a enfermagem capacitar-se, no intuito de acompanhar o ritmo do desenvolvimento. Em especial os enfermeiros das unidades de terapia intensiva, onde atuam diretamente com tecnologias avançadas. Em todos os campos de atuação do profissional enfermeiro existem responsabilidades e exigências, porém os enfermeiros das unidades intensivas podem sentir em maior grau essa pressão, trazendo implicações sobre a questão da satisfação profissional[3].

A satisfação no trabalho é uma avaliação subjetiva realizada pelo trabalhador sobre o quanto os aspectos laborais podem ser prejudiciais ou benéficos ao seu bem-estar. Trata-se de avaliação dinâmica, ou seja, o estado de satisfação ou insatisfação pode mudar conforme as condições gerais de trabalho oferecidas. Diante de inúmeros fatores objetivos e subjetivos envolvidos na obtenção de satisfação profissional, por parte do enfermeiro em terapia intensiva, este acaba por se tornar um desafio diário a ser vencido[1].

De acordo com estudos já realizados, a enfermagem convive com certas dificuldades de ordem psíquica, emocional, física, ou ainda questões institucionais, que trazem implicações sobre o seu nível de satisfação profissional. Para tanto, se faz necessário avaliar suas percepções relacionadas a satisfação profissional. Esses estudos apontam também, para a importância da satisfação profissional na integralidade da vida dos indivíduos, bem como sua relação direta com a realização das tarefas do cotidiano de trabalho[4]. Dessa forma, esse estudo buscou conhecer as percepções sobre satisfação profissional para enfermeiros atuantes em terapia intensiva, e, para tanto, a questão

norteadora que guiou a investigação foi: quais as percepções de enfermeiros atuantes em unidade de terapia intensiva adulto sobre sua satisfação profissional?

Metodologia:

Estudo qualitativo, do tipo descritivo. Em pesquisas com abordagem qualitativa existe o interesse em descrever as ações e relações dos sujeitos, buscando compreender e interpretar os significados das experiências subjetivas de cada indivíduo[5].

A pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Unidade de Cardiologia Intensiva de um Hospital Universitário (HU) do Sul do Brasil. A UTI Adulto dispõe de dez leitos atendendo a todas as especialidades clínicas e cirúrgicas. Já a UCI dispõe de seis leitos que se destinam ao tratamento de pacientes cirúrgicos, e com distúrbios cardiológicos graves.

A população do estudo foi composta por enfermeiros que atuavam nas duas unidades do HU. Os participantes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: **- Critérios de inclusão:** enfermeiros que estivessem atuando nas unidades de interesse do estudo por um período mínimo de um ano. **- Critérios de exclusão:** enfermeiros que estivessem afastados do serviço por motivo de licenças, atestados, entre outros, durante o período de realização do estudo. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram considerados aptos a participar do estudo um total de 11 enfermeiros. Os participantes da amostra foram selecionados por sorteio. Ao todo foram entrevistados nove enfermeiros (três da Unidade de Terapia Intensiva Adulto e seis da Unidade de Cardiologia Intensiva), sendo que o encerramento amostral se deu por saturação teórica.Os enfermeiros foram entrevistados pela pesquisadora após contato prévio com cada profissional, oportunidade em que foram expostos os objetivos da pesquisa, bem como seguidos trâmites necessários a manutenção dos princípios éticos da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, no período de março a maio de 2016. Essa técnica de coleta de dados foi eleita por ser considerada um método mais flexível, permitindo ao investigador realizar, além das perguntas previstas no roteiro outros questionamentos pertinentes ao desenvolvimento do diálogo. Tratou-se, então, de um procedimento que amplia as possibilidades de respostas, tornando possível a percepção de como se expressam os entrevistados[6].

As entrevistas foram gravadas por meio de gravador digital (MP4 player), com prévia autorização do entrevistado. Após foram realizadas as transcrições de cada entrevista, salvando-as em arquivo de computador e identificando-as por números cardinais sequenciais, conforme sua ordem de realização e a categoria profissional de cada participante (E1, E2, E3).A partir da análise dos dados, emergiu a categoria: Aspectos relacionados à busca por satisfação profissional: percepções de enfermeiros atuantes em terapia intensiva.

Para a realização do presente estudo foram respeitados todos os princípios éticos da Resolução N. 466 de 12 de dezembro de 2012, que regulamentam os aspectos relacionados a pesquisas com seres humanos[7], somente sendo iniciada a coleta após obtenção da carta de aprovação. O estudo teve início somente após aprovação e autorização formal pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM sob o número 1466055.

Resultados e discussão:

Quanto a categorização dos participantes observa-se que os profissionais enfermeiros entrevistados foram predominantemente do sexo feminino (88%), com idades variando entre 30 e 47 anos, e em sua maioria casados (88%). O tempo de formação variou de cinco anos e oito meses à 25 anos e seis meses. Jáo tempo de serviço na enfermagem ficou entre cinco anos e sete meses e 22 anos, enquanto que a atuação específica nas unidades do estudo variou de um a vinte anos. Todos os entrevistados possuíam algum tipo de pós-graduação.

A partir dos dados obtidos com as entrevistas, pode-se concluir que os depoimentos contemplam as questões propostas no objetivo do estudo. De uma forma geral, é possível identificar que a satisfação relacionada a profissão da enfermagem e ao exercício da profissão é evidente entre os participantes, embora alguns fatores gerem insatisfação laboral, conforme demonstrado na seguinte categoria.

Aspectos relacionados à busca por satisfação profissional: percepções de enfermeiros atuantes em terapia intensiva

As questões que envolvem a satisfação profissional sofrem influência de ordem pessoal e do ambiente institucional. A identificação com o local de atuação, neste caso, pode ser considerada um fator de grande relevância nesse sentido.

Diante daanálise das entrevistas, pode-se considerar um bom nível de satisfação entre os participantes do estudo, especialmente em relação ao local onde exercem sua profissão. O depoimento a seguir, exemplifica esse aspecto:

Estou satisfeita na unidade que desempenho minhas funções, sinto necessidade constante de aprendizado e aperfeiçoamento, pois se trata de uma unidade complexa e específica (E5)

Outro aspecto mencionado pelos participantes tem relação com a questão de constante aprendizado, e necessidade de constante atualização, especialmente por serem as unidades de terapia intensiva, setores onde o cuidado ocorre mediado pelo uso intensivode equipamentos, medicações e novos recursos terapêuticos.Devido ao grande aporte tecnológico das unidades intensivas, os enfermeiros atuantes na área devem incorporar além de conhecimento técnico e científico, outras habilidades como liderança, iniciativa entre outras[8].

Representa que o profissional tem que ter pelo menos uma formação especifica em relação intensiva mesmo que requer cuidados maiores. Tem que ter um nível de conhecimento maior para poder proporcionar uma assistência qualificada. (E9)

Além das questões referentes ao conhecimento destaca-se outro ponto bem menos perceptível nas unidades de tratamento intensivo, porém não menos importante. No relato a seguir observa-se que o tratamento e cuidado dispensado nos setores intensivos podem ir além de apenas curativos, ao terem uma perspectiva de promoção em saúde.

Porque as pessoas visualizam a UTI como algo que é destinado para o fim da vida, ou para curar pacientes extremamente graves. Mas para mim, hoje, ela tem uma outra representação, que é a representação da promoção da saúde, que ninguém pensa em terapia intensiva como "promoção", pensam em algo extremamente curativo. [...]E eu já vejo por um outro lado que o paciente vem tem uma representação de cura, de uma internação intensiva para um processo de cura não para um processo paliativo, ou para um processo de morte. Mas eu acho que representa muito além que os profissionais da saúde não se deram conta ainda do quanto, o ambiente de UTI ele pode avança em termos

de cuidado. Às vezes a gente fica com os pacientes, ou com uma representação que ali é o fim de tudo, e na verdade não é, pode ser um recomeço de uma outra situação clinica desse paciente que internou. (E2)

Portanto, a partir deste depoimento, percebe-se a possibilidade de que as ações de enfermagem no ambiente intensivo podem ir além de cuidados mecânicos ou domínio tecnológico, uma vez que os enfermeiros podem atuar no desenvolvimento de orientações de promoção em saúde. Destaca-se que o desenvolvimento destas ações também podem refletir em satisfação no trabalho, desenvolvendo um trabalho integral de assistência ao paciente. Dentre os profissionais enfermeiros podemos destacar como fator de satisfação profissional a questão de manutenção da vida, de exercer suas tarefas envolvendo o cuidar do outro indivíduo enquanto paciente[9].

Outro aspecto que pode ser destacado, no que ser refere a percepção dos participantes sobre sua satisfação no trabalho, tem relação com o fato de atuarem em um hospital escola, o que demanda o desenvolvimento de uma habilidade adicional, relativa a atuação no ensino de estudantes[10].Sendo o HU uma instituição que atua como hospital escola, exige que os enfermeiros atuem no papel de educadores junto aos acadêmicos, compartilhando conhecimentos.

Como é um hospital escola a gente tem outras oportunidades aqui dentro... isso agrega mais responsabilidade nesse sentido, porque eu tenho que estar ensinando sempre o aluno... tu tem sempre oportunidade de crescer dentro da profissão[...] (E7)

A partir dessa fala pode-se perceber que o fato de exercer a profissão de enfermeiro em hospital escola, com essa ligação direta com acadêmicos, também é vista como uma oportunidade de crescimento profissional. Enfermeiros que atuam na assistência associada ao trabalho com acadêmicos, demonstram maior satisfação além de sentimentos como prazer em ser um exemplo a ser seguido. Outro ponto positivo relacionado a experiência dos enfermeiros com os graduandos é o constante aperfeiçoamento e aprendizado[11].

O ambiente de trabalho, bem como os benefícios que provém do exercício da profissão são fatores incontestáveis para a obtenção de satisfação profissional, os quais também estão relacionados com o tipo de instituição onde o trabalhador atua.

[...]estar satisfeito na área de atuação. Tudo se completa com boa remuneração, ambiente de trabalho e bom relacionamento com colegas, chefias e outros setores. (E5)

O trabalho em equipe na enfermagem está evidente através da história, sendo impossível pensar na enfermagem sem pensar em equipe[12].Os próximos relatos mostram a sensação de realização e orgulho dos participantes, por exercerem sua profissão no HU, além do sentimento de contribuição para a instituição.

Sinto orgulho e plena satisfação em trabalhar no HU.(E5)

Estudo realizado com enfermeiros revela que a satisfação dos mesmos no ambiente de trabalho estava relacionada com a remuneração e com a carga horária das atividades, além do fato de trabalharem em instituição pública[13].

Eu acho que, o profissional está de bem, está se sentindo bem no local que foi designado, está satisfeita com a estrutura, com local de trabalho, com os recursos humanos, com estrutura organizacional em si que depende de vários fatores. ...se tu tem disponibilidade de recursos humanos, mas não tem uma estrutura adequada, isso acaba muitas vezes comprometendo a tua satisfação, e acaba te deixando desmotivado para algumas coisas. (E9)

Uma outra perspectiva que está atrelada a busca por satisfação, apontada pelos respondentes diz respeito aos aspectos institucionais. Neste caso, alguns aspectos foram apontados como contribuintes para a insatisfação no trabalho, mais relacionados ao que a instituição oferece ao trabalhador.

[...] algumas coisas que a instituição nem poderia, ela deveria proporcionar... possibilitando algumas alternativas para o funcionário se sentir bem. (E2)

Nesse sentido, alguns respondentes manifestam que a falta de valorização do trabalhador, por parte dos gestores, interfere no seu grau de satisfação, como se visualiza a seguir.

Eu acho que tem muita coisa que ser melhorada. Eu acho que principalmente gerenciamento... Eu acho que seria mais no aspecto de gestão, de organização, de método de trabalho[...] (E9)

Uma forte questão envolve os regimes de trabalho que estão em vigor na instituição, pois há trabalhadores com regimes estatutários e celetistas, devido à ainda recente adesão do HU a gestão pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

[...]não tratar os profissionais da mesma forma, de priorizar uma em detrimento da outra, isso influencia de maneira muito negativa. Não ser ouvido na hora que tu deveria ser[...] (E2)

Existe uma dualidade entre a satisfação e a insatisfação, pois estes eventos não agem isoladamente, são determinados fatores que determinam o aumento de um ou outro[14]. Questões relacionadas a carga horária e sobrecarga de atividades também foram apontadas pelos participantes. Além disso para alguns, há baixa remuneração, o que resulta em menor satisfação.

Carga horária, como te falei única coisa que me incomoda na enfermagem é a carga horária e os plantões noturnos, e não ter opção de escolha de turno. (E7)

Para estar satisfeito no trabalho é necessário gostar de exercer a profissão, ter remuneração compatível com o cargo exercido, ambiente agradável e relação com os colegas harmoniosa, além de reconhecimento profissional. Relacionada a não satisfação profissional estão o tipo de atividade desenvolvida pelos profissionais de enfermagem, que muitas vezes vêm acompanhadas de componentes como a sobrecarga física e mental. Além disso, pontua-se a questão salarial, pois um salário considerado injusto, se relacionado com o tipo de atividade realizada e as responsabilidades assumidas, resulta em restrições à vida pessoal, levando então, à insatisfação[14].

Os pontos que influenciam no cotidiano dos profissionais enfermeiros são inúmeros, tanto positivos quanto negativos, na vida pessoal e profissional que se entrelaçam gerando uma dualidade relativa a satisfação e insatisfação da profissão.

Considerações finais:

O estudo alcançou os objetivos propostos, na medida em que possibilitou conhecer a percepção dos enfermeiros atuantes em terapia intensiva adulto sobre sua satisfação profissional. Em geral, os participantes manifestaram sentirem-se satisfeitos com sua atividade laboral, apesar de alguns pontos, relacionados a gestão institucional, comprometerem essa satisfação profissional.

Os enfermeiros relatam claramente em suas falas a satisfação em exercer sua profissão, como trabalho em equipe e em relação a atuar na área específica de terapia intensiva. Uma das

questões mais evidentes está relacionada ao HU ser uma instituição pública, além de fatores como o local da atuação profissional, a equipe de trabalho, remuneração e vinculo por concurso público, considerados fatores preponderantes para obtenção de satisfação profissional.

Destaca-se a importância da satisfação profissional dos enfermeiros, sendo esta de extrema relevância também para sua vida pessoal, pois a vida profissional não pode ser dissociada da vida pessoal.

Como ponto positivo, destaca-se que esta pesquisa contribui para discussões a respeito da satisfação dos profissionais enfermeiros. Além disso, destaca-se as reflexões que foram geradas nos profissionais, pois as questões relacionadas a satisfação profissional não são comumente abordadas, o que foi muito gratificante, pois este tema pouco explorado foi considerado muito rico e pertinente pelos enfermeiros.

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

Referências

1.MeloMB, Barbosa MA, Souza PR. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. Rev. Latino-Am. EnfermagemGoiânia 2011. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>.

2. Schmidt DRC, Dantas RAS. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. Rev. Latino-amEnfermagem São Paulo, v. 14, n. 1, p. 54-60, 2006. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>.

3. Matsuda LM, ÉvoraYDM. Ações desenvolvidas para a satisfação no trabalho da equipe de enfermagem de uma UTI Adulto. Ciência, Cuidado e saúde, Maringá, v.5, Supl., p.49-56. 2006.

4. Batista VLD, Santos RMF, Duarte JC. Satisfação dos enfermeiros: estudo comparativo em dois Modelos de Gestão Hospitalar. Revista Referência Coimbra- Portugal ll serie – n.° 12 2010 pp. 57-69.

5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

6. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa.5 ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

7. Ministério da Saúde (BR) Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466de 12 de dezembro de 2012.Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

8. Viana RAPP et.al. Perfil do Enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil.. Revista Texto e Contexto Enfermagem,, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 151-9, 2014.

9. Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. Rev., Latino- Am Enfermagem, v. 14, n. 4, p. 517-25, 2006.

10.Bacha AM et. al. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem em um hospital universitário. Revista Brasileira de Enfermagem., v. 68, n. 6 p. 1130-8, 2015.

11. Tavares PEN, SantosSAM,ComassetoI,SantosRM,SantanaVVRS. A vivência do serenfermeiro e preceptor em um hospital escola: olhar fenomenológico. Rev.Rene., v.12, n. 4, p. 798-807, 2011.

12. Martins JT,Robazzi MLC. nurses' work in intensive care units: feelings of suffering. Rev. Latino-Americana de Enfermagem., v. 17 n. 1 p. 52-58, 2009.

13. Morais MP et.al. Satisfação no trabalho de enfermeiros em um hospital universitário. RevEnferm UFSM, v. 6, n. 1, p. 1-9, 2016.

14. Nunes CM, Tronchin DMR, MelleiroMM, KurkcantP. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. Revista Eletrônica Enfermagem. v. 12, n. 2, p. 252-7, 2010. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.5216/10.5216/ree.v12i2.7006>.

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

95.SEGURANÇA DO PACIENTE: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

PATIENT SAFETY: HAND HYGIENIZATION IN THE INTENSIVE INTENSIVE CARE UNIT

SEGURIDAD DEL PACIENTE: HIGIENE DE MANOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

RODRIGUES, Francisco Pinto[1]; CARDOSO, Sandra Maria de Mello[2]; BRUM, Zaleia Prado de[3]; RODRIGUES, Andressa Peripolli[4]; SPERLING, Sara Gallert[5]

Introdução: É através das mãos que realizamos as mais diversas formas de cuidar, por esse motivo, sendo as mãos tão importantes no cotidiano de um profissional da saúde, a higienização correta e de forma eficaz se faz necessária para a segurança do paciente. Segundo a Portaria MS 2.616/98[1] a "lavagem das mãos é, isoladamente, a ação mais importante para a prevenção e controle das infecções hospitalares e o uso de luvas não dispensa a lavagem das mãos antes e após contatos que envolvam mucosas, sangue ou outros fluidos corpóreos, secreções ou excreções". A RDC nº. 63, de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, traz no seu artigo 4º, inciso XI, a definição de segurança do paciente que é o conjunto de ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde[2]. Estes serviços de saúde devem estabelecer estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente como a orientação para a higienização das mãos[3]. A RDC nº 36[3] que institui as ações de segurança do paciente em serviços de saúde traz, dentre as ações a serem desenvolvidas pelos serviços de saúde destaca-se a higienização das mãos, contribuindo assim para a prevenção das infecções, visto que as mãos são consideras uma fonte de infecção cruzada, garantido assim o cuidado seguro do paciente. A Segurança do Paciente tem por objetivo a redução de danos e agravos aos pacientes na assistência à saúde e que a higienização das mãos é considerada um meio de prevenção e redução desses agravos. Esta pesquisa torna-se relevante no momento em que pretendemos conhecer como se dá o processo de higienização das mãos em uma unidade de terapia intensiva. Justifica-se no momento em que poderemos contribuir para a diminuição das infecções relacionadas a assistência a saúde e para a segurança do paciente, visto que a higienização das mãos é fator determinante para a prevenção das infecções. No entanto, sendo a lavagem das mãos fator determinante para a prevenção das infecções relacionadas à assistência a saúde. **Objetivos:** identificar como ocorre o processo de higienização das mãos em uma unidade de terapia intensiva, observando como ocorre esse processo, em quais momentos e identificando também, caso não ocorra de forma correta e eficaz, os motivos pelo qual não acontece. **Metodologia:** Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. Os participantes são provenientes de um hospital de médio porte localizado na Região

[1] Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente da URI – Campus de Santo Ângelo/RS/BR.
[2] Enfermeira. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Docente do IFF – Instituto Federal Farroupilha – Campus de Santo Ângelo/RS/BR.
[3] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do IFF – Instituo Federal Farroupilha – Campus de Santo Ângelo/RS/BR.
[4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do IFF – Instituto Federal Farroupilha – Campus de Santo Ângelo/RS/BR.
[5] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Graduada na UNIJUI/RS. Email: sarag.sperling@yahoo.com.br.

Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Os participantes são 28 trabalhadores que compõem a equipe de saúde e administrativo que atuam na unidade de terapia intensiva adulta em um hospital de médio porte do interior do estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados deu-se através da observação sistemática e do diário de campo. Para a realização desta pesquisa são respeitados os aspectos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde[4]. **Resultados**: É importante destacar que os lavatórios se encontram em locais estratégicos na UTI, o que facilita ao profissional a higienização durante a realização da assistência. A RDC supracitada também define que esses lavatórios devem possuir acionamento/fechamento de torneira de maneira em que não ocorra o contato com as mãos, e que os mesmos devem prover os insumos necessários para a higiene, como o sabão líquido com antisséptico e papel toalha. A água e o papel toalha são insumos indispensáveis para a prática de higienização das mãos, assim como os demais produtos, sabonete líquido com ou sem antisséptico, álcool 70% e lixeira para dispensar o papel toalha[5]. Junto às pias observadas, num total de sete na área de assistência, incluindo, portanto leito de isolamento e posto de enfermagem, possuíam dois tipos de produtos para a higienização das mãos, um com álcool 70%, sob forma de espuma e um com sabonete liquido associado a antisséptico, assim como os demais insumos e equipamentos necessários, como papel toalha e lixeira com acionamento no pé. Verificou-se que as lixeiras possuíam frequentemente problemas relacionados à abertura da tampa, fazendo com que os profissionais tocassem-na para poder desprezar o papel utilizado. É importante destacar que a higiene com antisséptico não se constitui a única forma de higienizar as mãos, a UTI pesquisada possui também frascos de álcool 70% sob a forma de gel em todos os leitos, sendo esse de uso único para cada leito, também estão disponíveis sobre as bancadas de prescrição e posto de enfermagem. A higienização das mãos, como já citado, é uma das formas mais simples e eficaz no controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, mas para que seja eficaz é preciso realizá-la com técnica correta e no tempo ideal. Observou-se que em todos os pontos de higiene antisséptica existentes na UTI encontram-se cartazes informativos referentes à técnica de higienização das mãos. A unidade possui relógio visível que pode auxiliar os profissionais no controle do tempo de higienização, porém são relógios digitais, o que dificulta a contagem dos segundos. Constatou-se que a equipe realiza a higiene das mãos, seja a higiene com antisséptico ou a fricção com álcool gel, porém essa higiene não é realizada no tempo correto e com a técnica preconizada. A técnica de higienização, na maioria das vezes, é realizada incorretamente como forma de ganhar/poupar tempo, porém isso pode contribuir para o aumento do número de infecções, aumentando o tempo da internação hospitalar. **Considerações finais:** Conclui-se que em relação à infraestrutura da unidade pesquisada, a instituição cumpre com todos os requisitos, desde o numero adequado de pias e a disponibilização de álcool sob a forma de espuma e em gel em todos os leitos, o que facilita a adesão dos profissionais, tendo em vista que os produtos utilizados estão disponíveis em todos os locais. As principais ocorrências são em relação aos momentos em que a equipe higieniza as mãos e com a técnica e o tempo gasto para realizá-la. A higienização das mãos deve ser realizada entre procedimentos e quando se tem contato com equipamentos e mobiliário, ficou evidente que a equipe se utiliza da luva como principal ferramenta esquecendo que esta não substitui a higienização das mãos. As mãos dos profissionais são as principais fontes de contaminação cruzada, tanto entre um paciente contaminado e outro não contaminado, como no mesmo paciente. De forma alguma se podem realizar dois procedimentos ou mais no mesmo

paciente sem a higiene das mãos, como foi observado durante o processo de banho, onde após realizar a higiene do paciente, se realiza a troca de curativos, por exemplo. Estudos que visam identificar o processo de higienização das mãos vêm a contribuir tanto com a equipe quanto para com os pacientes, pois ao se identificar os principais "erros" que a equipe comete, esta se contribuindo para a maior adesão dos profissionais, pois eles têm algo palpável que demostra a importância de suas ações, e também fortalece a segurança do paciente, pois este será o maior beneficiado, tendo em vista que a assistência à saúde está ligado a ele.

DESCRITORES: Segurança do Paciente; Unidades de Terapia Intensiva; Higiene das Mãos

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

Referências

[1] Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998**. Acesso em 17 abr. 2017. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html>.

[2] Brasil. **Resolução da Diretoria Colegiada nº. 63, de 25 de novembro de 2011**, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde, 2011.

[3] Brasil. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de Junho de 2013**, que institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde, 2013.

[4] Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59. [acesso em 18 out 2013]. Disponível: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf

[5] Brasil. Sítio cirúrgico. **Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde**. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008.

96. SESSÃO EDUCATIVA GRUPAL PARA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA EM AMAMENTAR

GROUP EDUCATIONAL SESSION FOR THE PROMOTION OF BREASTFEEDING IN BREASTFEEDING

GRUPO DE LA SESIÓN EDUCATIVA PARA PROMOVER LA AUTOEFICACIA MATERNA EM AMAMANTAR

RODRIGUES, Andressa Peripolli[1];PADOIN, Stela Maris de Mello[2];CARDOSO, Sandra Maria de Mello[3]

Introdução:Para que a prática da amamentação ocorra é necessário que a mulher tenha elementos que possam influenciar positivamente na sua escolha de amamentar, dentre os quais se destaca a autoeficácia em amamentar.[1] Diante de resultados positivos de intervenções educativas pautadas na autoeficácia materna, o álbum seriado intitulado "Eu posso amamentar o meu filho" foi construído e validado com o intuito de promover a autoeficácia materna em amamentar por meio de uma intervenção educativa.[2] Dessa forma, é oportuno que se proponha a sua utilização em sessão grupal, pois o grupo torna-se um espaço onde o diálogo é um instrumento essencial para o envolvimento dos sujeitos na construção do conhecimento, no desenvolvimento da autonomia e da corresponsabilização no cuidado e na promoção de saúde.[3] Garante também a interação entre os indivíduos e com o profissional da saúde, possibilitando a identificação de percepções e experiências.[4]**Objetivo**Avaliar o efeito da estratégia educativa em sessão grupal a partir da utilização do álbum seriado "Eu posso amamentar meu filho" na autoeficácia em amamentar.**Método**Trata-se de um ensaio clínico controlado e randomizado, a partir da aplicação de uma intervenção educativa em sessão grupal que promove a autoeficácia em amamentar, por meio do álbum seriado "Eu posso amamentar o meu filho" no grupo de intervenção (GI). O estudo foi desenvolvido no alojamento conjunto de um hospital universitário referência no atendimento da região centro-oeste do Rio Grande do Sul. Para a coleta dos dados foi utilizado como instrumento a BSES-SF que mensura os escores de autoeficácia materna em amamentar. A autoeficácia em amamentar nos grupos foi categorizada em autoeficácia alta (52 a 70 pontos) e autoeficácia média (33 a 51 pontos).[5] A coleta de dados foi desenvolvida no período de março a outubro de 2014 com 208 puérperas, por meio da estratificação equitativa em relação aos dois grupos: 104 puérperas no GI e 104 no grupo controle (GC). A primeira fase do estudo ocorreu antes da sessão educativa grupal realizada no GI ainda no alojamento conjunto. Na segunda fase, as puérperas do GC receberam as orientações convencionais da unidade com relação à amamentação, não recebendo intervenções subsidiadas pelo estudo. A intervenção no GI foi realizada em sessão educativa grupal, por meio da utilização do álbum seriado "Eu posso amamentar o meu filho", em sala reservada no alojamento conjunto, reunindo-se, em média, seis puérperas em cada sessão grupal. A terceira fase do estudo ocorreu após os 15 dias da primeira aplicação da BSES-SF (no alojamento conjunto), em que a escala foi reaplicada por meio de contato telefônico, nos grupos. A quarta fase iniciou aos 30

[1] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora no Instituto Federal Farroupilha/ Campus Santo Ângelo. Email: andressa.rodrigues@iffarroupilha.edu.br
[2] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora na Universidade Federal de Santa Maria.
[3] Enfermeira, Mestra em Enfermagem, Professora no Instituto Federal Farroupilha/ Campus Santo Ângelo.

dias após a primeira aplicação no alojamento conjunto e ocorreu mensalmente por meio do contato telefônico para a aplicação da BSES-SF, encerrando aos 120 dias de vida da criança. A variável dependente do estudo foi a autoeficácia materna em amamentar (mensurada pelos escores resultantes da aplicação da BSES-SF). Para a análise descritiva, foram realizados testes estatísticos descritivos, e calculados frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão. A comparação dos grupos ocorreu por meio da linha de base e após a intervenção, em todos os meses de acompanhamento, em análises separadas. Empregaram-se os testes de Kolmogorov-Smirnov e de Levene para verificar a normalidade das variáveis e testar a homogeneidade das variâncias, respectivamente. Compararam-se as médias da escala pelos testes t de Student, Mann-Whitney (variáveis contínuas), ANOVA e o teste de Tukey para as comparações múltiplas. Considerou-se em todo processo, o nível de significância de 5%, ou seja, $p<0,05$. Com relação aos aspectos éticos do estudo, foram observadas as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa obtendo CAAE 26532313.0.0000.5346. Realizou-se o registro do estudo no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) com Número de Registro RBR-6srs33.**Resultados**Foi identificado maior percentual de mulheres com autoeficácia alta (52 a 70 pontos) ao longo do período de acompanhamento no grupo intervenção, indicando diferença significante entre os grupos ($p= 0,002$). No entanto, no grupo controle também foi possível verificar um elevado percentual de mulheres com autoeficácia alta ($p= 0,339$). Pode-se afirmar que a autoeficácia materna em amamentar elevou-se, no grupo intervenção, no segundo e terceiro momentos de acompanhamento (15 e 30 dias após o parto). Ainda, verificou-se que em todos os momentos as médias da autoeficácia materna em amamentar mantiveram-se acima das médias do grupo controle. No grupo controle a elevação das médias dos escores de autoeficácia em amamentar também se deu de maneira variável ao longo do tempo, sem demonstrar diferença significante. O teste de comparação das médias dos escores de autoeficácia em amamentar não demonstrou significância entre os dois grupos de estudo no alojamento conjunto ($p= 0,404$), antes da intervenção educativa. No entanto, constatou-se diferença nas médias dos escores de autoeficácia entre as mulheres do grupo intervenção e do grupo controle nos demais momentos de acompanhamento, 15, 30, 60, 90 e 120 dias após o parto ($p < 0,05$). Esse fato evidencia o aumento da autoeficácia materna em amamentar no grupo intervenção, que se apresenta até o último momento de acompanhamento (120 dias).**Conclusões**Foi possível constatar que houve modificação ou reforço da autoeficácia materna em amamentar com a utilização do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” em sessão grupal, promovendo a amamentação. A utilização do álbum seriado em sessão grupal permite ao profissional da saúde, sobretudo o enfermeiro, valer-se de uma tecnologia que propicie a troca de saberes entre os sujeitos e que as orientações sejam mediadas por uma interação atrativa e prática do que intervenções educativas convencionais. Ainda, garante efetividade para as ações de educação em saúde, uma vez que otimiza o tempo do profissional e abrange um maior número de indivíduos. Apesar de as evidências deste estudo terem sido apresentadas de maneira consistente e relevante para a promoção da autoeficácia materna em amamentar, seguindo um rigor metodológico para a realização de estudos experimentais, é possível elencar que houve limitação com relação ao contato telefônico com as puérperas ao longo do período de acompanhamento do estudo.

Referências

1 Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. Research in Nursing & Health. 1999; 22:399-409.

2 Dodt RCM, Javorski M, Nascimento LA, Ferreira AMV, Tupinambá MC, Ximenes LB. Album series about breastfeeding: breastfeeding mothers with educational intervention in immediate postpartum. Rev enferm UFPE on line. 2013; 7(5):1469-75.

3 Franco TAV, Silva JLL, Daher DV. Educação em saúde e a pedagogia dialógica: uma reflexão sobre grupos educativos na atenção básica. Informe-se em promoção da saúde. 2011; 7(2):19-22.

4 Oliveira E, Andrade IM, Ribeiro RS. Educação em saúde: uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento: conceitos e reflexões [monografia]. Goiânia (GO): Universidade Católica de Goiás; 2009. Especialização em Saúde Pública.

5 Dodt RCM, Ximenes LB, Oriá MOB. Validation of a flip chart for promoting breastfeeding. Acta Paul Enferm. 2012; 25(2):225-30.

DESCRITORES: Aleitamento materno; Autoeficácia; Saúde Materno-Infantil; Enfermagem.

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

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

97. SÍNDROME DE BURNOUT NA ENFERMAGEM: UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

BURNOUT SYNDROME AND NURSING: A BIBLIOGRAPHIC RESEARCH

SÍNDROME DE ESTRÉS Y DE ENFERMERIA: UNA BIBLIOGRAFIA DE INVESTIGACION

ROCHA, Adriane Moreira [1];GOES, Nubia Cristina [2];CORDEIRO, Ivania da Silva [3];MARION, Rosângela da Silva [4];AOZANE, Fabiele[5]; BECK, Carmem Lúcia Colomé[6]

Introdução: Nas últimas décadas devido à aceleração tecnológica que influencia direta ou indiretamente as atividades laborais, o processo de trabalho acaba ficando mais complexo e com isso pode afetar a saúde das pessoas[1], o acúmulo de tarefas, cobranças excessivas, perfeccionismo e foco no trabalho como fonte exclusiva de prazer podem levar ao esgotamento físico e mental. Os trabalhadores de enfermagem geralmente possuem mais de um vínculo empregatício, levando-os a prolongadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado de produção por excesso de tarefas e remuneração baixa em relação à responsabilidade e complexidade das tarefas executadas. O excesso de trabalho dos enfermeiros gera pouco tempo para o lazer e acaba acarretando danos à saúde física e mental como: Exaustão e sensação de vazio, podendo levar o profissional a um estresse ocupacional. Esta realidade despertou o interesse em buscar produções científicas acerca da síndrome de burnout, que segundo alguns autores não é o mesmo que o estresse ocupacional, pois burnout é o resultado de um prolongado processo de tentativas de lidar com determinadas situações de estresse[2]. Burnout é uma palavra inglesa que pode ser traduzida como "queima após desgaste". Refere-se a algo que deixou de funcionar por exaustão. O dicionário define to burn out como "se tornar exausto após excessiva demanda de energia ou força". O termo passou a ser usado como metáfora, para explicar o sofrimento do homem em seu ambiente de trabalho, associado a uma perda de motivação e alto grau de insatisfação decorrentes dessa exaustão[3]. Esta síndrome trata-se de um conceito multidimensional que envolve três competências: exaustão emocional definida como o esgotamento de recursos emocionais para lidar com situações do dia a dia, despersonalização que envolve sentimentos negativos ou bloqueios dos sentimentos em relação às pessoas que entram em contato com o profissional, e falta de realização pessoal que é a incapacidade do trabalhador ver sua atividade de uma forma produtiva[4]. A Síndrome de Burnout manifesta-se através de quatro classes sintomatológicas, sendo: física (fadiga constante, alteração do sono, distúrbios gastrointestinais, perda de peso, distúrbios cardiovasculares e respiratórios, e dores musculares), psíquica (falta de atenção, alterações da memória, ansiedade, impaciência, mudanças bruscas de humor, desconfiança e frustação), comportamental (agressividade, irritabilidade, negligência no trabalho, incapacidade para relaxar, relacionamentos afetados devido ao distanciamento e indiferença) e defensiva (isolamento, sentimento de onipotência, ironia e atitude cínica)[5].**Objetivo:** Frente ao exposto, o presente estudo tem por objetivo analisar a produção científica na base de dados Latino-Americana de informação bibliográfica em ciências da saúde

[1]Acadêmica do 5º semestre de enfermagem, FISMA. Email: ad.natrochad@gmail.com
[2]Enfermeira. Mestranda em Enfermagem – UFSM
[3]Enfermeira. Integrante do grupo de pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e enfermagem - UFSM.
[4]Enfermeira. Doutora em Enfermagem Professora – UFSM
[5] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem- UFSM
[6] Enfermeira. Doutora em Enfermagem Professora – UFSM

(LILACS) sobre a síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura brasileira. Esse tipo pesquisa sintetiza resultados de estudos já realizados, identifica as conclusões do corpus da literatura sobre um fenômeno específico, compreende todos os estudos relacionados à questão norteadora que orienta a busca bibliográfica, o presente Resumo foi realizado na base de dados LILACS por meio dos DESCRITORES: burnout AND enfermagem AND trabalhadores, onde inicialmente obteve-se um número de 826 trabalhos, utilizando os critérios de inclusão: artigos completos, na língua portuguesa, com o assunto principal saúde do trabalhador, e que foram publicados nos últimos 10 anos, obteve-se um número de 10 artigos. **Resultados:** Dos 10 artigos selecionados pelos critérios de inclusão somente 3 responderam a questão norteadora: O que vem sendo publicado sobre síndrome de burnout em trabalhadores da enfermagem nos últimos 10 anos? Assim, um dos artigos investigou a repercussão da síndrome de burnout na qualidade de vida dos enfermeiros que atuam na atenção básica de um município da Paraíba, onde os resultados mostraram que os sintomas da síndrome de burnout, estão presentes nos enfermeiros da atenção básica, sendo que a exaustão emocional é o marco para o desenvolvimento da síndrome. O outro artigo foi uma revisão integrativa de literatura que trouxe dados referente à síndrome de burnout e absenteísmo em enfermeiros do contexto hospitalar, realizado nas base de dados BDENF, MEDLINE, LILACS e SCIELO, foi constatado que os principais fatores relacionados à síndrome de burnout e absenteísmo derivam de aspectos organizacionais, condições ocupacionais inadequadas e atribuições dos enfermeiros. O terceiro artigo apresenta dados de uma pesquisa realizada com trabalhadores de saúde de um hospital de média complexidade, onde os resultados revelaram que uma porcentagem significativa de trabalhadores apresentam sinais e sintomas da síndrome de burnout, contribuindo assim para uma queda na qualidade de vida e saúde do trabalhador. Assim podemos destacar nos resultados obtidos através das leituras realizadas, que os trabalhadores da enfermagem estão expostos à síndrome de burnout, por estarem expostos à situações de vulnerabilidade, e que alguns fatores como: exaustão emocional, aspectos organizacionais e condições ocupacionais, contribuem para que os sinais e sintomas da síndrome sejam evidenciados. **Considerações finais:** A importância desse estudo deu-se de forma a responder a questão norteadora, trazendo o que tem sido publicado nos últimos 10 anos na base de dados LILACS referente à síndrome de burnout em trabalhadores da enfermagem. Através das leituras realizadas podemos dizer que a Síndrome de Burnout é uma doença ocupacional que pode acometer qualquer trabalhador, no entanto, os trabalhadores de enfermagem são mais susceptíveis a esta doença, por estarem expostos às condições de vulnerabilidade e também, por existir fatores que podem propiciar o aparecimento da síndrome, é um processo multicausal, com repercussões individuais, sociais e organizacionais, assim podemos dizer que estabelecer um diagnóstico situacional e interferir nos fatores determinantes visando à melhoria da qualidade de vida do trabalhador, pode ser positivo, a detecção precoce também é uma grande aliada na luta contra a síndrome de burnout, pois permite a realização de intervenções que visem tanto à prevenção quanto a terapêutica. Portanto, a Síndrome de burnout pode ser evitada, desde que a cultura da organização favoreça a execução de atividades preventivas do estresse crônico, a partir da atuação em equipes multidisciplinares, numa perspectiva de resgatar as características afetivas contidas no cotidiano de quem cuida. Contudo, são necessários estudos mais aprofundados com o objetivo de ampliar os conhecimentos e esclarecer o processo específico de desenvolvimento desta síndrome. Por fim, pode ser fundamental o aprimoramento de uma política de atendimento à saúde do trabalhador,

considerando as especificidades destes profissionais, visto que eles estão expostos a situações de vulnerabilidade.

DESCRITORES: Burnout; Enfermagem; Trabalhadores.

Eixo Temático: Processo de trabalho e gestão em saúde e enfermagem.

Referências

1. Ribeiro, MCS. Enfermagem e Trabalho**:** fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores. 2 ed. São Paulo: Martinari; 2012.

2. Abreu KL, Stoll I, Ramos LS, Baumgardat RA, Kristensen CH. Estresse Ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. Psicl Cien Prof. 2002;22(2).

3. Lima, FD et al. Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia. Rev. Bras. Educ. Med. 2007; 31 (2):137-46.

4. Vilela NB, Vidal SV. The nursig staff of a hospital na BurnoutSyndrome: a dangerous relationship. Pesq Cuid Fundam Online. 2010;2(4):1275-85.

5. Silva APC, Marcucci RMB. A sínfrome de Burnout e a saúde do enfermeiro. In: 12° Congresso de Iniciação Científica, 6° Mostra de pesquisa da Pós-Graduação. São Paulo: Universidade de Santo Amaro. 2009;542-49.

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

98.SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO E DIABÉTICO: AMPLIANDO ACESSO E CONSTRUINDO VÍNCULO

SYSTEMATIZATION OF HYPERTENSIVE AND DIABETIC ASSISTANCE: EXPANDING ACCESS AND BUILDING LINK

SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA A LA HIPERTENSIÓN Y LA DIABETES: LA AMPLIACIÓN DEL ACCESO Y ENLACE CONSTRUCCIÓN

Cruz, Kamilla Borges[1]. [1]Rosa, Fábio Mello da[2]. Neves, Aline Tatsch[3]. Cerdótes, Ana Luiza Parcianello[4]; Megier, Elisa Rucks[5]; Oliveira, Isabel Cristina[6]. Streck, Mônica Tábata Heringer[7]. Carvalho, Jordana Lopes[8]. Souza, Rafaela [9]. Weiller, Teresinha Heck[10].

Introdução: As mudanças sofridas pela sociedade no que diz respeito à alimentação, à expectativa de vida e às causas de morte, redefiniram o perfil de suscetibilidade às doenças, ou seja, os péssimos hábitos alimentares, sedentarismo e sobrepeso foram ocasionados pelas mudanças socioeconômicas e culturais. Segundo Lima (2011), estes fatores vem favorecendo a ocorrência das doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). Elas são graves problemas de saúde pública tanto no Brasil quanto no mundo, elas quando mal ou não tratadas são grandes responsáveis pelos Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e insuficiência Renal Crônica (IRC) que estão entre as principais causas de hospitalização e mortalidade e são altamente incapacitantes. Estas doenças porém, tem tratamento em sua maioria barato, e por ser uma doença silenciosa (muitas vezes sem sintomas) de difícil adesão dos pacientes. São doenças consideradas sensíveis a atenção primária, ou seja, com o acompanhamento adequado na unidade de saúde com orientações, mudanças no estilo de vida e medicamentos pode ser controlada facilmente evitando complicações. Desta maneira, estas doenças ganham lugar de destaque entre os problemas de saúde pública, por isso, para evitar a evolução e futuras complicações crônicas conseqüentes, os portadores necessitam de um acompanhamento rigoroso e cuidadoso. Se não tratado, geram grande transtorno à sociedade em geral devido a sua gravidade, causando uma despesa financeira com o seu tratamento e a improdutividade da pessoa acometida[4].Sendo assim, percebe-se uma carência no programa de atenção básica, destinados à prevenção, identificação e rastreamento dos casos de HAS e DM.

1.Enfermeira especialista em saúde coletiva do município de Santa Maria/RS.kamilla.cruz@hotmail.com
2.Enfermeiro Mestrando da Universidade Federal de Santa Maria.
3.Enfermeira. Pós graduanda em Saúde Pública na Unopar, supervisora de estágios do curso Técnico de Enfermagem no colégio Gandhi/SEG.
4.Enfermeira do Município de Santa Maria, especialista em saúde coletiva.
5.Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano.
6.Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria
7.Enfermeira EBSERH/HUSM, especialista em saúde pública e saúde do trabalhador. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
8.Enfermeira Assistencial. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Pós-graduanda em Urgência e Emergência.
9.Nutricionista. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
10.Enfermeira Dra. Professora, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

Portanto, o Ministério da Saúde desenvolveu o plano de reorganização da atenção, no ano de 2000, e com ele iniciou-se a inscrição nacional destes indivíduos no sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) e programa nacional de assistência farmacêutica para a HAS e o DM[1]. Através do Ministério da Saúde, o programa HiperDia não está mais vinculado nas ESFs (Estratégia De Saúde Da Família), porém as ações de rastreio e acompanhamento seguem prioridades do mesmo, e são organizadas pelos Caderno de Atenção Básica 35, 36 e 37, porém são estabelecidas conforme o processo de trabalho local[1,2,3]. A unidade de saúde aqui relatada atende uma população estimada de 7mil pessoas, com uma equipe simples modalidade I, possuía somente três agentes comunitários o que impedia a visitação mensal e acompanhamento domiciliar de toda a população conforme é preconizado neste tipo de serviço e houve a necessidade de buscar uma alternativa possível. Algo que possibilitasse ampliar o acesso as pessoas prioritárias, neste caso as portadoras da HAS e DM, melhorar o vínculo dessa população para que o tratamento fosse mais efetivo. **Objetivo**: Relatar a experiência de uma ESF em sistematizar o atendimento ao hipertenso e diabético. **Metodologia:** A ESF organizou um turno de atendimento na unidade dedicado a tratar assuntos relacionados a HAS e a DM, neste turno médico, enfermeiro e técnico de enfermagem realizam atendimentos a esta população, em muitos momentos os agentes comunitários de saúde também integram a equipe realizando sala de espera e participando das orientações. Não há limitação no número de atendimentos, todos os pacientes que chegam na unidade das 8 às 11h são atendidos e orientados conforme necessidade. O técnico de enfermagem verifica as pressões arteriais (PA) e os hemoglicotestes (HGT), em caso de alteração é verificado se está tomando os medicamentos e quando foi a última revisão. O enfermeiro ouve os usuários que vem em busca de atendimento, verifica quando foi a última solicitação de exames, solicita se necessário, conforme cadernos de atenção básica, olha os resultados dos exames, calcula risco cardiovascular, em caso de alteração encaminha ao profissional médico, bem como aqueles que necessitam de renovação de receitas. Durante o contato com todos os profissionais é reforçado a mudança no estilo de vida, alguns saem com pedidos de exames, outros, se necessário são encaminhados a especialistas e o paciente já sai da unidade sabendo que mês deverá voltar conforme necessidade clínica, mesmo aqueles que foram encaminhados a outro nível de assistência. A unidade conta também com apoio de estagiários que são supervisionados pelos profissionais da unidade. Com a utilização do prontuário eletrônico este procedimento se tornou mais facilitado, para que não houvesse sobreposição de pedidos de exame, analise clara da última consulta, bem como o calculo do risco cardiovascular também é possível neste sistema de informação. **Resultados**: A unidade teve um aumento muito grande do fluxo nesses turnos de atendimento chegando a atender 50 pessoas por profissional, porém com o passar do tempo e a sistematização do atendimento, a demanda foi sendo organizada e o fluxo ficou menor, além disso estes pacientes não tinham mais a necessidade de disputar vagas de atendimentos com outros pacientes dos mais diversos diagnósticos, tendo acesso garantido e facilitado. Muitos hipertensos e diabéticos descompensados foram atendidos e os tratamentos modificados, bem como pudemos observar de forma mais próxima os pacientes em estágios mais avançados ou com co-morbidades, ampliando o vínculo e sendo eles encaminhados para especialistas se necessário. Pacientes que não compareciam na unidade para realizar os exames de rotina para estas doenças agora tem a oportunidade de sistematizar seu tratamento. As agentes comunitárias de saúde nas visitas domiciliares identificam os usuários que estão sem acompanhamento e reforçam a importância deste turno e da adesão ao

tratamento proposto. CONCLUSÕES: Muitos ainda são os desafios nas ESFs, concretizar os princípios da atenção primária em saúde é um deles. O acesso aos serviços, de forma sistematizada e não campanhista para que o usuário possa se organizar e realizar suas atividades e então possamos impactar os indicadores de saúde como as internações por causas sensíveis a atenção primária. Estar próximo ao domicílio das pessoas é fundamental para a criação do vínculo, este que possibilita o conhecimento mais detalhado dos modos de vida e intervenção educativas de mudança do estilo de vida, ampliação das redes de apoio. O território fora do que é preconizado pelo Ministério dificulta a ação dos profissionais, mas enquanto não é possível outra forma de atuação temos que pensar alternativas para melhor atender este usuário que precisa da nossa atenção.

DESCRITORES: Hipertensão; Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde.

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

Referências

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 162p.:Il. (Caderno de Atenção Básica,n.35).

BRASIL, M.S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. -Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 160p.: Il.(Caderno de Atenção Básica, n.36).

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. -Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.128p.: Il.(Caderno de Atenção Básica, n.37).

LIMA, LM. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. Rev. Gaúcha Enferm. (Online) vol.32 no.2 Porto Alegre June 2011.

99. SUPERLOTAÇÃO EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: DESAFIOS PARA A GESTÃO EM ENFERMAGEM

EMERGENCY OVERCROWDING: CHALLENGES FOR NURSING MANAGEMENT

EL HACINAMIENTO SERVICIO DE EMERGENCIA: DESAFÍOS PARA LA GESTIÓN EN ENFERMERÍA

DAL ONGARO, Juliana[1]; PICCIN, Catiele[2];RABELO, Simone Kroll[3]; STAMM, Bruna[4]

Introdução: Os Serviços Hospitalares de Emergência (SHE) possuem características específicas que influenciam a organização do trabalho e a gestão do cuidado de enfermagem.[1] Estes serviços são considerados pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência (RUE) do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o componente responsável pelo atendimento de situações graves.[2] Recentemente vêm ocorrendo um aumento da demanda por atendimento nos serviços de saúde,[1] o que exige alta densidade tecnológica dos SHE, além de cuidados de enfermagem cada vez mais complexos e onerosos.[3] Porém, este serviço apresenta algumas fragilidades, como a baixa resolutividade e a desintegração com a rede de assistência à saúde, evidenciado por pacientes expostos aos mais variados riscos de saúde, acomodados em macas e cadeiras nos corredores, falta de atendimento e profissionais com carga excessiva de trabalho.[4] O panorama da saúde brasileira não é único, a superlotação vem sendo entendida como um fenômeno mundial, ocorrendo em países desenvolvidos e subdesenvolvidos.[4] De acordo com a *Joint Commission Resources*, importante órgão mundial de acreditação hospitalar, a cada dez hospitais norte-americanos, seis operam no limite ou acima de sua capacidade, trazendo como consequência o comprometimento a gestão do cuidado, evidenciado por atrasos no tratamento, maior número de erros, desistência dos pacientes antes de serem atendidos e índices mais elevados de reinternação.[2] No Brasil, um estudo realizado no Rio de Janeiro,[3] constatou que em todas as regiões do estado havia superlotação nos serviços de emergências, o que também aponta ou direciona para um problema sistêmico, e não apenas de regiões mais populosas do estado. À realidade brasileira soma-se ainda a baixa resolutividade do sistema de saúde, a precarização física e a falta de profissionais, resultando em tempo elevado de espera, agravamento de situações de saúde, acúmulo de pacientes em corredores, falta de continuidade da atenção e condições de trabalho desfavoráveis. As causas da superlotação dos Prontos Socorros (PS) são diversas, no entanto, sabe-se que existem alternativas para a resolutividade destes problemas, como por exemplo, o fortalecimento da cooperação entre as redes hospitalares e do desempenho das redes de atenção.[4] Assim, a maior consequência da superlotação é

[1] Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC. E-mail: dongaro.ju@gmail.com Endereço para correspondência: Departamento de Enfermagem. Av. Roraima – 1000. Prédio 26. Sala 1339. Cidade Universitária. CEP: 97105-900.
[2]Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET Enfermagem.
[3]Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Enfermeira do Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/EBSERH). Especialista em Educação Profissional em Saúde: Enfermagem.
[4]Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Especialista em Gestão de Organização Pública. Professora substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

a má qualidade na assistência prestada, e o enfermeiro, enquanto gestor do cuidado, encontra-se em uma posição central nesta problemática. Portanto, considerando a necessidade de reflexões sobre a superlotação e seus efeitos para a gestão do cuidado, associado às experiências e vivências das autoras no cuidado ao paciente em situações de urgência e emergência, objetiva-se apresentar um relato de experiência sobre a temática superlotação do SHE e suas implicações para a gestão do cuidado em enfermagem. **Metodologia**: O presente trabalho trata-se de um relato de experiência de acadêmicas do 6º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem no qual aborda atividades de extensão desenvolvidas em um Pronto Socorro Adulto (PS/Adulto) de um Hospital Universitário da região central do estado do Rio Grande do Sul/Brasil. A experiência foi oportunizada por meio do Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFCEN), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que tem por objetivos desenvolver e aprimorar as competências técnico-científicas, ético-políticas e socioeducativas do futuro enfermeiro. As atividades foram realizadas nos meses de julho e agosto do ano de 2016, no turno matutino, de segundas a sextas-feiras, com quatro horas diárias, totalizando uma carga horária de 120 horas. A supervisão da vivência das acadêmicas foi realizada de forma direta por um enfermeiro atuante na unidade do PS/Adulto e indireta por um docente/orientador enfermeiro. Também, para a elaboração desse relato, houve o aprofundamento teórico acerca dos temas superlotação em SHE e a gestão do cuidado de enfermagem em PS adulto. **Resultados e discussões**: Por meio dos conhecimentos práticos adquiridos durante o desenvolvimento das atividades de extensão, em que se pode vivenciar a realidade de uma unidade de PS e, complementando-se com estudos realizados na temática superlotação em SHE e a gestão do cuidado de enfermagem, apresentaremos os resultados da vivência em duas categorias com suas respectivas discussões. **Categoria 1: O processo gerencial na unidade hospitalar de emergência:** O âmbito hospitalar emergencial por si só já é crítico quando se pensa na qualidade da assistência prestada, pois devido ao seu ritmo frenético e de imprevisibilidades; ~~e~~ quando somados à superlotação da unidade e à falta de recursos para o cuidado adequado, tem-se uma conjuntura inóspita para a gestão de enfermagem. A gestão de enfermagem em um SHE superlotado torna-se diferenciado à medida que se percebe este cenário como detentor de características próprias, que influenciam os processos de trabalho, uma vez que além de atividades-ações que englobam a assistência e a organização da unidade de uma maneira geral, faze~~m~~ parte da atuação do enfermeiro o atendimento integral ao paciente.[5] Entende-se que o dia-a-dia do enfermeiro num serviço de emergência superlotado exige uma visão administrativa ampliada, raciocínio rápido e resolutivo devido às circunstâncias. É preciso o desenvolvimento de competências capazes de articular a gerência e o cuidado na busca de uma prática assistencial de qualidade, com o mínimo de erros aceitáveis.[5] Assim, nas unidades de emergência não há espaço para uma prática gerencial imprecisa, já que a gestão inadequada do cuidado i pode causar danos irreversíveis ao paciente e sua família. Desta forma, o enfermeiro do SHE precisa mobilizar competências gerenciais que o auxiliem neste ambiente diferenciado e complexo, numa busca constante por uma assistência de qualidade, resolutiva e livre de danos. **Categoria 2: A gestão em unidade de emergência superlotada.** A superlotação parece algo arraigado ao processo de trabalho na unidade de emergência, com destaque para a necessidade que o enfermeiro sente de gerenciar este problema, numa tentativa de amenizar as consequências negativas e proporcionar uma assistência de qualidade. Percebe-se ainda que um dos aspectos preocupantes da superlotação é o comprometimento à segurança do paciente, já que, somado ao ritmo frenético de trabalho, o PS é

um ambiente repleto de riscos, como: alto número de pacientes e rotatividade intensa, necessidades complexas (clínicas, sociais, econômicas e psicológicas), desvios frequentes das atividades dos profissionais e a natureza incontrolável do fluxo de trabalho. Os enfermeiros do SHE gerenciam o cuidado numa tentativa de priorizar ações, em virtude da superlotação, e em estabelecer prioridades de atendimento, ou seja, promovem a organização do trabalho no serviço de emergência.[5] Assim, o enfermeiro, gestor do cuidado, possui um importante papel ao perceber os riscos e propor meios e processos de trabalho que visem minimizá-los. Desta forma, a gestão de riscos e da segurança do paciente torna-se importante tópico para a discussão do processo gerencial do enfermeiro no serviço de emergência superlotado. Por ser este profissional que congrega diversos olhares dentro do serviço, responsável pela gestão do cuidado, é preciso fortalecer elos entre os diversos profissionais envolvidos na assistência ao paciente. Neste cenário o enfermeiro precisa lançar mão de mecanismos e competências de gestão da segurança do paciente, visto que resolver a superlotação ainda é um longo caminho a ser percorrido, pois congrega em seu campo de saber e atuação, ferramentas para a gestão do cuidado, e conhecimentos-práticas administrativas que englobam o comprometimento com a instituição e com a rede de saúde. **Conclusão**: Diante das considerações, aponta-se que a gestão do cuidado de enfermagem requer percepção e habilidades diferenciadas, quando exercida em uma emergência superlotada. As inquietações geradas pela problemática demonstram a necessidade de aprofundamento teórico na formação em enfermagem e também estudos direcionados a reformulações dos processos de trabalho frente à superlotação dos serviços de emergência. Conclui-se, então, que vivenciar a realidade de um SHE permitiu as autoras ampliar seus olhares acerca dos desafios inerentes ao trabalho no setor e das estratégias utilizadas pelo enfermeiro frente à problemática da superlotação.

DESCRITORES: Enfermagem; Gestão em Saúde; Segurança do paciente; Enfermagem em Emergência.

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

Referências

1. BRASIL. Manual Instrutivo da Sala de Estabilização Componente da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada: Brasília, 2013.

2. JOINT COMMISSION RESOURCES. Gerenciamento do fluxo de paciente: Estratégias e soluções para lidar com a superlotação hospitalar. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

3. O'DWYER G, MATTA IEA, PEPE VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. Ciênc & Saude Col [Internet] 2008 Out [acesso em 04 jan 2016]; 13(5): 1637-1648. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500027

4. BITTENCOURT RJ, HORTALE VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública [online] 2009 Jul [acesso em 07 jan 2016]; 25(7): 1439-1454. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700002

5. SANTOS JLG, LIMA MADS, KLOCK P, ERDMANN AL. Conceptions of Nurses on Management of Care in an Emergency Department-Descriptive Exploratory Study. Online braz j nurs [online] 2012 Abr [acesso em 07 jan 2016]; 11(1). Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3580/html

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

100.TECENDO REDES DE PROTEÇÃO AO SUICÍDIO

WEAVING NETWORKS OF PROTECTION TO SUICIDE

TEJIENDO REDES DE PROTECCIÓN AL SUICIDIO

NOAL, Martha Helena de Oliveira[1]; ROSSATO, Verginia Medianeira Dallago[2]

O artigo aborda a prevenção do suicídio com ações desenvolvidas no Projeto de Extensão Promoção da Vida e Prevenção de Suicídio. **Objetivo:** Relatar ações de prevenção de suicídio, em parceria interssetorial entre um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e um serviço de reabilitação em saúde mental de um Hospital-Escola de Universidade Federal do sul do país. **Métodos**: As intervenções incluem palestras, oficinas, rodas de conversa e grupos de sobreviventes. **Resultados:** São descritas 32 intervenções formais realizadas em 34 meses de projeto, além de ações transversais de prevenção de suicídio destinadas à articulação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial, assessorias técnicas aos meios de comunicação e estratégias de redução do estigma que envolve o adoecimento psíquico. **Considerações finais**: Diversas articulações da rede de saúde tem sido implementadas pelo projeto no sentido de aprimorar a atenção à prevenção de suicídio. As fichas de avaliação dos participantes das intervenções apontam para uma validação do mesmo.

DESCRITORES: Educação em saúde; Saúde mental; Tentativa de suicídio.

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

[1]Medica Psiquiátra Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares/Hospital Universitário de Santa Maria - EBSERH/HUSM. Email: vmrossato@gmail.com

2 Enfermeira. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares/Hospital Universitário de Santa Maria - EBSERH/HUSM

101.TELESSAÚDE NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO INSTITUCIONALIZADO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

TELEHEALTH IN ASSISTANCE TO THE INSTITUTIONALIZED ELDERLY: A INTEGRATIVE REVIEW

TELESALUD EN ASISTENCIA A LOS ANCIOANOS INSTITUCIONALIZADOS: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

BENDER, Janaína Duarte[1];KESSLER, Marciane[2];SANTOS, Amanda Amaral dos[1];THUMÉ, Elaine[3]

Introdução: A Telessaúde pode ocorrer por meio de distintas ferramentas tecnológicas, que à distância proporcionam praticidade e qualidade à assistência ao idoso, permitindo destinar a capacidade médica as necessidades dessa população[1]. Dentre elas se destacam a Telemonitorização que trata-se do monitoramento das pessoas que estão sob observação médica; Teleassistência que disponibiliza assistência por meio de comandos à distância; a Teledermatologia e Telecardiologia proporcionando avaliações, orientações e laudos de especialistas; Telemedicina possibilita discussões de casos clínicos, ensinamentos e procedimentos médicos; e a Teleconsultoria que dispõe ao profissional e ao indivíduo a segunda opinião sobre o caso ou a consulta com o médico à distância[1]. Essa possibilidade de consultas e orientações de profissionais de diversas especialidades, possibilitam que o cuidado se una a evolução tecnológica, buscando um olhar futurístico frente aos serviços de saúde, seja em ambientes privados ou públicos[2]. A relevância desse estudo se atribuí às necessidades atuais do sistema de saúde tendo ao alcance a possibilidade do uso de tecnologias que facilitem a comunicação, monitorização e assistência ao cuidado. Neste cenário, procurou-se responder a seguinte questão: Quais as contribuições do Telessaúde na assistência ao idoso em Instituições de Longa Permanência(ILP)? **Objetivo:** Conhecer as potencialidades do uso do sistema de Telessaúde na assistência aos idosos de Instituição de Longa Permanência e o auxílio para qualificação dos profissionais através de treinamento presencial e a distância. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa, que seguiu seis etapas, a saber: primeira etapa é a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa. A segunda etapa é a seleção dos critérios de inclusão e exclusão. Logo a terceira etapa é a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados. A quarta etapa é a avaliação dos estudos incluídos na pesquisa. A quinta etapa é a interpretação dos resultados, e por fim a sexta etapa com a apresentação da síntese do conhecimento[3]. Na intenção de conhecer a produção científica sobre a temática em estudo foi realizada uma busca em cinco bases de dados, Public/Publisher Medline (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Indice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (Ibecs), Base de dados da Enfermagem (BdEnf) e Web Of Science (WOS) e o portal eletrônico da Scientific Eletronic Liberary Online (Scielo), para isto utilizou-se a

[1] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil. E-mail: jana_db@yahoo.com.br
[2] Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil.
[3]Enfermeira. Doutora em Epidemiologia. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil.

seguinte estratégia: Telemedicine OR Telehealth OR Teleconsulting OR Telecardiology OR Teledermatology AND Elder OR Aged OR Elderly AND Homes for the aged OR Asylum OR Nursing home, as palavras foram usadas como *Mesh Terms*, DESCRITORES e no idioma inglês. A busca foi realizada nos dias 24, 26 e 30 de junho de 2016. Foram incluídos artigos de pesquisas realizadas com seres humanos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídas publicações incompletas e que não estivessem no período de 10 anos. Aplicou-se os filtros no final, para objetivar e focar a busca. Ao finalizar a estratégia, resultou em 156 artigos para leitura de títulos, sendo selecionados 20 artigos para leitura de Resumos. Houve exclusão de 06 estudos, por não atenderem aos objetivos desta pesquisa. Totalizando 14 artigos para leitura na íntegra. Para análise dos dados cumpriu-se a 3ª etapa da metodologia proposta, onde as informações extraídas foram categorizadas por título, autor, ano, base de dados, revista, país, tipo de abordagem, Resumo, objetivos e resultados. **Resultados:** Do total de artigos, 13 eram no idioma inglês e um no português, desses, onze são da PubMed, um da Scielo e dois da WOS. Onze apresentam abordagem quantitativa, dois qualitativa e uma revisão integrativa. O período de publicação dos artigos varia de 2007 a 2016, com 08 artigos publicados entre os anos de 2013 a 2016.Três estudos foram realizados na Austrália, dois estudos na China e Estados Unidos, um estudo realizado na Bélgica, no Brasil, Canadá, França, Holanda, Itália e Singapura. Identificou-se como temática principal a Telessaúde na assistência a população idosa e seu aporte aos profissionais de saúde. Os autores relataram os cuidados interligados as tecnologias, sejam elas móveis, via *Web*, em lugares remotos, em zonas urbanas e rurais. Em sua totalidade (n=14) estudos abordam a eficácia do Telessaúde na assistência à saúde, especialmente por meio da Teleassistência, Telemonitorização e Teledermatologia, no suporte à equipe no processo de cuidado ao idoso, proporcionando a prevenção dos cuidados da pele, assistência imediata, monitorização e melhoria no acesso a atenção à saúde. As lesões de pele, tais como úlceras, infecções fúngicas e eczemas são observadas pela equipe profissional, logo há intervenções por meio da tecnologia com fotos enviadas aos especialistas para uma avaliação a distância. Entretanto um estudo aponta que há fragilidades no uso de tecnologias pelos profissionais, enfatizando que a equipe assistente deverá ser treinada para melhor manejo dos equipamentos na execução do serviço, a fim de tornar as respostas aos usuários ainda mais efetiva e melhor funcionalidade do sistema[4]. Entretanto, na maioria dos artigos o uso da ferramenta foi bem sucedido e realizado de forma multidisciplinar. Embora cada estudo tenha experimentado suportes de informação diferentes, tais como plataformas e *softwares*, adequados as necessidades de cada localidade, o funcionamento do serviço e o uso desta tecnologia foi eficaz em todas as abordagens encontradas. Os estudos foram unanimes ao afirmar que houve otimização dos serviços após o uso do Telessaúde. **Conclusão:** Tendo em vista o aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional, há um aumento do número de idosos e das necessidades em saúde. Neste sentido, os serviços de Telessaúde vêm possibilitando a melhoria da qualidade do atendimento à saúde. Se bem aplicado, essa tecnologia no Brasil representará na prática profissional e na assistência ao usuário a aproximação com a garantia dos três princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e equidade, proporcionando assim, melhoria do processo de trabalho e qualidade dos cuidados prestados ao usuário. Ao que se refere a população idosa, é possível que se possa ainda, estimulá-los ao autocuidado com segurança e autonomia. Os estudos ajudaram na reflexão sobre a temática e responderam aos objetivos e questão norteadora dessa pesquisa. Interessante perceber que, o discurso sobre os cuidados com os idosos em diferentes países se

unificam em um diálogo em prol de um objetivo: o Telessaúde na assistência ao cuidado do idoso, com foco na promoção, prevenção, proteção e tratamento. As pesquisas continuam na intenção de conhecer, interligar, integrar e fortalecer os serviços em relação à temática deste estudo, uma tecnologia de cuidado ainda em processo de desenvolvimento.

DESCRITORES: Telemedicina; Idoso; Instituição de Longa Permanência para Idosos.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

DEVRIENDT E. et al. The interRai Acute Care instrument incorporated in an eHealth system for standardized and web-based geriatric assessment: strengths, weaknesses, opportunities and threats in the acute hospital setting. BMC Geriatr.2013; 13(90): 1-10.

WOO J. Development of elderly care services in Hong Kong: challenges and creative solutions. Clin Med. 2007; 7(6):548-50.

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;17(4):758-64.

LUBEEK SFK et al. Current Dermatologic Care in Dutch Nursing Homes and Possible Improvements: A Nationwide Survey. J Am Med Dir Assoc. 2015;16(6):714-716.

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

102.TENTATIVAS DE SUICÍDIO NAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS DA SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA

SUICIDE ATTEMPTS IN SCIENTIFIC HEALTH PRODUCTIONS: LITERATURE REVIEW

INTENTOS DE SUICIDIO EN LAS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS DE SALUD: REVISIÓN DE LITERATURA

ALMEIDA, Patrícia Mattos[1]; SANTANA, Janaína de Fátima Campagnolo[2];CANABARRO, Janaína Lunardi[3]; SOCCOL, Keity Laís Sipman[4];SIQUEIRA, Daiana Foggiato de[5]; TERRA, Marlene Gomes[6];

Introdução: o impacto das mortes por causas externas (violências e acidentes) na qualidade de vida das pessoas e nas condições de saúde da população representa um problema a ser enfrentado em todo o mundo, podendo ser apreendido por diversos enfoques e processos. Atinge um número muito maior de pessoas do que aquelas que se encontram diretamente envolvidas, e seus efeitos ultrapassam o individual e o coletivo, incidindo na cultura e no modo de viver das pessoas. A Organização Mundial da Saúde[1] define como violência o uso intencional da força física, poder real ou em ameaça, contra si próprio ou outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade. Dentre os tipos de violências existentes nas sociedades, a violência auto-infligida ocupa um lugar prioritário na pauta dos problemas sociais, que provocam impacto sobre a saúde pública no mundo representando a primeira causa de morte na população de adultos jovens entre 10 e 39 anos[2]. **Objetivo:** identificar e analisar na produção científica o que está sendo produzido acerca da temática tentativa de suicídio na área da saúde. **Método:** trata-se de um estudo de revisão de literatura, desenvolvida em etapas: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/busca de estudos na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; análise e categorização dos resultados e apresentação da revisão[3]. A busca foi realizada na base de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) a partir da questão norteadora: o que está sendo produzido na área da saúde acerca da temática tentativa de suicídio? A busca realizou-se em março de 2017, a partir dos DESCRITORES de assunto "saúde mental" *and* "tentativa de suicídio". A delimitação temporal foi a partir de 2001, determinada pela Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira Nº 10.216 de 6 de abril de 2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, representando assim, um marco em conquistas com enfoque em saúde mental no Brasil. Os critérios de inclusão utilizados foram: artigo de

[1]Enfermeira. Especialista em Formação Pedagógica. Residente pela Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
[2]Enfermeira. Residente pela Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
[3]Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira assistencial no Hospital da Guarnição de Santa Maria/RS.
[4]Enfermeira. Mestre em enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Docente da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA) e URI-Santiago.
[5]Enfermeira. Mestre em enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.
[6]Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem, Professora Associada do Departamento e Pós-Graduação em Enfermagem e, da Residência Multiprofissional em Saúde da UFSM.
Endereço eletrônico para contato: patriciamattosalmeida@gmail.com

pesquisa disponíveis na íntegra, on-line e de forma gratuita, escritos nos idiomas português, inglês e espanhol. E, os critérios de exclusão foram: teses, capítulos de teses, dissertações, capítulos de dissertações, livros, capítulos de livros, Resumos sem disponibilidade de texto completo e gratuito na base de dados LILACS ou buscador *Google*, além de anais de congressos e conferências, relatórios técnicos e científicos e documentos ministeriais. A seleção dos artigos foi desenvolvida a partir da leitura dos títulos, das palavras-chave e dos Resumos dos artigos. Ao realizar a busca foram encontrados um total de 19 (dezenove) produções, destas, apenas 7 artigos contemplaram os critérios de inclusão da pesquisa. Foi organizado um quadro sinóptico para extração de dados (título; autor; ano da publicação; país; tipo de publicação; objetivo; cenário; sujeitos e resultados) que compôs a pré-análise dos artigos através da leitura flutuante e fichamento na qual foi possível obter uma visão abrangente do conteúdo; na sequência, realizou-se a exploração do material por meio da leitura exaustiva com a releitura dos textos, sendo organizada a composição das categorias para a interpretação dos resultados, com referências dos autores e análise sintética dos textos, a fim de visualizá-los de forma integrada, observando com atenção as convergências e divergências existentes entre os diferentes autores[3]. **Resultados:** A partir da análise do conteúdo dos estudos selecionados, emergiram duas categorias: tentativa de suicídio a partir da compreensão dos profissionais e usuários; e, características das tentativas de suicídio no contexto na Reforma Psiquiátrica. Na caracterização dos artigos, observa-se que os 7 artigos que compuseram as categorias, na busca realizada entre os anos 2001 e 2016, 1 (um) artigo (14,28%) é do ano de 2006; 1 (um) artigo (14, 28%) do ano de 2008; 1 (um) artigo do ano de 2009; 1 (um) artigo do ano de 2010 e 3 (42,85%) artigos do ano de 2011. Quanto ao país onde foi desenvolvida a pesquisa, as produções tiveram a seguinte distribuição: 2 artigos brasileiros; 2 artigos mexicanos; 1 (um) artigo cubano; 1 (um) artigo chileno e 1 (um) artigo colombiano. Desta forma, percebe-se que a temática tentativa de suicídio ainda é uma nascente sob foco de pesquisas na área da saúde, sendo observada como um fenômeno social, cultural e histórico das sociedades, que implica em problemas de saúde para a população. A OMS, na década de 1990, previu a complexidade do problema e o impacto da violência no setor da saúde, e projetava para o ano de 2000 estimativas de 1,6 milhão de pessoas mortas em decorrência da violência. Em 2002, lançou o relatório mundial sobre violência e saúde, reafirmando o tema como um dos grandes desafios da saúde pública mundial[1]. Quanto aabordagem da temática tentativa de suicídio a partir da compreensão dos profissionais e usuários observou-se que o comportamento suicida é identificado de várias formas pelos profissionais das equipes de saúde. Contudo as ações de saúde praticadas pela equipe multiprofissional ainda se mostraram pragmáticas, de cunho técnico, com abordagem medicamentosa e pouco acolhedora, embasadas em um paternalismo profissional que desconsidera a autonomia do indivíduo, o que demonstra que trata-se de uma temática muito complexa e que exige articulação de vários conceitos na busca de seu entendimento e enfrentamento. Na compreensão dos usuários observou-se, no estudo realizado em Santiago de Cuba, que a família desempenha um importante papel na conduta suicida, uma vez que adolescentes e jovens enfrentam diversas situações de violência física, psicológica ou sexual no seio familiar, as quais, quando não são bem compreendidas e analisadas levam a um desequilíbrio emocional que pode desencadear o comportamento suicida. Observou-se também a importância de uma intervenção educativa com a finalidade de modificar conhecimentos relacionados a essa categoria de comportamento entre jovens e adolescentes na busca por maior qualidade de vida individual e coletiva. Quanto às características das tentativas de suicídio no contexto na Reforma Psiquiátrica observa-se, em estudo realizado na Colômbia, que a partir de 2006, 1 (um) de cada três usuários que são hospitalizados tem como causa da internação o comportamento suicida, bem como a faixa etária populacional varia entre 15 e 24 anos. Tem-se também que 56,4% dos casos correspondem a indivíduos do sexo feminino, caracterizando-se, desta forma, como uma questão de gênero. Conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), as mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um segmento social fundamental para a formação de políticas públicas que atendam

as reais necessidades destas nas diferentes regiões do país. Conforme o Ministério da Saúde, cerca de 25% dos dias de trabalho perdidos pelas mulheres tem como causa principal a violência, reduzindo, dessa maneira, até 20% de seus ganhos financeiros. Esta situação representa quase um ano perdido de vida saudável, ocupando peso similar à tuberculose, ao Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV, aos mais diversos tipos de cânceres e doenças cardiovasculares[4]. Os fatores associados ao comportamento suicida, em estudo de caso-controle realizado no Brasil, demonstraram que as variáveis relacionadas à saúde mental e sintomas depressivos estiveram associadas ao comportamento suicida. **Conclusões:** a partir da análise deste estudo, identificou-se um modelo de atenção às pessoas com comportamento suicida, centrado na esfera biológica, na abordagem pragmática, curativa e repetitiva, em detrimento do ser humano e da sua integralidade. Esse modelo limita o reconhecimento da complexidade da temática e da necessidade da articulação de vários conceitos na busca do seu entendimento e enfrentamento. Ademais, há maior incidência de casos de tentativa de suicídio na população feminina, indicando uma abordagem mais específica para esse público. Vislumbra-se a necessidade de qualificação das ações desenvolvidas na atenção à saúde dos usuários que apresentam comportamento suicida e, também o compromisso do ensino na formação de um profissional com competência técnica e valorização da subjetividade, tornando o cuidado humanizado e sensível, desencadeando formas de suprir a lacuna existente em sua atual formação. O que converge com os princípios do Sistema Único de Saúde, consolidando avanços no conceito ampliado de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Tentativa de Suicídio; Enfermagem; Sintomas Comportamentais.
Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1 Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra (Suíça), 2002.

2 Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010, 2011. Brasília (Brasil): Editora do Ministério da Saúde, 2013.

3 BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições; 2009.

4 Ministério da Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica**.** 2ª ed. Brasília (Brasil): Editora do Ministério da Saúde, 2005.

103.TRABALHADORES COM DEFICIÊNCIA E SEU COTIDIANO NO TRABALHO

WORKERS WITH DISABILITIES AND THEIR DAILY AT WORK

LOS TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD Y SUS COTIDIANA EN EL TRABAJO

BRUM, Zaleia Prado de[1] ;CARDOSO, Sandra Maria de Mello[2] ;RODRIGUES, Andressa Peripolli[3];SPERLING Sara Gallert [4].

Introdução: Políticas de inclusão social vêm sendo muito debatidas atualmente. Elas visam favorecer grupos minoritários na sociedade, assegurando-lhes melhores condições para seu desenvolvimento socioeconômico. Entretanto, tais preocupações iniciaram ainda no século passado. Em 1975, a Organização das Nações Unidas (ONU) propôs a Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, e em 1983, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) promulgou medidas para oportunizar aos portadores de deficiência o acesso ao trabalho[1]. O trabalho para as pessoas com deficiência (PCD) tem um valor social e pessoal, assim como para as pessoas sem deficiência[1.] No Brasil, o trabalho é contemplado pela Constituição Federal como um dos direitos sociais do cidadão, juntamente com a educação, a saúde, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. As empresas com cem ou mais trabalhadores estão obrigadas a preencher de dois a cinco por cento de seu quadro funcional com pessoas deficientes[2]. Justifica-se o presente estudo pela necessidade de preparar e melhorar a inserção da PCD nas empresas. A "saúde do trabalhador" trata-se de uma área da saúde pública que objetiva estudar e intervir nas relações entre trabalho e saúde[3]. Esta pesquisa teve como objetivo geral investigar, junto a trabalhadores com deficiência, as principais dificuldades enfrentadas durante os primeiros meses de trabalho. Justifica-se o presente estudo pela necessidade de preparar e melhorar a inserção da PCD nas empresas. A "saúde do trabalhador" trata-se de uma área da saúde pública que objetiva estudar e intervir nas relações entre trabalho e saúde. Ela busca promover e proteger a saúde do trabalhador, alcançadas através de ações de vigilância de riscos nos ambientes de trabalho, suas condições, os agravos envolvidos à saúde do empregado, assim como a organização e prestação da assistência de saúde aos trabalhadores. O enfermeiro do trabalho é agente fundamental neste processo, não somente no ambiente que receberá o TCD, mas em toda a empresa de forma abrangente. Tal assistência, sem sombra de dúvidas, propicia uma melhora no processo de trabalho e nos recursos humanos da empresa, além de auxiliar a mesma no cumprimento da legislação específica. Além disto, as ações deste profissional colaboram na prevenção de agravos à saúde, advindos do estresse gerado na adaptação forçada ou não planejada ou decorrente de discriminações. **Objetivo:** Esta pesquisa teve como objetivo geral investigar, junto a trabalhadores com deficiência, as principais dificuldades enfrentadas durante os primeiros meses de trabalho. **Metodologia:** O estudo tem caráter qualitativo, exploratório[4]. Os sujeitos da pesquisa foram trabalhadores com algum tipo de deficiência de um estabelecimento de Ensino Superior no noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Os critérios para inclusão no estudo foram os seguintes:

[1] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da URI – Campus de Santo Ângelo/RS/BR. Zaleia@urisan.tche.br.
[2] Enfermeira. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Docente do IFF – Instituto Federal Farroupilha – Campus de Santo Ângelo/RS/BR.
[3] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do IFF – Instituto Federal Farroupilha – Campus de Santo Ângelo/RS/BR.
4 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Graduada na UNIJUI/RS.

estar trabalhando em regime formal dentro da empresa, estar enquadrado na política de cotas para trabalhadores com deficiência, ser maior de 18 anos e concordar em participar da pesquisa. O critério de inclusão não levou em consideração escolaridade, carga horária ou labor desempenhado. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista estruturada. O estudo respeitou a Resolução 466/2012. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (Campus Santo Ângelo), obtendo aprovação pelo parecer consubstanciado nº 711.327. **Resultados e discussões:** A empresa onde o estudo foi realizado conta com um total de 449 empregados. Totaliza o quadro de trabalhadores com deficiência (TCD) 18 profissionais, e destes, 16 aceitaram participar da pesquisa. A idade dos entrevistados variou entre 20 e 76 anos, sendo a maioria (68,75%) do sexo masculino. Quanto à escolaridade, o menor grau de instrução dos participantes foi o ensino médio completo, com 25% dos entrevistados. Enquanto 37,5% referiram ter concluído o ensino superior e 25% estar estudando no momento. O tempo de trabalho na empresa variou entre 4 meses e 40 anos, sendo que a maioria (68,75%) referiu estar trabalhando em média há 2 anos na instituição. Dos entrevistados, apenas 2 relataram tratar-se do primeiro emprego, enquanto outros 2 referiram trabalhar em mais de um emprego atualmente. Foi possível elencar duas categorias principais, sendo a primeira inerente às dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores com deficiência e a segunda às (in) satisfações e contribuições do trabalhador para a melhoria do processo de trabalho. Na primeira foi possível perceber uma dificuldade ainda a ser eliminada pela instituição e citada pela maioria dos sujeitos refere-se às dimensões arquitetônicas. A empresa conta com diversos prédios e muitos deles com estruturas antigas e mais de um pavimento, sem elevadores ou rampas, com muitas escadas, além de desnível em calçadas e banheiros não adaptados. Além disso, quando indagado sobre as dificuldades enfrentadas em sua adaptação, o relato foi de que ainda não havia preparo da empresa para acolher esses sujeitos. Em relação à segunda categoria, alguns identificaram positivamente o envolvimento da instituição para a melhoria do seu processo de trabalho, outros referiram que outras iniciativas precisam ser retomadas, tais como o trabalho em grupos com discussões sobre o tema, sobre as dificuldades enfrentadas, relacionamentos interpessoais e apoio psicológico. Também apareceu na pesquisa, a necessidade de sensibilizar as pessoas de que mudanças são necessárias e contribuem com melhorias não só aos trabalhadores, mas também para os clientes que possuem necessidades diferenciadas. A empresa onde o estudo se desenvolveu não possui enfermeiro do trabalho. Ainda são poucas as que possuem esse profissional atuando em suas equipes de trabalho, considerando que a Norma Regulamentadora Nº 4, apenas empresas com mais de 3.501 empregados devem manter obrigatoriamente um enfermeiro do trabalho em seus quadros funcionais, o que se considera uma perda, pois a inserção do enfermeiro, hoje, se dá em ambientes diversificados, e sua formação, está se adequando às transformações sociais. **Considerações finais:** Foi possível identificar que a maioria dos entrevistados não sofreu dificuldades por ocasião de sua adaptação na empresa. Contudo, alguns relatos demonstraram melhorias importantes que toda empresa deve considerar na hora de planejar a inclusão. Por outro lado, emergiram ações que a empresa desenvolve ou já desenvolveu e que foram fundamentais no processo de adaptação. A legislação brasileira atual prevê que as empresas contratem pessoas com deficiência, favorecendo a entrada destas no mercado de trabalho. Contudo, apenas empregar o trabalhador com deficiência (TCD) não basta, uma vez que diversos podem ser os problemas advindos de uma adaptação forçada ao ambiente laboral. Para tanto, é necessário planejar adaptações dentro da empresa visando melhorar o processo de trabalho

deste profissional. Embora ainda sejam poucas as empresas que contratem enfermeiros do trabalho, acredita-se que este profissional pode participar ativamente da criação e manutenção da política de inclusão das empresas, analisando o cenário e trabalhando em consenso com todos os setores da instituição. Somente com a participação de todos os trabalhadores e até mesmo em parceria com a sociedade e o governo, será possível realizar a inclusão que abarque as necessidades dos trabalhadores com deficiência. A literatura sobre o tema ainda é escassa. Sugere-se que pesquisas em instituições de segmentos ainda mais diferenciados possam colaborar com o diagnóstico situacional dos enfrentamentos dos trabalhadores, bem como com as ações facilitadoras do processo de inclusão destes importantes personagens.

DESCRITORES: Pessoas com Deficiência; Enfermagem do Trabalho; Saúde do Trabalhador.

Eixos Temáticos: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Pereira CS, Del Prette A, Del Prette ZAP. Qual o significado do trabalho para as pessoas com e sem deficiência física?. Psico-USF. 2008; 13(1): 105-114.

2. Brasil. Decreto Nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. D.O.U. de 21/12/1999.

3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. D.O.U de 05/10/1988.

4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

.5. Brasil. Norma Regulamentadora Nº 4. Dispõe sobre Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho; Brasília: 1978.

104.TRABALHADORES DE ENFERMAGEM, TURNOS DE TRABALHO E A SEGURANÇA DO PACIENTE: PROPOSTA DE INVESTIGAÇÃO

NURSING WORKERS, WORK SHORTS AND PATIENT SAFETY: PROPOSAL FOR RESEARCH

LOS TRABAJADORES DE ENFERMERÍA TRABAJAN EN TURNOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

AOZANE, Fabiele[1]; TRINDADE, Liliane R.[2]; COELHO, Alexa P[3]; GOES, Núbia C.[4]; SILVA, Rosangela M.[5]; BECK, Carmem C.[6].

Resumo

Introdução: Em instituições onde há trabalho em turnos contínuos, decorrente da necessidade de manutenção de processos produtivos e/ou da prestação de serviços, há usualmente múltiplos fatores de risco presentes no ambiente do trabalho e que podem interferir na segurança do paciente. **Objetivos**: Conhecer as percepções dos trabalhadores da enfermagem sobre as implicações do turno de trabalho na segurança do paciente e identificar sugestões para melhorar as práticas de segurança do paciente no trabalho em turnos. **Metodologia**: Pesquisa exploratório-descritiva, qualitativa, a ser desenvolvida com trabalhadores da enfermagem de um hospital na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Será utilizada a entrevista semiestruturada e a observação não participante e após Análise de Conteúdo. Seguirá as recomendações da Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. **Considerações finais**: Espera-se promover reflexões aos participantes e ações para a melhoria das práticas de segurança do paciente nos diferentes turnos de atuação do trabalhador da enfermagem.

DESCRITORES: Segurança do Paciente; Trabalho em turnos; Enfermagem.

Abstract

Introduction: In institutions where there is work in continuous shifts, due to the need to maintain productive processes and / or service delivery, there are usually multiple risk factors present in the work environment that may interfere with patient safety. **Objectives**: To know the perceptions of nursing workers about the implications of shift work on patient safety and to identify suggestions for improving patient safety practices in shift work. **Methodology:** Exploratory-descriptive, qualitative research, to be developed with nursing workers of a hospital in the Northwest region of the State of Rio Grande do Sul. The semi-structured interview and the non-participant observation will be used and after Content Analysis. It will follow the recommendations of Resolution 466/2012 of the National Health Council. **Final considerations**: It is hoped to promote reflections to the participants and actions for the improvement of the patient's safety practices in the different shifts of action of the nursing worker.

[1] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem – UFSM, aozane@hotmail.com.
[2] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem- UFSM.
[3] Enfermeira.Doutoranda em Enfermagem- UFSM.
[4] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem- UFSM.
[5] Enfermeira.Doutora em Enfermagem Professora – UFSM.
[6] Enfermeira.Doutora em Enfermagem Professora – UFSM.

Descriptors: Patient safety; Shift work; Nursing.

Resumen

Introducción: En las instituciones donde hay trabajo en turnos continuos, debido a la necesidad de mantener los procesos de producción y / o la prestación de servicios, por lo general hay múltiples factores de riesgo presentes en el ambiente de trabajo y que pueden interferir con la seguridad del paciente. **Objetivos:** conocer las percepciones del personal de enfermería sobre las implicaciones del cambio en la seguridad del paciente e identificar sugerencias para mejorar las prácticas de seguridad del paciente en el trabajo por turnos. **Metodología**: exploratoria, la investigación cualitativa descriptiva, se desarrolló con los trabajadores de enfermería de un hospital de la región noroeste de Rio Grande do Sul entrevistas semiestructuradas y observación no participante y después de análisis de contenido será utilizado. Siga las recomendaciones de la Resolución 466/2012 de las nacional Consejo de Salud. **Consideraciones finales** se espera que la promoción de los participantes y las acciones reflexiones para mejorar las prácticas de seguridad del paciente en diferentes turnos de funcionamiento del trabajador de enfermería.

DESCRIPTORES: Seguridad del Paciente; El trabajo por turnos; Enfermería.

Introdução

` A saúde do trabalhador constitui uma área da saúde pública direcionada para as relações entre o trabalho e a saúde, sendo um dos seus objetivos, a promoção e a proteção da saúde do trabalhador. Neste sentido, as intervenções podem ocorrer por meio de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador, organização e prestação da assistência aos trabalhadores[1].

No Brasil, a preocupação com o trabalhador e o ambiente em que atua ganhou destaque a partir da Lei n. 8080/90, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo um dos objetivos e atribuições a execução de ações de saúde do trabalhador, que inclui, entre outras, o controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho e avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde[2]. É relevante ressaltar que, em 2012, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que, no capítulo dos princípios e diretrizes, considera que para implementar tal política é necessário intervir sobre os fatores determinantes na saúde dos trabalhadores, por meio das ações individuais e coletivas de promoção, prevenção, vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho[3].

Na realização do trabalho, existe uma complexidade intrínseca das atividades desempenhadas pelos trabalhadores da saúde, que envolvem um conjunto de condicionantes internos (características, capacidades e limitações dos trabalhadores de saúde) e externos (envolvimento físico, turnos de trabalho, tecnológico, situações estruturais, entre outros), que podem repercutir na segurança do paciente[4].

No Brasil, a Segurança do Paciente já faz parte da agenda política desde a mobilização do Ministério da Saúde (MS) junto à Organização Mundial da Saúde (OMS). Uma das ações estabelecidas, pelo MS, foi a promulgação da Portaria nº 529/2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Este programa tem como objetivo de promover e

apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde[5].

A segurança dos trabalhadores e do paciente encontra-se, intrinsecamente, relacionada à qualidade nos serviços de saúde. Nessa direção, a segurança é compreendida como uma temática transversal do processo de assistir, envolvendo, sobretudo, o estabelecimento de vínculos de confiança entre trabalhadores e pacientes[6]. Neste contexto, supõe-se que a saúde do trabalhador da saúde, em especial os trabalhadores de enfermagem, é fundamental para uma assistência qualificada, com reflexos no bem-estar, confiança, na promoção de uma recuperação bem sucedida e na segurança do paciente.

Dentre os trabalhadores que atuam na área da saúde, destacam-se os trabalhadores da enfermagem, que se deparam, constantemente, com sofrimentos, medos, conflitos, tensões, disputa pelo poder, ansiedade e estresse, convivência com a vida e morte, longas jornadas de trabalho, entre tantos outros fatores inerentes ao seu cotidiano. Estes fatores podem influenciar a saúde destes trabalhadores, pois as características referentes ao trabalho partem de um processo organizativo influenciado pela fragmentação, ou seja, segue os princípios taylorizados e tem como objeto de trabalho o sujeito doente[7].

O trabalho de enfermagem está presente 24 horas por dia nas instituições de saúde que prestam cuidados ao paciente e caracteriza-se por ser intensivo, exigindo, dos trabalhadores alta produtividade, em tempo limitado, o que determina, a necessidade de divisão do trabalho em turnos devido à assistência prestada aos pacientes[8]. Na prática assistencial, sobretudo os técnicos e auxiliares de enfermagem, desenvolvem, rotineiramente, ações que envolvem, em grande parte, o esforço físico, mental e psicológico[9], que, somado ao trabalho em turnos, pode repercutir na sua saúde e na segurança do paciente.

Estudos realizados, em diversos países, acerca das consequências do trabalho em turnos na saúde do trabalhador, relacionam o turno de trabalho com o ritmo normal do organismo, isto é, com os ritmos circadianos, que podem provocar perturbações fisiológicas e psicológicas, bem como desgaste na vida social e familiar[10]. Essas consequências podem interferir na saúde do trabalhador e nas práticas assistenciais da enfermagem, em especial, a segurança do paciente. Em um estudo sobre as percepções de eventos adversos pelos enfermeiros atuantes em uma instituição hospitalar, verificou-se que os Eventos Adversos (EA) podem ocorrer com qualquer trabalhador, mas a falta de capacitação, a sobrecarga de trabalho, as duplas jornadas, o cansaço físico e emocional a que os trabalhadores da saúde estão submetidos, podem influenciar na ocorrência desses eventos[11]. Somado a isso, pode-se referir que o trabalho em turnos e a segurança do paciente estão fortemente ligados no processo de trabalho.

Para delimitar o enfoque para esta pesquisa, primeiramente foi realizado um estudo de tendências, em maio de 2016, com o objetivo de identificar lacunas referentes à produção científica sobre a cultura de segurança. Foi realizada uma busca no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e da Associação Brasileira de Enfermagem - Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (ABEn/CEPEn). Utilizou-se o termo não controlado “cultura de segurança do paciente”. Foram incluídas teses e dissertações desenvolvidas por enfermeiros pelos programas de pós graduação em enfermagem ou

desenvolvidas por enfermeiros em outros programas, cuja abordagem central fosse cultura de segurança do paciente. Definiu-se o recorte temporal 2013-2015, tendo em vista a implantação da Portaria Nº 529 estabelecida em 01 de abril de 2013, a qual instituiu o PNSP. Excluíram-se as produções não relacionadas diretamente à temática. A seleção dos estudos foi realizada mediante a leitura de títulos e Resumos com base nos critérios supracitados. Foram selecionadas 19 publicações para análise.

Os resultados da pesquisa apontam que são necessárias mudanças culturais, principalmente na abordagem dos erros, considerando que persiste uma resposta punitiva aos trabalhadores de enfermagem. Também foi identificada a fragilidade da cultura de segurança do paciente, reforçando-se a necessidade de maior investimento da gestão para promoção de uma cultura voltada para a segurança do paciente, requerendo mudança de atitudes, a capacitação de toda a equipe sobre o tema e o envolvimento de todos trabalhadores nos diferentes níveis hierárquicos[12,13].

A análise dos dados também evidenciou que os trabalhadores da enfermagem referem que não há uma preocupação constante dos supervisores com a garantia das etapas corretas dos procedimentos, pois em situações onde há maior pressão, é solicitado aos trabalhadores que desenvolvam suas atividades mais rápido, não sendo observados os problemas relacionados à segurança que acontecem repetidamente[13]. Outro estudo aponta a falta de cooperação entre os trabalhadores das diferentes unidades de trabalho, quando há uma sobrecarga de trabalho em alguma delas e o número insuficiente de recursos humanos, por vezes, desencadeado pelos atestados de afastamento por motivos de saúde de longa duração. Esses são alguns dos fatores que podem interferir na segurança do paciente e na saúde do trabalhador[14].

Acrescenta-se que a enfermagem é considerada uma profissão de risco devido à exposição à qual o profissional se submete diariamente, e sua atividade pode desencadear acidentes em serviço, doenças ocupacionais, comprometendo a segurança do paciente e do trabalhador. Alguns fatores contribuem para a ocorrência dos riscos ocupacionais e refletem na segurança do paciente, como: número insuficiente de funcionários, sobrecarga de trabalho, rodízio de turnos dos plantões noturnos, desgaste mental e emocional, condições físicas impróprias, falta de capacitação profissional, dentre outros aspectos. Deste modo, são necessário estudos científicos que contribuam para as discussões acerca da segurança do paciente[15,16].

Logo, esta pesquisa tem como objeto de estudo o trabalho de enfermagem em turnos e a sua relação com a segurança do paciente e como objetivos: Conhecer as percepções dos trabalhadores da enfermagem sobre as implicações do turno de trabalho na segurança do paciente e identificar sugestões para melhorar as práticas de segurança do paciente no trabalho em turnos.

Para atender aos objetivos propostos emergiu o **questionamento**: Quais são as percepções dos trabalhadores de enfermagem sobre as implicações do turno de trabalho na segurança do paciente?

Metodologia

Caracteriza-se por ser um estudo do tipo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. O método qualitativo é utilizado ao se abordar o dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados, aplicando-se ao estudo da história, das representações, das crenças, percepções e opiniões[17]. A mesma autora refere que esta abordagem caracteriza-se

“pela empiria e pela sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou processo em estudo”[17].

O estudo do tipo exploratório compreende a etapa de construção do projeto até os procedimentos e testes para a entrada em campo, sendo constituído pelo tema a ser investigado, a delimitação do problema, definição do objeto e dos objetivos, hipóteses do estudo, marco teórico, instrumento de coleta de dados e da exploração do campo[17].

A pesquisa descritiva tem, por finalidade, a descrição das características principais de uma determinada população, comunidade ou de um fenômeno. Destacam-se as seguintes características: levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população[18].

O estudo será desenvolvido em um hospital privado, localizado na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de um hospital geral com 112 leitos, considerado referência para a região noroeste na média e alta densidade tecnológica, que atende 52 municípios das regiões Noroeste, Celeiro e Médio Alto Uruguai.A população elegível do estudo será composta por 43 trabalhadores da enfermagem (enfermeiros e técnicos em enfermagem) de uma unidade de internação clínica.

Como critérios de inclusão estabeleceram-se: enfermeiros e técnicos em enfermagem atuantes nos turnos de trabalho manhã, tarde e noite, em um período maior que seis meses, por entender que este é um período considerado importante para o conhecimento das rotinas e do processo de trabalho na unidade. Serão excluídos os trabalhadores de enfermagem afastados por férias ou licença de qualquer natureza no período estabelecido para a coleta de dados e também enfermeiros que atuam como folguistas.

Para atender aos objetivos propostos neste estudo, será empregada como técnica de coleta de dados a observação não participante e a entrevista semiestruturada. Inicialmente será realizada a observação não-participante, seguindo roteiro de observação estruturado.

As entrevistas serão realizadas individualmente, conforme agendamento prévio e de acordo com a disponibilidade de cada participante, e realizadas em horário e local sugerido pelo participante, de forma a assegurar a privacidade deste. Será utilizado gravador para registrar o material das entrevistas da pesquisa conforme consentimento.

A finalização das entrevistas obedecerá ao critério de saturação da amostra. Amostragem por saturação é considerada uma ferramenta conceitual empregada nos relatórios de investigações qualitativas nas diferentes áreas no campo da saúde e permite estabelecer o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes[19]. Assim, serão realizadas entrevistas intercaladas nos turnos diurno e noturno.

Em observância à legislação, serão respeitados os preceitos éticos para a realização de pesquisa com seres humanos, conforme as diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres Humanos (Resolução CNS 466/2012).

Resultados e discussão

Pode-se referir que é necessário cuidar dos trabalhadores da enfermagem que prestam assistência direta ao pacientes atuantes em diferentes turnos, pois a segurança do paciente e do trabalhador depende de equipes de trabalho saudáveis.

Em uma pesquisa realizada com 12 gerentes de enfermagem atuantes em hospitais nos cenários sul, sudeste, centro-oeste, norte e nordeste do Brasil, permitiu-se conhecer a percepção sobre a relação entre a saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança dos pacientes. Este estudo destaca que os gerentes de enfermagem referem sofrimento por perceberem que a força de trabalho está doente, entretanto, o processo de trabalho exige que a assistência ao paciente seja realizada. Também mencionam uma preocupação e referem angustia com a segurança do cuidado dispensado aos pacientes, tendo em vista a gravidade do adoecimento dos trabalhadores de enfermagem que, muitas vezes, pode ser negligenciada nos serviços de medicina do trabalho e nas instituições[6].

Outro estudo menciona que o trabalhador que atua noturnamente, após o turno de trabalho tem o sono inadequado e reduzido, o que os deixa mais suscetíveis a doenças por dormir fora do horário habitual. Menciona também outros fatores que podem contribuir para que o trabalhador não descanse adequadamente, pelo fato, de que dormir de dia é extremamente desfavorável devido aos ruídos do trânsito e grande parcela de trabalhadores de enfermagem é do sexo feminino, a qual acumula funções domésticas e o cuidado com os filhos e é destacado que a baixa remuneração salarial faz o trabalhador optar por mais de um emprego[20].

Espera-se com a realização desta pesquisa possa contribuir para a construção do conhecimento relacionado à segurança do paciente na área da saúde, em especial na enfermagem, com vistas a garantir práticas mais seguras no trabalho em turnos. Esta pesquisa poderá auxiliar para a construção de políticas institucionais para a saúde do trabalhador e segurança do paciente, subsídios para intervenções na área hospitalar e contribuições para temática de saúde do trabalhador e segurança do paciente.

Considerações Finais

Espera-se com o resultado desta pesquisa possa promover reflexões aos participantes da pesquisa e propor ações para a melhoria das práticas de segurança do paciente nos diferentes turnos de atuação do trabalhador da enfermagem.

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

Referências

Forte ECN, Trombetta AP, Pires DEP, Gelbcke FL, Lino MM. Abordagens teóricas sobre a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. Cogitare Enferm. 2014;19(3):604-11

Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990 [citado 2016 nov. 15]. Disponível em: <http://www010. dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm

Brasil. Portaria n. 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da trabalhadora [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2016 nov. 15]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Portaria_1823_12_institui_politica.pdf

Sousa-Uva A, Serranheira F. Saúde do trabalhador, ergonomia e segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: FIO CRUZ; 2014.

Brasil. **Portaria nº 529,** de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2016 nov. 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

Baptista PCP, Pustiglione M, Almeida MCS, Felli VEA, Garzin ACA, Melleiro MM. Saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança do paciente: o olhar de gerentes de enfermagem. Rev Esc Enferm. 2015;49(2):122-28.

Martins JT, Robazzi MLCC, Bobroff MCC. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. Rev Esc Enferm. 2016;44(4):1107-11.

Girondi JBR, Gelbcke FL. Percepção do enfermeiro sobre os efeitos do trabalho noturno em sua vida. Rev Enfermagem em Foco. 2011;2(3):191-4.

Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Zeitoune RCG, Tavares JP. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda-controle. Acta Paul Enferm. 2010;23(6):811-7.

Costa IMAR.Trabalho por turnos, saúde e capacidade para o trabalho dos enfermeiros. Dissertação (Mestrado em Saúde Ocupacional) - Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Coimbra, 2009.

Aozane F, Cigana DJ, Benetti ERR, Herr GEG, Kolankiewicz ACB, Pizolotto MF. Percepções de enfermeiros de um hospital privado sobre eventos adversos na assistência de enfermagem. Rev Enferm UFPE. 2016;10(2):379-86.

Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Malfussi HFC. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. Rev Latino-Am Enferm. 2014;22(5):755-63.

Costa DB. Cultura de segurança do paciente sob a ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2014.

Misiak M. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de uma instituição cardiovascular. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Silva CDL, Pinto WM. Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem. Saúde Coletiva em Debate. 2012;2(1):62-9.

Cruz EDA. Desafios na pesquisa em segurança do paciente. Cogitare Enferm**.** 2016;21(5):1-2.

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 2008;24(1):17-7.

Lisboa MTL, Souza NVDO, Santos DM, Fernandes MC, Ferreira REDS. O trabalho noturno e suas repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem. Rev Enferm. 2010:18(3):478-83.

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

105.TRABALHO, PRAZER E SOFRIMENTO DE PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PORTO ALEGRE

TRABAJO, PLACER Y DOLOR DE PROFESIONALES DE EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA EN PORTO ALEGRE

WORK, PLEASURE AND SUFFERING OF PROFESSIONALS OF FAMILY HEALTH TEAMS IN PORTO ALEGRE

GLANZNER, Cecília Helena [1]; DAL PAI, Daiane [2];TAVARES, Juliana Petri [3]

Introdução: A Saúde da Família (SF) configura-se em uma estratégia de reorie[1]ntação do modelo assistencial que busca melhor compreensão do processo saúde-doença e a assistência integral e continuada com foco nas famílias de uma área adscrita. Caracteriza-se, ainda, como trabalho complexo, exigindo, dos profissionais, uma construção coletiva. Considerando as características do trabalho SF para a saúde dos profissionais é que se identifica a potencialidade do Referencial da Psicodinâmica do Trabalho (PDT) para a avaliação do trabalho, vivências de prazer e sofrimento no trabalho[1,2]. **Objetivos:** O objetivo desta pesquisa foi avaliar a organização do trabalho, prazer, sofrimento e as estratégias de mediação do sofrimento dos profissionais de equipes de SF em Porto Alegre. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de método misto, com abordagem quantitativa e qualitativa, que teve como referencial teórico-metodológico a PDT[2]. A etapa quantitativa é denominada pela PDT como uma pré-pesquisa, por ter seu foco na busca de uma noção mais generalizada sobre o contexto do trabalho e a relação entre o prazer e o sofrimento. E, a etapa seguinte - qualitativa - destina-se ao aprofundamento das questões subjetivas[2]. A etapa quantitativa caracterizou-se pelo delineamento transversal e descritivo, realizado com profissionais que atuavam em 12 Unidades de Saúde de Porto Alegre. Foi utilizado o Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento Relacionado ao Trabalho – Itra, que é constituído de quatro escalas: Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), Escala de Custo Humano do Trabalho (ECTH), Escala de Indicadores de Prazer-sofrimento no Trabalho (EIPST), Escala de avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT). Foram incluídos todos os profissionais que estavam trabalhando no período da coleta de dados, há no mínimo seis meses. Foram excluídos os trabalhadores que estavam em férias, licença saúde, maternidade e/ou licença prêmio e com vínculo com empresas terceirizadas. O cálculo amostral considerou um coeficiente de correlação maior ou igual a 0,3 entre as dimensões da escala com um poder de 95% em nível de significância 0,5, perfazendo um total de 139 trabalhadores de equipes de SF. O instrumento de coleta dos dados foi distribuído para toda população do estudo (N=253), sendo a amostra final composta por 153 instrumentos válidos. A coleta de dados quantitativos foi realizada entre os meses de setembro a novembro de 2011. Os dados foram analisados com auxílio do *Software Package for the Social Science*. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas, e as contínuas por medidas de tendência central e dispersão. Foi realizado o teste de Kolmogorov-

1 Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cecilia.glanzner@ufrgs.br
2 Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
3 Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Smirnov para testar a hipótese de normalidade na da distribuição dos dados. Para avaliar a correlação entre as variáveis foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson. Fez-se ainda o Coeficiente de Alpha de Cronbach, com vistas ao estabelecimento da consistência interna. A partir da análise dos dados relativos aos profissionais da etapa quantitativa, foram selecionadas as US para participar da etapa qualitativa, tendo como critério a análise fatorial de correspondência da escala, sendo selecionadas: a US que na etapa quantitativa apresentou o menor risco de adoecimento relacionado ao trabalho; a US com o resultado moderado, e a US com o maior risco de adoecimento relacionado ao trabalho. A etapa qualitativa caracterizou-se como descritiva, analítica e incluiu todos os profissionais das três US (denominadas pelas letras A, B e C) totalizando 68 profissionais, dentre eles enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, dentistas, psicólogos, técnicos em saúde bucal, assistente social. As informações foram coletadas a partir de observação de campo e entrevistas coletivas. Foram realizadas vinte horas de observação em cada US, totalizando sessenta horas de observação que foram registradas em um diário de campo. No método da PDT, a observação clínica é essencial e deve ser fundamentada nos discursos dos participantes da sessão[3] e foi realizada previamente às entrevistas coletivas. A coleta de informações foi realizada nos meses de outubro a dezembro de 2012. As entrevistas coletivas foram divididas em dois momentos — apresentação dos resultados quantitativos e entrevista coletiva. Desse modo, a entrevista coletiva permitiu que os profissionais entrevistados falassem livremente sobre o tema proposto, conforme as seguintes questões norteadoras: fale sobre o seu trabalho na SF; fale sobre os fatores que causam prazer em seu trabalho; e fale sobre situações que lhe causam sofrimento no trabalho. Como lida com isso? Os encontros tiveram duração de duas horas em cada US. As entrevistas coletivas foram identificadas com as letras EC para entrevista coletiva, acrescida do número conforme a Unidade de saúde e, letras A, B, C sucessivamente para diferenciar os profissionais, EC1-A. A análise das informações foi realizada utilizando-se o método de análise de conteúdo após a transcrição das entrevistas na íntegra e da organização das anotações de campo e foi constituída de três passos fundamentais: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação[4]. Os dados foram discutidos à luz do referencial da PDT. Foram seguidos os preceitos éticos da Resolução 466/20128, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob parecer número 11-140. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Os profissionais das equipes de SF eram em sua maioria do sexo feminino (n=121; 79,6%), com média de idade de 43(DP= 10,76) anos, casado (n=73; 48,3%), da categoria profissional de auxiliar de enfermagem (n=39; 26,2%) e possuíam pós-graduação 50%(n=76). Em relação ao exame médico periódico, 6,6%(n=10) dos profissionais não realizaram no último ano, e 6%(n=9) tiveram mais de três afastamentos no ano por problemas de saúde relacionados ao trabalho.O Itra avaliou que o contexto de trabalho das equipes de SF apresenta moderado risco de adoecimento relacionado ao trabalho quanto à organização (média 3,32±0,61), condições (média 3,03±0,85) e relações socioprofissionais (média 2,58±0,62) no trabalho. Quanto ao custo humano de trabalho, os custos físicos (média 2,72±0,85) e afetivos (média 2,66±0,78) foram avaliados como críticos, e o cognitivo (média 3,77±0,72) como grave risco de adoecimento relacionado ao trabalho. As vivências de prazer, com os indicadores realização profissional (média 4,21±1,3) e liberdade de expressão (média 4,21±1,17), foram consideradas satisfatórias, enquanto que as de sofrimento e falta de reconhecimento (média 1,80±1,51) foram igualmente avaliadas como satisfatórias. O indicador de sofrimento esgotamento

profissional (média 3,33±1,44) foi avaliado como crítico. Os três fatores da escala de danos relacionados ao trabalho, físico (média 2,33±1,44), psicológico (média 1,37±1,4) e social (média 0,70±1,32) foram considerados suportáveis. Da análise qualitativa emergiram três temas: prazer, sofrimento e estratégias de enfrentamento do sofrimento. Os profissionais avaliam a autonomia, a criatividade e trabalho em equipe com fontes de prazer na organização do seu trabalho. O sofrimento é percebido nas exigências do trabalho, condições da estrutura física e a complexidade do trabalho realizado pelas equipes de SF; referem, ainda, que utilizam estratégias de enfrentamento do sofrimento como o compartilhamento do trabalho e estratégias individuais. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que o estudo destaca a importância e a necessidade de os profissionais disporem de espaços de fala e escuta para discutirem e refletirem sobre a organização do seu trabalho, dando potência à subjetividade do trabalho, ou seja, entendendo-o realizado por pessoas com identidade, com história; pessoas que não são somente instrumentos, mas os produzem na relação com características prazerosas para alcance do seu fim, no caso a promoção da saúde. Considera-se que produzir espaços para produção/reflexão do trabalho é ferramenta necessária, a qual contribuirá para a saúde dos profissionais da saúde, auxiliando a compreensão sobre o sofrimento que antecede a formação de sintomas e doenças relacionadas ao trabalho.

DESCRITORES: Saúde do Trabalhador; Enfermagem; Avaliação em saúde; Saúde da Família.

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

Referências:

1. Dejours C, Barros JDO, Lancman S. A centralidade do trabalho para a construção da saúde. Rev Ter Ocup Univ [Internet]. 2016 maio/ago.;27(2):228-35. Available from: http://revistas.usp.br/rto/article/viewFile/119227/116632

2. Mendes AM. Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas. 1ª Ed. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo, 2007.

3. Dejours C. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, Paralelo 15, 2004. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/39.pdf

4. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012;17(3):621-626. Available from: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a07

106.TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV E SÍFILIS: INDICADORES DE SAÚDE E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

VERTICAL TRANSMISSION OF HIV AND SYPHILIS: HEALTH INDICATORS AND PREVENTION STRATEGIES

LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH Y SÍFILIS: INDICADORES DE SALUD Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

BARRETO, Camila Nunes[1]; CREMONESE, Luiza[2]; LANGENDORF, Tassiane Ferreira[3], KLEINUBING, Raquel Einloft[4]; FERREIRA, Tamiris[5]; PAULA, Cristiane Cardoso De[6];

Resumo

Introdução: a transmissão vertical (TV) do HIV e da Sífilis são desafios para saúde pública, uma vez que o quantitativo de infecção apresenta-se elevado, em especial, no Rio Grande do Sul (RS). **Objetivo**: analisar os indicadores de saúde preconizados para o monitoramento de TV de HIV e Sífilis no RS. Assim, destacará as estratégias para redução destes indicadores. **Metodologia**: estudo descritivo, a fonte de dados são informes e boletins epidemiológicos, sistemas de informação em saúde e plano estadual de saúde. **Resultados**: percebe-se uma diminuição dos casos novos aids em menores de 5 anos, devido as medidas de profilaxia. Quanto à sífilis congênita, visualiza-se o aumento no quantitativo, a partir do obrigatoriedade das notificações e da ampliação da testagem rápida.**Conclusões:** as estratégias para redução foram a criação de comitês, de uma linha de cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/ISTs, ações de educação permanente e o estímulo ao uso de protocolos.

DESCRITORES: Transmissão Vertical de Doença Infecciosa; HIV; Sífilis; Prevenção e Controle

Abstract

Introduction: vertical transmission (VT) of HIV and Syphilis are challenges to Public Health, since the amount of infection is high, especially in Rio Grande do Sul (RS). **Objective**: to analyze the

[1] Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Coordenadora Regional de IST/AIDS - Secretaria Estadual de Saúde, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil - Ulbra Cachoeira do Sul. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado às pessoas família e sociedade (PEFAS-UFSM/RS)
camilabarreto_6@msn.com

[2] Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado às pessoas família e sociedade (PEFAS-UFSM/RS)

[3] Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Pós-Doutorado em Andamento pelo Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado às pessoas família e sociedade (PEFAS-UFSM/RS)

[4] Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado às pessoas família e sociedade (PEFAS-UFSM/RS)

[5] Enfermeira, Graduada em Enfermagem. Mestranda do Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado às pessoas família e sociedade (PEFAS-UFSM/RS)

[6] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM/RS. Docente do PPGEnf da UFSM. Realiza a Liderança compartilhada do Grupo de Pesquisa Cuidado às pessoas família e sociedade (PEFAS-UFSM/RS)

recommended health indicators for the monitoring of VT of HIV and Syphilis in RS. Thus, it will highlight strategies for reducing these indicators. **Methodology:** descriptive study, the data source are reports and epidemiological bulletins, health information systems and state health plan. **Results**: there is a decrease in new AIDS cases in children under 5 years due to prophylaxis measures. As for congenital syphilis, it is possible to see the increase in the quantity, due to the obligatory nature of the notifications and the expansion of the rapid test. **Conclusions:** the strategies for reduction were the creation of committees, a line of care for People Living with HIV/ISTIs, permanent education actions and the encouragement of the use of protocols.

DESCRIPTORS: Infectious Disease Transmission Vertical, HIV, Syphilis, Prevention & Control

Resumen

Introducción: la transmisión vertical (TV) del VIH y Sífilis es un desafío de salud pública, una vez que el cuantitativo de la infección se presenta alto, en especial, en el Rio Grande do Sul (RS). **Objetivo**: analisar los indicadores de salud preconizados para el monitoreo de TV del VIH y Sífilis en el RS. Así, destacará las estrategias para reducir estos indicadores. **Metodología**: estudo descritivo, la fuente de datos son los informes y boletines epidemiológicos, los sistemas de información en salud y el plano estadual de salud. **Resultados**: percebe-se una disminución de los casos nuevos de SIDA en menores de 5 años, debido a medidas de profilaxia. Quanto à sífilis congénita, se visualiza un aumento en el cuantitativo, a partir de la obligatoriedad de las notificaciones y la ampliación de la prueba rápida. **Conclusiones**: las estrategias para la reducción fueran la creación de comitentes, de una línea de atención a las personas Viviendo con VIH / ISTs, acciones de educación permanente y el estímulo para el uso de protocolos.

DESCRIPTORES: Transmisión Vertical de Enfermedad Infecciosa; VIH; Sífilis; Prevención & Control

Introdução

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Sífilis podem ser transmitidos verticalmente, de mãe para filho. A transmissão do HIV pode ocorrer durante a gestação, parto ou na amamentação. Caso, não seja iniciada uma profilaxia para minimização do risco de infecção, a possibilidade que aconteça é de 25% a 30%. Ao aplicar as medidas preconizadas, os níveis são inferiores a 2%. Quanto à sífilis, a transmissão pode acontecer na gestação. Quando a mulher não é tratada adequadamente, a chance de infecção é de 70% a 100% nos estágios primários e secundários da doença.[1]

O Ministério da Saúde, em 2015, publicou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais com condutas atualizadas e embasadas cientificamente para orientar as precauções e os tratamentos referentes a estas infecções, especificamente, para população gestante.[2] As notificações de agravos em saúde, são instrumentos essenciais para acompanhamento dos casos, do uso das profilaxias e/ou tratamento adequado realizado pelos profissionais. Conforme a Portaria nº 1.271/2014 são obrigatórias as seguintes notificações no caso de sífilis adquirida, sífilis em gestante, sífilis congênita, hepatites

virais B e C, aids, infecção pelo HIV, infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV. [3]

A Linha de cuidado para pessoas vivendo com HIV e outras ISTs estabelecida pelo Estado, define algumas condutas para atenção integral no atendimento à gestante e à criança exposta nos serviços de atenção primária à saúde (APS, seja Unidade Básica de Saúde ou Estratégia Saúde da Família), serviço de atenção especializada (SAE) e maternidade. No pré-natal, a gestante pode iniciar a profilaxia para prevenção da transmissão vertical, a fim de diminuir a carga viral e aumentar o CD4. Ao aderir ao tratamento em tempo hábil, estima-se no momento do parto, a carga viral indetectável. As maternidades devem oferecer o teste rápido (TR) para diagnóstico de HIV e o VDRL às parturientes e nas internações por abortamento.[4]

Às parturientes com sorologia positiva para HIV e em trabalho de parto, cabe realizar medidas de prevenção da transmissão vertical, como o uso de Zidovudina injetável; manejo obstétrico adequado no trabalho de parto; uso de inibidor de lactação; uso de Zidovudina xarope, e Nevirapina,se necessário, no RN nas primeiras horas de vida. A criança exposta deve ter seu atendimento compartilhado entre APS e SAE, para realização de puericultura, seguimento clínico do HIV e demais cuidados visando a integralidade do atendimento. O SAE deve acompanhar o caso até a confirmação diagnóstica, caso negativo o serviço de APS reassume o caso em sua integralidade; nos casos de resultado positivo para HIV o cuidado, tanto da criança como do adolescente, deve ser compartilhado entre APS e SAE.[4]

Quanto a Sífilis, a APS dispõe de função essencial para seu controle devendo garantir o acolhimento, oferta de diagnóstico e tratamento em tempo oportuno com a aplicação da penicilina, regulamentada pela Portaria Ministerial 3161/2011 e Parecer 003/2013/COFEN/CTAS. A medida mais eficaz para o controle da sífilis consiste na atenção pré-natal qualificada com garantia de testagem a todas gestantes e parceiros durante o primeiro e terceiro trimestre da gestação e no momento da admissão para o parto. Lembrando que o início do tratamento deve ser considerado mesmo antes do resultado do VDRL/titulação (avaliar tratamento anterior, período da gestação, etc.). A testagem e o tratamento do(s) parceiro(s) é outra importante estratégia para controle da infecção em mulheres e gestantes .[4]

O indicador de saúde elencado para avaliar a taxa de transmissão vertical do HIV é o número de casos novos de aids em menores de cinco anos, e o de sífilis congênita diz respeito ao número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano. O Estado do Rio Grande do Sul, por meio da Resolução CIB/RS nº 031/17, aprovou a pactuação Interfederativa de Indicadores e Metas Estaduais referente aos anos de 2017-2021, a qual contemplou estes dois indicadores.[5]

O monitoramento da série histórica destes indicadores e a atualização semanal dos dados está disponível no Portal BI, sendo uma ferramenta criada pelo estado para acompanhamento dos indicadores e dados relevantes nos diferentes programas e políticas públicas de saúde. O acesso ao site é disponibilizado ao público (bi.saude.rs.gov.br, na opção gestão Municipal). Os dados disponíveis são provenientes dos Sistemas de Informação em Saúde, do Ministério da Saúde, como SINAN, SIM, SINASC, SISCEL, entre outros. [5]

Reforça-se a necessidade reduzir as taxas de transmissão vertical de HIV e Sífilis. Nesta direção, é importante que os profissionais de saúde, gestores e pesquisadores da área tenham acesso e conhecimento de informações atualizadas sobre o tema, e possam compreender a magnitude da

problemática em cada localidade. Ao analisar a situação epidemiológica, os diferentes atores deste processo devem buscar subsídios para o planejamento e monitoramento das intervenções a serem realizadas.[6]

O RS possui uma taxa de detecção de aids superior ao país, apresentando elevados números. Quanto à sífilis, observa-se também uma elevação do número de casos, reforçada pelas estratégias para qualificação da coleta de dados e das notificações obrigatórias[7], justifica-se este trabalho devido a importância do tema proposto, e os números elevados em nível estadual.

Com base nestas informações, o presente trabalho visa analisar os indicadores de saúde preconizados para o monitoramento de transmissão vertical de HIV e Sífilis no Estado do Rio Grande do Sul. Também, destacar as principais estratégias utilizadas para redução destes indicadores.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, a fonte de busca de dados é baseada em informes epidemiológicos, boletins epidemiológicos, sistemas de informação em saúde e plano estadual de saúde 2016-2019 do Estado do Rio Grande do Sul, realizado no período de março de 2017. A população do Rio Grande do Sul (RS) estimada pelo IBGE para o ano de 2015 é de 11.247.972, a população urbana é de 85,1% e a população rural é de 14,9%.[8] O Estado possui 30 Regiões de Saúde, sendo base para o planejamento em saúde. As Coordenadorias Regionais de Saúde são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, tendo por finalidade apoiar tecnicamente os municípios e regionais de saúde, totalizando 19 coordenadorias de saúde. Estas formam sete Macrorregiões de Saúde, as quais visam garantir uma organização da oferta de ações e serviços de saúde, nos diferentes níveis de complexidade.[8]

Resultados e discussão

A seguir apresenta-se a série histórica de 2011 a 2016 de número de casos novos de Aids em menores de 5 anos e número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano, conforme Resolução nº 031/17[5], a qual define os indicadores de saúde pactuados:

Indicador	Unidade	Série Histórica					
Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	Número absoluto	2011 51	2012 58	2013 41*	2014 56*	2015 45*	2016 38*
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	Número absoluto	611	769	980*	1.175*	1.669*	1.832*

Fonte: Dados da série histórica foram extraídos do Portal BI Gestão Municipal em 06/03/2017, dados preliminares*

Observa-se uma redução na série histórica do número de casos novos de aids em menores de cinco anos. No período de 1982 e 2014, foram notificados 1939 casos no estado. A taxa de detecção de casos novos, no ano de 2014, foi de 7,2/1000 nascidos vivos no estado e 2,8/1000 nascidos vivos no país.[7] Tendo uma diminuição histórica deste indicador no RS, devido as medidas de profilaxia para transmissão vertical e seu monitoramento.

O Estado do Rio Grande do Sul, no período de 2010 a Junho 2015, notificou 16.704 casos de gestantes infectadas pelo HIV, correspondendo a 18,1% do total de casos do Brasil. A taxa de detecção de HIV em gestantes, no ano de 2014, foi de 8,8/1000 nascidos vivos comparado com o resultado do país, de 2,6/1000 nascidos vivos, observa-se uma taxa, em torno de 3,4 vezes maior. A capital do estado, Porto Alegre, é a capital brasileira com maior taxa de detecção do país, de 19,6/1000 nascidos vivos.[7]

A epidemia do HIV aumenta entre as mulheres, o que demonstra a feminização da infecção, sendo a faixa etária reprodutiva a mais atingida, logo influencia diretamente nas taxas de transmissão vertical.[9] Num estudo realizado, em Porto Alegre, associou-se a detecção de maiores taxas de infecção pelo HIV em gestantes nas áreas com precárias condições socioeconômicas e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Nos locais, em que a APS realizava a cobertura do território foram observados a maior adesão aos cuidados preconizados.[10]

Há uma redução dos coeficientes de transmissão vertical no país, apesar da taxa de detecção em gestante ter aumentado. A modificação da epidemia é reflexo da prevenção e controle da infecção, da adesão as profilaxias recomendadas e do manejo de infecções oportunistas.[11] É possível perceber transformações como o aumento da sobrevida em função do acesso as medicações e cuidados.[12] Destaca-se a alta adesão a terapia antirretroviral no Brasil, sendo associada ao acesso universal e gratuito às medicações, e como consequência há uma diminuição significativa de infecções oportunistas, internações hospitalares e óbitos.[13]

Os dados demonstram o aumento do número de casos de sífilis congênita. Ressalta-se que a partir da implantação da Rede Cegonha, houve considerável aumento na oferta de testes rápidos de HIV e sífilis, o que implicou o aumento do diagnóstico ao longo dos anos no país, estados e municípios.[1] Também no estado do Rio Grande do Sul, há a orientação da Nota Técnica nª 02/2015 - DAS/RS, que determina a realização de testagem rápida de HIV e exame para sífilis em 100% das gestantes e parturientes, bem como em todas as internações e procedimentos ambulatoriais por abortamento, independente de internação pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sistema privado ou outros convênios.[14]

O número de casos de sífilis em gestantes foram de 6.584 casos, de 2010 a Junho de 2015. A taxa de detecção de sífilis em gestantes do estado foi 9,4/1000 nascidos vivos e do Brasil, 7,3/1000 nascidos vivos. Quanto ao número de casos de sífilis congênita em menores de um ano, no mesmo período, foram de 4.797 no RS. A taxa de detecção do estado supera o país sendo de 7/1000 nascidos vivos em 2013. [7]

Outro fator determinante, refere-se a qualidade do pré-natal, ainda insuficiente, para garantir o controle da sífilis congênita com a detecção precoce e tratamento adequado preconizado pelo Ministério da Saúde. São considerados fatores determinantes para diminuição deste indicador, a captação precoce das gestantes, oferta de condutas e exames preconizados, garantia de tratamento oportuno e adequado, inclusive para os parceiros, e o acolhimento integral da mulher com o reconhecimento de suas reais necessidades.[15]

Em consonância a estas estratégias, ressalta-se a necessidade de ampliar a atenção à saúde para atenção ao casal, desfocalizando a visão unilateral, construída historicamente, de priorizar a mulher nos cuidados que envolvem a gestação e nas possíveis intercorrências. Ao considerar o casal, oportuniza-se compartilhar os cuidados de saúde decorrentes da infecção pelo HIV, como a adesão a profilaxia e/ou tratamento recomendado.[16]

O enfermeiro possui papel imprescindível nas ações de promoção à saúde, as quais devem ser desenvolvidas para garantia de um cuidado integral na atenção básica. É indispensável que o mesmo tenha conhecimento sobre detecção, diagnóstico e tratamento de sífilis, para embasar suas ações e estratégias no combate à infecção. Ademais, uma vez que o alto número de sífilis congênita, evidencia-se a atenção por parte dos gestores municipais é um marcador de qualidade da assistência pré-natal.[17]

Ainda, a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil (2016), reforça as ações voltadas à educação permanente em saúde. Um dos exemplos é o Telessaúde/RS, uma ferramenta online e via telefone para ampliação de conhecimento, contém o passo a passo dos fluxogramas do estado do RS, permite o esclarecimento de dúvidas e a sensibilização dos profissionais quanto ao tema e condutas recomendadas. A agenda aponta outras propostas, como realização de oficinas, discussões de casos, disponibilização de cursos EAD, ou seja, a aproximação e compreensão desta infecção para atuação na prática profissional.[18]

Conforme estudo, a falta de qualificação profissional compromete a atenção prestada para profilaxia de transmissão vertical, sendo essencial o investimento em ações de educação permanente para garantia de um cuidado integral. Além de oferecer as testagens e profilaxias, são essenciais ações de educação em saúde para sensibilização e acesso à informação da comunidade. [19]

Também, estratégias como estudos científicos para estimar a prevalência de HIV e sífilis em parturientes com base nas macrorregiões de saúde do estudo, incentivar o uso do preservativo feminino, disponibilizar frascos de penicilina benzatina aos municípios. Ampliar a oferta e o acesso ao diagnóstico oportuno para gestantes, parceiros e população em geral: cobertura atual de 66,6% do Estado.

Neste contexto, os gestores e profissionais de saúde devem alinhar-se a fim de produzir instrumentos para mudança deste panorama, por meio de uma atuação multiprofissional e articulada nas redes de atenção à saúde. Dentre as estratégias elencadas pela coordenação estadual de IST/AIDS estão: a implementação de 12 comitês regionais e 20 comitês municipais de investigação de transmissão vertical de HIV e Sífilis, disponibilizar guia prático para as maternidades com ênfase nas profilaxias, monitorar o tratamento de gestantes diagnosticadas com sífilis e parceiros.

A criação dos comitês estaduais e municipais permitem localizar as principais falhas na assistência e propor soluções, a partir de protocolo de investigação pré-estabelecido. São de natureza intrainstitucionais, interinstitucional, multiprofissional, que objetivam analisar os agravos evitáveis e apontar medidas de intervenção loco regionais. Estes podem contribuir na melhoria do acesso as informações, reorganização do processo de trabalho, permitindo avaliar a atenção pré-natal, parto e puerpério relacionados a transmissão vertical de HIV e Sífilis. [1]

O reconhecimento do território em que as pessoas vivem e se relacionam, e os dados epidemiológicos são ferramentas essenciais para qualificação da atenção para minimização dos indicadores de transmissão vertical de HIV e Sífilis. Todos os serviços de saúde e distintos atores envolvidos devem contribuir, a APS, os serviços especializados, bem como as Organizações da Sociedade Civil.[4]

Considerações Finais

Ao final do estudo visualiza-se o reflexo da ampliação do diagnóstico de HIV e Sífilis no pré-natal, e parto, impulsionadas com a criação da Rede Cegonha e a partir recomendações do estado do Rio Grande do Sul. A transmissão vertical do HIV apresenta diminuição de casos, devido as medidas de profilaxia no pré-natal, trabalho de parto, parto e no acompanhamento da criança exposta. Reforça-se que o diagnóstico precoce no pré-natal é fator positivo na diminuição dos riscos, assim como as medidas eficazes implementadas nas maternidades.

Quanto à sífilis congênita, observa-se o aumento dos casos, e principalmente, a partir do incentivo as notificações deste agravo em saúde. Uma fragilidade apontada, diz respeito ao diagnóstico e tratamento do parceiro, devido a baixa adesão e possível reinfecção da gestante. Neste sentido, é essencial incentivar a adesão do(s) parceiro(s) nos cuidados para redução deste indicador.

O comitês de investigação de transmissão vertical de HIV e Sífilis permitem a reflexão sobre a prática e uma análise minuciosa dos caminhos percorridos pela gestante na rede de atenção à saúde e os cuidados ofertados. Possibilita-se um espaço de avaliação do pré-natal, parto e nascimento, puerpério e consulta de puericultura a fim de identificar impasses e possíveis intervenções para qualificação do cuidado.

A Linha de Cuidado às Pessoas Vivendo com HIV e outras ISTs do Estado do Rio Grande do Sul, necessita ser divulgada, bem como os distintos instrumentos epidemiológicos fornecidos para alicerçar a prática profissional com evidências fortes e que caracterizem a situação epidemiológica do estado, região de saúde ou município. O conhecimento da magnitude da transmissão vertical permite a efetivação das estratégias recomendadas para diminuição/eliminação dos casos de HIV e Sífilis via transmissão vertical. As estratégias para redução da transmissão vertical corroboram com os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, sendo possível impactar positivamente na redução da mortalidade infantil e no combate a AIDS, a malária e outras doenças.

Por fim, as ações de educação permanente são essenciais para qualificação da atenção prestada, sendo importante o reconhecimento das condutas preconizadas e as evidências atuais para realização das profilaxias. O profissional de saúde, ao atuar, de maneira integral, na atenção às

pessoas vivendo com HIV e outras ISTs deve ofertar uma atenção nos diferentes pontos de densidades tecnológicas, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1.Ministério da Saúde (BR). Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2014.

2.Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2015.

3.BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2014 jun. 9; Seção 1. p. 67-9.

4.Secretaria Estadual de Saúde (RS). Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e outras DST. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; 2014.

5.Secretaria Estadual de Saúde (RS). Resolução CIB/RS nº031/2017 - aprova a pactuação interfederativa de indicadores e metas estaduais para os anos de 2017 a 2012. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; 2017.

6.Carvalho IS, Brito RS. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. Epidemiol Serv Saúde. 2014; 23(2): 287-294.

7.Secretaria Estadual de Saúde (RS). Boletim Epidemiológico HIV/aids e Sífilis. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; 2015.

8.Secretaria Estadual de Saúde (RS). Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; 2016.

9.Vieira ACBC, Miranda ES, Vargas PRM, Maciel ELN. Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico, Vitória, ES. Rev Saúde Pública. 2011; 45(4): 644-51.

10.Barcellos C, Acosta LMW, Lisboa E, Bastos FI . Surveillance of mother-to-child HIV transmission: socioeconomic and health care coverage indicators. Rev Saúde Pública. 2009; 43(6):1006-14.

11. Bubadué RM, Paula CC, Carnevale F, Marín SCO, Brum CN, Padoin SMM. Vulnerabilidade ao adoecimento de crianças com hiv/aids em transição da infância para a adolescência. Esc Anna Nery. 2013; 17(4): 705-12.

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

12. Melo MC, Ferraz RO, Nascimento JL, Donaliso MR. Incidência e mortalidade por AIDS em crianças e adolescentes: desafios na região sul do Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2016; 21(12): 3889-98.

13. Trombini ES, Schermann LB. Prevalência e fatores associados à adesão de crianças na terapia antirretroviral em três centros urbanos do sul do Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2010; 15(2): 419-425.

14. Secretaria Estadual de Saúde (RS). Nota Técnica 02/2015. Realização de testagem rápida de HIV e VDRL em 100% das gestantes e parturientes, bem como em todas as internações e procedimentos ambulatoriais por abortamento, independente de interna- ção pelo Sistema Único de Saúde, sistema privado ou outros convênios. Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; 2015.

15. Magalhães DMS, Kawaguchi, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cad Saúde Pública. 2013; 29(6):1109-1120.

16. Langendorf TF, Padoin SMM, Paula CC, Souza IEO. Compreensão do vivido do ser-casal diante da profilaxia da transmissão vertical do HIV. Rev Gaúcha Enferm**.** 2015; 36(spe): 70-76.

17. Sousa DMN, Costa CC da, Chagas ACMA, Oliveira LL, Oría MOB, Damasceno AKC. Sífilis Congênita: reflexões sobre um agravo sem controle na saúde mãe e filho. Rev enferm UFPE on line. 2013; 8(1):160-5.

18. Ministério da Saúde (BR). Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2016.

19. Langendorf TF, Padoin SMM, Paula CC, Silva CB. Vulnerabilidade na adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV. 2012;17(4):758-66.

107.TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: TENDÊNCIA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA ENFERMAGEM

VERTICAL TRANSMISSION OF HIV: TREND OF SCIENTIFIC PRODUCTION IN NURSING

TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH: TENDENCIA DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN LA ENFERMERÍA

QUADROS, Jacqueline Silveira de[1]; HAUSEN, Camila Freitas[2] ; PADOIN, Stela Maris de Mello[3]; SOUZA, Lidiane Carvalho de[4]; LANGENDORF, Tassiane Ferreira[5]

Introdução: dentre as modificações no perfil epidemiológico das pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), destaca-se o aumento do número de casos notificados entre mulheres em idade fértil, podendo ter como implicação a transmissão vertical (TV) do HIV. No Brasil, durante o período de 2000 à 2016, foram notificadas 99.804 gestantes com HIV. Em 2006 a taxa de notificação foi de 2,1 casos/mil nascidos vivos, passando para 2,7 em 2015, observando um aumento de 28,6%[1]. Diante do quadro epidemiológico houve uma nova e expressiva demanda para os serviços de saúde, o que refletindo na necessidade de profissionais de saúde aprofundarem o conhecimento sobre a temática e evidenciar possíveis lacunas teóricas. **Objetivo:** analisar a tendência da produção científica de dissertações e teses produzidas nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem brasileira sobre a temática transmissão vertical do HIV. **Metodologia:** trata-se de uma revisão narrativa da literatura. A fim de sistematizar o estudo foi elaborada a seguinte questão orientadora: "O que tem sido produzido nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem referente à temática transmissão vertical do HIV"? Após, definiram-se os critérios de inclusão: dissertação ou tese da área de concentração da Enfermagem na temática; com Resumo na íntegra disponível em suporte eletrônico. Como critérios de exclusão: teses e dissertações que não respondessem a questão de pesquisa. A busca pelas publicações científicas foi realizada nos Catálogos do Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn), da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), em junho de 2015, com a palavra: "Transmissão Vertical". A partir da busca, foram localizadas 37 produções, as quais foram submetidas à leitura dos títulos e Resumos, sendo selecionadas 14 produções que compuseram o corpus do estudo. Para a extração dos dados foi utilizada uma ficha de análise documental, constituída pelas seguintes variáveis: referência, tipo (dissertação ou tese/ano), instituição de ensino superior, título, objetivo, população, cenário, abordagem, principais resultados, e tendência do estudo. Emergiram três categorias de tendência, sendo elas: **prevenção**, definida como ações de prevenção da transmissão vertical do HIV, promoção da saúde e educação em saúde, identificada a partir das palavras prevenção, ações em saúde e práticas. **Assistência**, definida como protocolos, tratamentos, intervenções efeitos e controles, identificada pelas palavras assistência, acompanhamento, tratamento e cuidados.

[1]Enfermeira Obstétrica. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Profª no Departamento de Enfermagem na UFSM.

[2]Acadêmica de Enfermagem na UFSM. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq. E-mail: camilafht_@hotmail.com

[3]Enfª Drª Profª Associada no Departamento de Enfermagem na UFSM.

[4]Acadêmica de Enfermagem na UFSM.

[5]Enfª Drª Profª no Departamento de Enfermagem da UFSM.

Vigilância, definida como notificações e sistemas de informação de saúde, identificada por meio das palavras notificação e informações. **Resultados e discussão:** das 14 produções selecionadas, 78,5% (11) corresponderam a dissertações, e 21,4% (3) a teses. Verificou-se que a região brasileira de procedência dessas produções com maior destaque foi a Sudeste, com nove publicações (64,2%), seguida da região Nordeste com três produções (21,4%) e a região Sul com apenas uma produção (7,1%). Quanto ao ano de publicação dos estudos, o período foi de 2001 a 2013, o ano em que foi encontrado maior número de produções foi 2005, com 21,4% das teses e dissertações. Quanto ao tipo de abordagem metodológica, oito (57,1%) das produções caracterizaram-se como qualitativas; quatro (28,5%) com abordagem mista e dois (14,2%) quantitativas. No que tange à temática das 14 produções, sete tiveram tendência para prevenção (50,0%), seis tendência para assistência (42,8%), e uma tendência para vigilância (7,1%). As temáticas abordadas na tendência para prevenção foram: reconhecimento e abordagem da transmissão vertical pelos profissionais de saúde; ações educativas preventivas sobre a transmissão vertical; valorização do diálogo, escuta ativa da gestante soropositiva como sujeito com direitos; constituição e planejamento de espaços de discussões sobre a temática com ênfase nos aspectos preventivos; capacitação dos profissionais para o cuidado às gestantes soropositivas e sua família durante o acompanhamento pré-natal. Destaca-se a importância do diálogo e a escuta ativa das dúvidas e vivências durante a gestação, as quais sejam compreendidas e acolhidas pelos profissionais, em especial sobre as condições do tratamento e do cuidado em HIV. No caso das ações de educação em saúde, as quais são consideradas como indispensáveis para o processo de adesão e continuidade do acompanhamento em saúde[2]. As temáticas abordadas na tendência para assistência foram: realização de ações para atender as suas necessidades como ser biopsicossocial; realização de exames e o acompanhamento pré-natal de gestantes soropositivas; importância da prática assistencial do enfermeiro no reconhecimento das necessidades das gestantes soropositivas no que se refere ao seu processo saúde-doença; como as gestantes soropositivas percebem o cuidado profissional que lhes é prestado durante o processo de realização do teste rápido anti-HIV. A assistência de enfermagem, principalmente à gestante soropositiva, deve reconfigurar o olhar direcionado ao usuário, considerando suas necessidades e individualidades como sujeito ativo no processo saúde-doença e para além das necessidades somente biológicas. Especialmente nesse momento da vida da mulher, surgem alguns medos, inseguranças e várias modificações fisiológicas. Torna-se imprescindível, lidar com questões socioculturais, psicoemocionais e éticas imersas neste processo[3]. Já na tendência de vigilância as questões abordadas foram: necessidade de revisão da ficha de notificação, importante instrumento que informa a infecção pelo HIV em crianças. Para que seja possível a realização de cuidados precocemente e de maneira eficaz nessa questão é necessário que se conheça o perfil dos indivíduos infectados, distribuição espacial desses casos, para que então sejam delineadas ações preventivas que visem à redução da transmissão vertical[4]. **Conclusão:** Com o estudo percebe-se que as pesquisas apresentam foco maior no cuidado direto as gestantes soropositivas, evidenciado pelo maior número de produções acerca da prevenção e da assistência. Percebe-se uma carência na produção de estudos que contemplem a vigilância em saúde nessa temática. Diante disso, é possível refletir sobre as possibilidades de desenvolvimento de novas pesquisas em busca de estratégias para atuação do enfermeiro no enfrentamento da epidemia do HIV. Destaca-se a relevância de ampliar o desenvolvimento de pesquisas que contemplem às questões de vigilância, tendo em vista que a mesma contribui para o reconhecimento e perfil dos casos, influenciando

diretamente no cuidado, pois por meio das notificações é possível guiar e qualificar assistência às gestantes. Este estudo também contribuiu para a instrumentalização teórica, vista que uma das atribuições do profissional enfermeiro é desenvolver ações de prevenção de agravos e promoção da saúde e assistência de gestantes soropositivas, além disso, reconhecendo e compreendendo o processo saúde-doença, como sujeito biopsicossocial.

DESCRITORES: Transmissão Vertical de Doença Infecciosa; HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional DST/AIDS. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.

2. Costa, RHS; Silva, RAR; Medeiros, SM. Cuidado de enfermagem diante da prevenção da transmissão vertical do HIV. Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online). 2015; 7(1): 2147-2158.

3. Silva, MS; Moura, MAV; Pereira, MLD. Cotidiano de mulheres após contágio pelo HIV/AIDS: subsídios norteadores da assistência de enfermagem. Texto contexto - enferm. [online]. 2013; 22(2):335-342.

4. Melo, MC. Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes com sida: série histórica de 1985 a 2012. Rev Enferm UFSM. 2013; 3(3): 418-428.

III Seminário Internacional
X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

108.UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: EXPERIÊNCIA OPORTUNIZADA PELA BOLSA ASSISTENCIAL[1]

UNIT OF INTENSIVE PEDIATRIC THERAPY: EXPERIENCE OPPORTUNIZED BY THE ASSISTANCE BAG[1]

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: EXPERIENCIA NUTRIDO LA BOLSA ASSISTENCIAL[1]

GAMA, Dedabrio Marques[1]; SCHIMITH, Maria Denise[2]; FREITAS, Taísa de Paula Paiva[3]; FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva[4]; TIMM, Marcella Simões[5]; MINELLO, Andrieli[6]

Resumo

Introdução: A atuação de enfermagem em unidade de terapia intensiva requer cuidados complexos e preparo dos profissionais de saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência de um acadêmico do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria como bolsista assistencial em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Metodologia**: Trata-se de um relato de experiência como bolsista assistencial em uma Unidade de um hospital universitário do sul do Brasil, no período entre julho de 2016 e março de 2017. Resultados e discussão: Durante a experiência foram desenvolvidas, em conjunto com as enfermeiras, o planejamento e a execução de atividades técnico-assistenciais, administrativas e gerenciais. **Considerações finais**: Evidenciou-se a importância desta experiência para o aprendizado do acadêmico de enfermagem, mediante a atuação na enfermagem em cuidados intensivos pediátricos.

DESCRITORES: Enfermagem; Pediatria; Aprendizagem.

Abstract

Introduction: Nursing in an intensive care unit requires complex care and preparation of health professionals. **Objective:** To report the experience of an undergraduate nursing student at the Federal University of Santa Maria as an assistant fellow in a Pediatric Intensive Care Unit. **Methodology**: This is an account of experience as an assistant fellow in a unit of a university hospital in the south of Brazil, between July 2016 and March 2017. **Results and discussion**: During the experiment were developed, together with the Nurses, planning and execution of technical-assistance, administrative and managerial activities. Final considerations: It was evidenced the importance of this experience for the learning of nursing students, by acting in nursing in pediatric intensive care.

DESCRIPTORS: Nursing; Pediatrics; Learning.

[1] Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM. dedabrio.gama@gmail.com

[2] Enfermeira. Orientadora. Orientadora. Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento do Curso de Enfermagem UFSM. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem CCS/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

[3] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem – PPGEnf/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

[4] Enfermeiro. Mestre em Enfermagem – PPGEnf/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. UFSM.

[5] Enfermeira. Mestre em Enfermagem – PPGEnf/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

[6] Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

Resumen

Introducción: El trabajo de enfermería en la unidad de cuidados intensivos requiere atención compleja y formación de los profesionales de la salud. **Objetivo**: Presentar la experiencia de un curso de graduación de enfermería académica en la Universidad Federal de Santa María como miembro clínico en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. **Metodología**: Se trata de un relato de experiencia como investigador clínico en una unidad de un hospital universitario en el sur de Brasil, entre julio de 2016 y marzo de 2017. **Resultados y discusión**: Durante el experimento se desarrolló en conjunto con la enfermeras, planificación y ejecución de la asistencia técnica, las actividades administrativas y de gestión. **Consideraciones finales**: Era evidente la importancia de esta experiencia para el aprendizaje del estudiante de enfermería, al actuar de enfermería en cuidados intensivos pediátricos.

DESCRIPTORES: Enfermería; Pediatría; Aprendizaje.

Introdução

A rotina de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) requer cuidados importantes devido à gravidade e complexidade dos pacientes. Aliado a isso, os cuidados demandam a necessidade de utilizar equipamentos mais sofisticados, procedimentos complexos, avaliações clínicas frequentes e tomada de decisões rápidas[1].

A enfermagem nos cuidados aos recém-nascidos, lactentes, crianças maiores e adolescentes é definida por meio do diagnóstico e tratamento de respostas humanas aos problemas de saúde. Assim, o trabalho em UTI Pediátrica requer cuidados ainda mais complexos e preparo dos profissionais, devido ao fato de que neste local se encontram crianças em estado grave e com risco iminente de morte[2].

Diversos fatores colocam a criança em situação de risco. Entre as causas que demandam assistência na UTI pediátrica estão as doenças respiratórias, os estados convulsivos, as intoxicações, os acidentes e traumas, provocando, muitas vezes, a parada cardiorrespiratória, que constitui a emergência médica de maior importância na área pediátrica. Além disso, os processos infecciosos e parasitários também constituem as principais causas de ingresso nessas unidades[2].

Neste contexto, a hospitalização é um processo gerador de sofrimento para a criança, pois quando afastada de sua rotina familiar e de seu ambiente conhecido, ela tende a sentir insegurança e novos sentimentos começam a surgir, como o medo[3,4].

Depianti et al. (2014), revelam que as crianças têm problemas para enfrentar o novo. Assim, a criança procura apoio nos pais, os quais nem sempre estão preparados para dar este suporte, já que também se sentem inseguros, fragilizados e nem sempre tem conhecimento deste ambiente diferente, como o hospitalar[5]. Frente ao exposto, ao passar pelo processo de hospitalização, a

criança e sua família devem receber atenção integral que abranja suas necessidades assistenciais, sociais e emocionais[6].

Considerando esses aspectos, emergiu o interesse de experenciar o cuidado em UTI Pediátrica, visando adquirir conhecimentos a partir das ações ações realizadas nesse âmbito. A partir desta construcão, justifica-se a relevância deste relato, haja vista que aproximar-se da atenção à saúde da criança é importante para a fomação do enfermeiro. Assim, o objetivo é relatar a experiência de um acadêmico do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria como bolsista assistencial em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

Metodologia

Trata-se do relato de experiência como bolsista assistencial em uma UTI Pediátrica. O cenário desta experiência é a UTI Pediátrica de um hospital universitário do sul do Brasil. A instituição desde sua fundação, em 1970, atua como hospital-escola, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde.

A UTI Pediátrica possui oito leitos, sendo dois deles leitos de isolamento. Quanto à área física é formada por: *hall* de entrada, um salão onde encontram-se seis leitos, sendo dois leitos de isolamento, espaço destinado para refeições e repouso noturno da equipe, estar médico, posto de preparo de medicações, posto de enfermagem, dois expurgos, rouparia, sala de espera para acompanhantes, banheiro para pacientes e banheiro para funcionários.

A equipe de enfermagem é composta por 18 enfermeiros, nove técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem e três bolsistas de enfermagem, distribuídos em diferentes turnos. Além disso, conta com equipe de médicos pediatras, médicos residentes em pediatria, fisioterapeutas, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, uma residente de enfermagem, uma residente de nutrição, equipe de limpeza, secretária e dois bolsistas na recepção durante a noite. A unidade recebe também acadêmicos dos semestres finais da fisioterapia e estagiários da enfermagem.

A unidade recebe pacientes de inúmeros lugares, como Centro Cirúrgico, Pronto Socorro Pediátrico, Unidade de Internação Pediátrica, UTI Neonatal, banco de leitos, entre outros.

A experiência compreende o período entre julho de 2016 e março de 2017. As atividades técnico-assistenciais, administrativas e gerenciais foram supervisionadas pelos enfermeiros da UTI Pediátrica, visando possibilitar o aprendizado, além de garantir assistência adequada aos pacientes da unidade.

Resultados e discussão

Durante a experiência foi possível realizar, em conjunto com as enfermeiras, o planejamento e a execução de atividades técnico-assistenciais, administrativas, gerenciais e educativas. Dentro desta proposta, as atividades técnico-assistenciais incluíam a higiene corporal do paciente que obedecem a uma escala por turno, a realização de curativos, higiene oral, sondagem vesical, sondagem orogástrica, nasogástrica e nasoentérica, punção venosa, aspiração traqueal, entre outras. Entre as atividades administrativas, destacam-se o aprazamento das prescrições médicas, o pedido de medicamentos e de materiais e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A SAE consiste em uma atividade privativa do enfermeiro, operacionalizada por meio do processo de enfermagem e que tem por finalidade imprimir racionalidade ao processo de cuidar. Seu ponto central é guiar as ações de enfermagem, afim de que possa atender as necessidades individuais do paciente-família-comunidade[7]. Dessa forma, considera-se que a prática de enfermagem sistematizada favorece a identificação das necessidades de cuidado do paciente e facilita a articulação com os demais membros da equipe de saúde para atingir resultados mais satisfatórios[8].

No que tange ao gerenciamento, realizou-se principalmente o dimensionamento de recursos humanos distribuídos entre as trocas de turnos matutino e vespertino. Entre cada atividade realizada ocorreram momentos de reflexão, visando ampliar o olhar do bolsista para prestar uma assistência de qualidade e baseada em conhecimento cientifico com fundamentação teórica.

Nesse sentido, é necessário que os profissionais de saúde continuem a busca do aprimoramento contínuo de sua prática, contribuindo para ações embasadas em princípios científicos que reflitam em uma melhor qualidade do cuidado prestado[9]. Assim, estes momentos facilitavam a compreensão acerca do cuidado, ressaltando a necessidade da visão biopsicossocial que o enfermeiro deve ter do paciente.

A partir desta descrição, entende-se que o cuidado é um ato que se realiza por meio de um conjunto de práticas/atividades que são interdependentes e complementares[10]. Nesse contexto, o enfermeiro realiza atividades com a equipe e a família, programando, planejando e executando ações e, desta forma, organizando o processo de trabalho na UTI Pediátrica.

O processo educativo entre o profissional e o paciente/familiar/cuidador, compreende as orientações para que estes possam instruir-se acerca de suas dúvidas e necessidades surgidas dentro hospital ou em seu ambiente domiciliar. Práticas educativas devem fazer parte da rotina dos serviços de saúde, ligado ao cuidado assistencial, tendo participação ativa do sujeito e

proporcionando reflexões sobre suas atitudes, conhecimentos e habilidades para lidar com as limitações advindas do adoecimento[11].

Ainda, sobre as práticas educativas, cabe à enfermagem direcionar sua prática para o desenvolvimento de meios facilitadores para sua atuação na assistência e na educação em saúde, vislumbrando maior alcance e benefícios de suas ações direcionados à clientela[12]. O acesso à informação em saúde guia a intervenção do cuidado com resultados satisfatórios, gerando efetividade, eficiência e eficácia das ações em saúde[13].

Portanto, a experiência oportunizou a aquisição de conhecimentos acerca da UTI Pediátrica, destacando-se a importância da função do enfermeiro para o desenvolvimento das ações que permeiam a execução e o planejamento dos cuidados intensivos pediátricos.

Considerações finais

Evidenciou-se, a importância desta experiência para o aprendizado do acadêmico de enfermagem, mediante a atuação de enfermagem aos cuidados intensivos em Pediatria. Soma-se a isso, a possibilidade de também conhecer melhor a atuação do enfermeiro de UTI Pediátrica e a sua importância nesse contexto, sendo um profissional que articula ações técnico-assistenciais, administrativas e gerenciais.

A experiência é uma oportunidade única, pois o objetivo principal da graduação é formar enfermeiros generalistas, não ofertando, sistematicamente, aulas práticas e estágios em cuidados intensivos pediátricos, considerada uma especialidade. Assim, a bolsa assistencial promove esse diferencial ainda durante o andamento do curso.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem**.**

Referências

1 Fogaça MC, Carvalho WB, Nogueira-Martins LA. Demandas do trabalho e controle: implicações em unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal. Rev Bras Enferm. 2010; 63(4): 529-532.

2 Hockenberry MJ, Wilson D. Wong fundamentos da enfermagem pediátrica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014.

3 Mitre RMA, Gomes R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2004; 9 (1): 147-154.

4 Schmitz SM, Piccoli M, Vieria CS. A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: uma reflexão para a enfermagem. Ciência, Cuidado & Saúde. 2003; 2 (1): 67-73.

5 Depianti JRB, Da Silva LF, Monteiro ACM, Soares RS. Dificuldades da enfermagem na utilização do lúdico no cuidado à criança com câncer hospitalizada. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental. 2014; 6 (3): 1117-1127.

6 Nunes CJRR, Rabelo HD, Falcão DP, Picanço MRA. A importância da brinquedoteca hospitalar e da terapia ocupacional sob a óptica da equipe de enfermagem de um hospital público do distrito federal. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. 2013; 21 (3): 505-510.

7 Bittar DB, Pereira LV, Lemos RCA. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(4): 617-628.

8 Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13 (1): 188-193.

9 Nascimento KC, Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(4):643-648.

10 Santos JLG, 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; 66 (2): 257-263.

11 Dias VP, Silveria DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primaria. Rev. APS. 2009; 12 (2):.221-227.

12 Andrade LM. Construção e validação de um manual de orientações a familiares de pessoas com mobilidade física prejudicada. Tese (doutorado). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza/CE. 2011.

13 Lima DO, Galvão GC, Rodrigues TLC, Fialho APS, Silva LKM, Pachú CO. Informação em saúde como estratégia de integração no cuidado. Biofarm. 2014; 10 (3): 46-47.

109. USO DE CHUPETAS E MAMADEIRAS E SUA RELAÇÃO COM O DESMAME PRECOCE

USE OF SWIMMERS AND BREEDERS AND THEIR RELATIONSHIP WITH EARLY WEAKNESS

CHUPETES Y BIBERONES USE Y SU RELACIÓN CON EL DESTETE PRECOZ

SANTOS, Emanuella [1]; CHERUBIM, Daiani Oliveira[2]; PAULA, Cristiane Cardoso de[3]; PADOIN, Stela Maris de Mello[4]; RIBEIRO, Polyana de Lima[5]; FERREIRA, Tamiris[6]

Resumo

O Ministério da Saúde (MS) desenvolve ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (AM) como parte das estratégias que contemplam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Este estudo tem como objetivo relatar experiências vivenciadas no campo de trabalho acerca da prática do uso de chupetas e mamadeiras durante o aleitamento materno. Trata-se de um relato de experiência, vivenciado em uma unidade de alojamento conjunto (AC) no ano de 2014 em um Hospital Amigo da Criança, no município de Porto Alegre- RS. Durante a prática assistencial, sobretudo, nas unidades de alojamento conjunto, observou-se a prática do uso de chupetas durante o período de amamentação. Diante deste cenário destaca-se que os fatores para o sucesso na implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que dependem do planejamento adequado, convencimento e treinamento dos profissionais de saúde e conscientização popular.

DESCRITORES: Aleitamento materno; alojamento conjunto; desmame precoce.

Abstract

The Ministry of Health (MOH) develops actions to promote, protect and support breastfeeding as part of the strategies that contemplate the National Policy for Integral Attention to Children's Health. This study aims to report experiences related to the use of pacifiers and bottles during breastfeeding. This is an experience report, based on the observations of a shared roomin unit in 2014, of a Baby-Friendly Hospital located in Porto Alegre/RS. During the healthcare activities, when acting as a nurse, it was possible to observe the use of pacifiers during the breastfeeding in shared roomin units. Considering this scenario, it is important to note that the success of implementing HHI, depends on adequate planning, convincing and training health professionals and popular awareness.

KEYWORDS: Breastfeeding; Joint accommodation; Early

[1] Enfermeira, pós graduanda Materno Infantil. emanuellafdsantos@gmail.com
[2] Enfermeira, mestranda em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria.
[3] Enfermeira pediatra, doutora em enfermagem, professora adjunta da Universidade Federal de Santa Maria.
[4] Enfermeira, doutora em enfermagem, professora adjunta da Universidade Federal de Santa Maria.
[5] Enfermeira, mestranda em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria.
[6] Enfermeira, mestranda em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria.

Resumen

El Ministerio de Salud (MS) se desarrolla la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna (BF) como parte de las estrategias incluyen la Atención Integral de Política Nacional de Salud Infantil. Este estudio tiene por objeto informar de las experiencias de trabajo en el campo de la práctica del uso de chupetes y biberones durante la lactancia. Se trata de un relato de experiencia, vivida en una unidad de alojamiento conjunto (AC) en el año 2014. El estudio fue realizado en un Hospital Amigo, en Porto Alegre-RS. Durante la práctica médica, especialmente en unidades de alojamiento conjunto, no había la práctica de uso del chupete durante el período de lactancia. En este contexto se destaca que los factores para la implementación exitosa de la iniciativa (IHAN), dependen de una planificación adecuada, la persuasión y la formación de los profesionales de la salud y la conciencia pública.

DESCRIPTORES: La lactancia materna; carcasa del conjunto; destete precoz.

Introdução

O Ministério da Saúde (MS) desenvolve ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (AM) como parte das estratégias que contemplam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Dentre essas ações, destaca-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que são instituições de saúde públicas e privadas que cumprem os Dez Passos para o Sucesso do AM[1].

A compreensão dos elementos envolvidos na decisão dos adultos em ofertar a chupeta aos lactentes ressalta aspectos relacionados a cultura, como produto do processo de desenvolvimento do pensamento humano originado a partir das ligações entre história individual e história social, representada pelo acúmulo de informações que se refletem em crenças e práticas[2].

A idade em que ocorre a introdução da chupeta pode ter influência como causa da redução do tempo de AM, sendo o período crítico associado à idade inferior a duas semanas de vida ou inferior a quatro semanas[3].

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o 9º passo para o sucesso do AM consiste em não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes. Foi implantado para reduzir o uso destes instrumentos artificiais nos primeiros momentos do nascimento. Momento de maior incidência no desmame precoce. Estas iniciativas, contidas na IHAC, se refletem na mobilização dos profissionais da área da saúde, que trabalham em serviços obstétricos e pediátricos, de forma a favorecer a amamentação[1].

Com a finalidade de diminuir a prevalência de uso de substitutos do leite materno (LM), algumas estratégias têm sido desenvolvidas e aplicadas. Destaca-se a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), que proíbe a promoção comercial, por meio de propaganda na mídia, de leites infantis modificados, mamadeiras e chupetas. Favorecendo então, a prática do AM em livre demanda[4].

O neonato realiza a sucção na mama por meio do movimento semelhante ao de ordenha, posicionando corretamente a língua, com tonicidade e intensa atividade muscular. Quando a

mamadeira é introduzia e permanece por longo período, esse movimento fica prejudicado, interferindo no desenvolvimento das funções e estruturas. As razões pelas quais são introduzidos bicos e mamadeiras durante o aleitamento materno são a preocupação com a nutrição do bebê, seu choro, opiniões de que o leite é fraco e insuficiente e a falta de informação sobre os benefícios da amamentação. Além desses aspectos, o término da licença maternidade, o retorno da mãe ao trabalho, a renda e o grau de escolaridade, geralmente, estão relacionados a este momento[5].

O uso de chupetas e frascos pode reduzir a continuidade da amamentação É importante que o profissional de saúde esteja preparado e motivado a apoiar e orientar as mães acerca da importância do AM, bem como as desvantagens do uso de chupetas e mamadeiras. Possibilitando que a nutriz sinta-se encorajada e emponderada a amamentar seu filho de maneira prazerosa[6]. Dessa forma, este estudo tem como objetivo relatar experiências vivenciadas no campo de trabalho acerca da prática do uso de chupetas e mamadeiras durante o aleitamento materno.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, vivenciados em uma unidade de alojamento conjunto (AC) no ano de 2014. O estudo foi realizado em um Hospital Amigo da Criança, no município de Porto Alegre- RS.

Esse hospital conta com 21 leitos de alojamento conjunto, além de Banco de Leite e lactário próprio, que atendem ao SUS e convênios. A unidade de AC possui duas enfermeiras e oito técnicos de enfermagem por turno. Além de profissionais médicos, nutricionistas e fisioterapeutas. O Hospital é de natureza filantrópica, possui quarenta anos de existência, assiste pacientes adultos e pediátricos, abrangendo praticamente todas as especialidades médicas.

Resultados e discussão

Durante a prática assistencial, desempenhando a função de orientação e incentivo ao Aleitemento Materno Exclusivo, nas unidades de alojamento conjunto, observou-se a prática do uso de chupetas durante o período de amamentação. A aceitação da chupeta pelo bebê é uma consequência das dificuldades encontradas no aleitamento materno o fato de que, devido à orientação hospitalar contrária ao uso da chupeta sua oferta inicial ocorre na maioria dos casos.[2]

As orientações sobre AM ocorrem logo após a admissão da paciente e seu bebê no leito do AC advindas do centro obstétrico do hospital. Em seguida, o profissional técnico de enfermagem e/ou enfermeiro auxilia a puérpera quanto ao posicionamento adequado, pega, sucção ou possíveis dificuldades possam emergir. Dúvidas e questionamentos são esclarecidos pela equipe de enfermagem. Os profissionais de saúde são os protagonistas da assistência, portanto é fundamental que haja uma boa orientação por parte destes. A atuação dos profissionais de saúde pode influenciar negativamente o estabelecimento e manutenção do aleitamento materno, caso estes não tenham uma visão ampliada que vá além da prática clínica e que ofereça suporte às mães.[9]

Entretanto, mesmo após orientações dadas pelos profissionais da saúde sobre amamentação às mães durante o período pós-parto, observam-se alguns casos em que o aleitamento materno exclusivo é interrompido. Os aspectos facilitadores do apoio ao aleitamento materno, à luz do

quadro da vulnerabilidade e do cuidado, são: pré-natal com bom vínculo e preparo para a amamentação; conhecer os desejos e interesse da mãe em amamentar e conversar sobre eles; suporte do pai e da família; auxílio durante a amamentação; ouvir a mãe e conversar sobre a maternidade e os cuidados cotidianos com o bebê; compreender seus conflitos e promover um ambiente emocional suficientemente bom para facilitar o relacionamento mãe-bebê-família, suporte aos profissionais e serviços para lidar com as frustrações e desmotivações decorrentes de desencontros das suas expectativas quanto ao aceitamento materno e às respostas das mães, crianças e famílias.[8]

No início da visita às puéperas e seus recém nascidos nos leitos, verificou-se que muitas delas sentiam-se inseguras para amamentar e, para acalmar a criança ofereciam-lhe a chupeta. Desta forma, observando que os bebês estavam mamando em menor quantidade e que alguns poderiam apresentar hipoglicemia, orientações acerca da amamentação eram reforçadas, para que a manutenção da lactação fosse mantida. Com a amamentação no sistema de livre demanda, ou seja, sempre que pedir, o bebê obtém todo o leite de que precisa para manter os níveis de glicose estáveis.

Quando era ofercido a chupeta aos recém nascidos, percebia-se que alguns bebês sentiam dificuldade em sugar a mama, apresentavam inquietação e choro quando estavam ao seio materno. Além disso, o uso da chupeta ou bicos artificiais podem causar confusão de bicos, resultando em diminuição do número de mamadas e, consequentemente, em menor estímulo das mamas e redução da produção de leite. [10]

É relevante destacar que puérperas primíparas estavam acompanhadas pela mãe ou avó materna. Neste caso, os cuidados com o recém-nascido sofriam interferências de experiências vivenciadas pelos familiares, que por sua vez, ainda possuíam certa resistência às orientações da equipe de enfermagem. De acordo com Dadalto e Rosa[2], a interferência cultural também se faz presente na aceitação da chupeta nos casos em que é ofertada pelos familiares. As condutas relacionadas à amamentação geralmente estão ligadas a importante influência que as pessoas mais experientes exercem nessa prática, em especial os familiares e a rede social da nutriz. Destaca-se que para o efetivo estabelecimento e manutenção dessa prática acontecer, a mulher precisa de apoio e ser compreendida na particularidade de sua realidade sociocultural[7].

Considerações Finais

Diante deste cenário destaca-se que os fatores para o sucesso na implementação da iniciativa (IHAC), dependem do planejamento adequado, convencimento e treinamento dos profissionais de saúde, além da conscientização popular. Portanto acredita-se que programas com ações de educação em saúde, orientados por profissionais qualificados devem ser implantados com a adequação de valores e crenças. Esta temática deve ser melhor investigada para favorecer a saúde materno infantil, através de iniciativas e ações pertinentes que possibilitem o alcance da promoção e proteção do aleitamento materno.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Organização Mundial de Saúde: Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços maternos-infantis: declaração conjunta OMS/UNICEF, Genebra; 2015

2. Dadalto ECV, Rosa EM. Fatores associados ao uso de chupeta por lactentes nascidos pré-termo. Rev. CEFAC, São Paulo , v. 18, n. 3, p. 601-612, Jun 2016.

3. Mauch CE, Scott JA, Magarey AM, Daniels LA. Predictors of and reasons for pacifier use in first-time mothers: an observational study. BMC Pediatr. 2012;12(7):1-10

4. nbcal

5. Neu, Aline Prade et al . Aleitamento: relação com hábitos de sucção e aspectos socioeconômicos familiares. Rev. CEFAC, São Paulo , v. 16, n. 3, p. 883-891, June 2014.

6. Rigotti Renata Ribeiro, Oliveira Maria Inês Couto de, Boccolini Cristiano Siqueira. Association between the use of a baby's bottle and pacifier and the absence of breastfeeding in the second six months of life. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2015 Apr [cited 2017 Mar 30] ; 20(4): 1235-1244. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php.

7. Dias Rafaella Brandão, Boery Rita Narriman Silva de Oliveira, Vilela Alba Benemérita Alves. Conhecimento de enfermeiras e estratégias de incentivo da participação familiar na amamentação. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 Aug [cited 2017 Apr 05] ; 21(8): 2527-2536. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php

8. Souza Sarah Nancy Deggau Hegeto de, Mello Débora Falleiros de, Ayres José Ricardo de Carvalho Mesquita. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 June [cited 2017 Apr 05] ; 29(6): 1186-1194. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php

9. Fonseca-Machado Mariana de Oliveira, Parreira Bibiane Dias Miranda, Monteiro Juliana Cristina dos Santos, Gomes-Sponholz Flávia. Perfil sociodemográfico e competência em aleitamento materno dos profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. Rev. Enf. Ref. [Internet]. 2015 Jun [citado 2017 Abr 05] ; serIV(5): 85-92. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php

10. Buccini Gabriela dos Santos, Escamilla Rafael Perez, Paulino Larissa Munari, Araújo Clarice Lopes, Venancio Sonia Isoyama. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. Maternal and Child Nutrition. 14 nov 2016. [Internet] Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.12384/full

110.USO DE TABACO DURANTE A GESTAÇÃO: REVISÃO DE LITERATURA

USE OF TOBACCO DURING MANAGEMENT: LITERATURE REVIEW

EL CONSUMO DE TABACO DURANTE EL EMBARAZO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

SOCCOL, Keity Laís Siepmann Soccol[1]; CANABARRO, Janaina Lunardi[2]; DUTRA, Mirian Campos[3].

Resumo

Introdução: o tabagismo pelas mulheres é algo que causa preocupação porque além dos efeitos no seu organismo, ainda tem a peculiaridade do gênero feminino que é a gestação**. Objetivo**: identificar as consequências do tabagismo para a saúde da mãe e do bebê. **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. **Resultados/discussão**: o ato de fumar durante a gravidez é responsável por aumento nas taxas de aborto espontâneo, de parto pré-termo e, até mesmo de câncer infantil entre outras doenças. **Considerações finais**: é necessário que os profissionais de saúde auxiliem as gestantes na cessação do fumo ou até mesmo na redução do tabagismo e informem as mulheres quanto às consequências do tabagismo para a sua saúde e para a saúde do bebê.

DESCRITORES: Enfermagem; Gravidez; Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Abstract

Introduction: smoking by women is something that causes concern because in addition to the effects on your body, there is still the peculiarity of the female gender that is gestation. **Objective:** to identify the consequences of smoking for the health of the mother and the baby. **Methodology**: this is a literature review study conducted in the electronic database Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences. **Results/discussion**: smoking during pregnancy is responsible for increased rates of spontaneous abortion, of preterm birth, and even of childhood cancer among other diseases. **Final considerations**: health professionals should assist pregnant women in smoking cessation or even reduce smoking and inform women of the consequences of smoking for their health and the health of the baby.

DESCRIPTORS: Nursing; Pregnancy; Substance-related disorders.

Resumen

Introducción: el consumo de tabaco por las mujeres es algo que causa preocupación porque además de los efectos en su cuerpo, incluso tiene la peculiaridad de la mujer está embarazada. **Objetivo:** identificar las consecuencias del consumo de tabaco para la salud de la madre y el bebé. **Metodología:** se trata de un estudio de revisión bibliográfica en la base de datos electrónica Literatura Latinoamericana y del Caribe Ciencias de la Salud Resultados/discusión: el acto de fumar durante el embarazo son responsables de aumento de las tasas de aborto, de parto prematuro e incluso de cáncer infantil y otras enfermedades. **Consideraciones finales**: es necesario que los profesionales de la salud ayudan a las mujeres embarazadas a dejar de fumar o incluso para reducir

[1] Enfermeira. Mestre. Doutoranda em Enfermagem. Docente na URI/Santiago.
[2] Enfermeira do HGU/SM. Mestre em Enfermagem. E-mail:jana.l.c2010@hotmail.com
[3] Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Supervisora de estágio na URI/Santiago.

el tabaquismo e informar a las mujeres acerca de las consecuencias del consumo de tabaco para su salud y la salud del bebé.

DESCRIPTORES: Enfermería; Embarazo; Trastornos Relacionados con sustancias.

Introdução

O tabagismo é considerado um grave problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de doenças e de óbitos no mundo, pois causa diferentes malefícios à saúde. Atualmente, pode ser considerado como sendo um tipo de dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas.[1]

O hábito do tabagismo produz efeitos nocivos ao organismo, causando diversos malefícios à saúde, sendo as alterações do aparelho respiratório as mais importantes. Dentre essas está a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e o câncer de pulmão. Em outros órgãos, as doenças associadas ao tabagismo são variadas, tanto no tabagismo ativo quanto no passivo, que envolvem as neoplasias que podem acometer vários órgãos e tecidos, vasculopatias periféricas, insuficiência coronariana, impotência sexual, maior incidência de infecções respiratórias agudas em crianças, etc.[2]

A nicotina, substância presente no tabaco, acomete os bronquíolos e causa a diminuição do fluxo aéreo nos pulmões. O monóxido de carbono, por sua vez, quando em contato com a hemoglobina, provoca redução da capacidade de transportar oxigênio pela corrente sanguínea. Os componentes irritantes do fumo provocam a produção exagerada de secreção na árvore brônquica. E, com o tempo, o tabagismo causa a destruição das fibras elásticas dos pulmões, desenvolvendo como consequência o enfisema pulmonar.[3]

No Brasil, a partir do início da década de 1990, o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional do Câncer (INCA), implementou ações de natureza intersetoriais e de abrangência nacional para controlar os determinantes sociais e econômicos da expansão do consumo de tabaco, com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade. Essas ações ocorreram por meio de estratégias que englobam a redução da iniciação no tabagismo e o aumento da cessação entre os dependentes.[4]

Entre outros efeitos, essas ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, por meio de campanhas de prevenção ao uso, auxiliam a na disseminação de informações sobre as consequências desse tipo de consumo que vem acometendo toda a sociedade.[5]

No Brasil um terço dos adultos são fumantes e entre esses, 11, 2 milhões são mulheres, que se tornaram fumantes entre 20 e 49 anos de idade. Um estudo feito em Pelotas, no estado do Rio

Grande do Sul, mostrou que a taxa de tabagismo na população do sexo feminino quase triplicou entre 15 e 19 anos, porém entre os 19 e 23 anos reduziu em 14%.[6]

Cabe lembrar que, os óbitos causados devido ao tabagismo podem ser evitados. O tabagismo é o principal responsável pelas mortes evitáveis em todo o mundo e atinge além dos fumantes, também seus cônjuges, filhos e demais pessoas que convivem no mesmo ambiente com aquelas que fumam.[7]

Com as mudanças no papel social da mulher, essas passaram além de cuidar dos filhos e do lar a se inserir no mercado de trabalho. Assim, devido à essas mudanças e ao consequente empoderamento do gênero feminino a indústria do tabaco passou a divulgar o cigarro como símbolo de independência o que fez com que as mulheres passassem a utilizar mais cigarros.[8]

O hábito tabágico pelas mulheres é algo que causa preocupação porque além dos efeitos no seu organismo, ainda tem a peculiaridade do gênero feminino que é a gestação. Ressalta-se que muitas mulheres continuam fumando durante a gestação, o que implica em consequências danosas para a gestante e para o feto.[6] Diante do exposto esse estudo tem como **objetivo** identificar as consequências do tabagismo para a saúde da mãe e do bebê.

Este estudo justifica-se pelo fato de que o tabagismo não coloca apenas a vida da gestante em risco, mas também a do bebê. Sendo assim, é importante que os profissionais de saúde compreendam quais as consequências desse ato para a saúde do binômio mãe-bebê.

X Semana de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

Metodologia

Com o objetivo de conhecer o que vem sendo produzido sobre as consequências do tabagismo para a saúde da mãe e do bebê realizou-se um estudo de revisão de literatura, por meio de busca bibliográfica desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME) na base de dados eletrônica Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) com as seguintes palavras: "GRAVIDEZ" and "TABAGISMO"[DESCRITORES] and "PORTUGUES". Esse estudo buscou responder a seguinte questão norteadora: quais as consequências do tabagismo para a saúde da mãe e do bebê?

Não se utilizou recorte temporal e foram analisados os Resumos que estavam no idioma português. Foram excluídos Resumos de teses e dissertações, artigos incompletos na base de dados e que não respondessem ao objetivo proposto. Encontrou-se 62 artigos, dos quais foram utilizados 14. Os artigos foram analisados na íntegra, sendo incluídos somente aqueles convergentes com a temática.

Resultados e discussão

No Brasil, existem muitos estudos que avaliam o tabagismo na população e suas consequências, mas são poucos os que concentram suas análises no hábito de fumar em gestantes.[9] Estima-se que no Brasil uma em cada quatro gestantes seja fumante e, mesmo havendo programas específicos voltados à interrupção do fumo na gravidez, cerca de metade delas não consegue abandonar esse hábito.[10]

O tabagismo está associado à incidência de parto prematuro, sendo uma das consequências negativas desse vício no período gestacional. Cabe lembrar que a gestação é um período em que ocorre um aumento natural da ansiedade o que faz com que aumente também o consumo de cigarros.[11]

Fumar durante a gravidez pode levar ao aumento nas taxas de aborto espontâneo, de parto pré-termo e, até mesmo, de morte perinatal.[6] O aborto pode ser causado devido ao transporte prejudicado de aminoácidos pela placenta que fica reduzido nas fumantes, o que contribui para o mau desenvolvimento da membrana aminiocoriônica.[12]

Quanto ao trimestre de exposição aos efeitos do tabaco, a maioria das gestantes continua fumando até o parto (75,7%). Estudo recente observou que a prevalência do fumo durante o início da gestação foi de 41%, destas, 40% cessaram o uso durante a gravidez e 25% fumaram até o parto.[13]

Outro fator responsável pelo aumento de abortos em fumantes é a redução da síntese placentária de óxido nítrico, um potente relaxante do miométrio que pode provocar contração uterina e parto prematuro.[12]

O feto não é simplesmente um fumante passivo que inala fumaça de cigarro involuntariamente em um ambiente aéreo, ele é um ser altamente vulnerável, numa fase de risco para o comprometimento do seu desenvolvimento. A mulher, quando fuma durante a gestação, expõe o feto aos componentes da fumaça do cigarro que cruzam a placenta, às alterações na oxigenação e metabolismo placentário e às mudanças no seu próprio metabolismo.[1]

O hábito de fumar provoca deficiência na absorção da vitamina B12, o que ocasiona o desenvolvimento de anemia, alterações do sistema nervoso e prejuízos no crescimento fetal. Acredita-se, ainda, que ocorra uma menor retenção de água no organismo materno, fazendo com que mãe e o feto estejam mais sujeitos a desidratação.[1]

Os bebês nascidos de gestantes fumantes têm, em média, menor peso que as crianças que não tiveram mãe fumante.[8] O peso ao nascer está relacionado com a probabilidade de sobrevida neonatal já que o baixo peso ao nascimento representa alto risco de morbidade e mortalidade no primeiro ano de vida.[14]

O déficit médio no peso dos bebês nascidos de mães fumantes é 111g quando as mesmas consomem de um a cinco cigarros, 175g de seis a dez cigarros e 236g acima de dez cigarros por dia. Já nas grávidas fumantes passivas há também uma redução de 79g no peso de seus recém-nascidos quando comparados aos de mães não fumantes na gestação. Ressalta-se que para cada cigarro adicional que a mãe fuma por, no terceiro trimestre, ocorre uma redução de 27g no peso do bebê ao nascer.[6]

Os benefícios da redução do fumo durante a gestação são significantemente maiores para mães que alcançam a cessação total do uso de tabaco. Todavia, apenas reduzir o consumo de tabaco no decorrer da gestação pode provocar um aumentar do peso dos recém-nascidos reduzindo o risco de parto pré-termo. Gestantes que não conseguem cessar completamente o uso de tabaco devem ser encorajadas a diminuir o consumo.[15]

A nicotina contida no cigarro pode causar vasoconstrição no útero e na placenta, reduzindo o fluxo sanguíneo e a oferta de oxigênio e nutrientes para o feto. Além disso, os danos biológicos celulares e moleculares por diversas substâncias tóxicas contidas no cigarro também podem afetar o crescimento e desenvolvimento do feto.[11] Acredita-se que os efeitos do tabagismo sobre o crescimento fetal sejam mediados por uma restrição do fluxo sanguíneo placentário.[1]

O tabagismo na gravidez contribui para síndrome da morte súbita do recém-nascido e pode causar importantes alterações no cérebro e no desenvolvimento neurológico do feto.[6] A síndrome da morte súbita do bebê tem mecanismos causais desconhecidos e provavelmente multifatoriais. O fumo durante a gravidez é reconhecidamente um elemento que eleva o risco de sua ocorrência. Uma das hipóteses para explicar essa relação é que a exposição prolongada da medula adrenal do feto à nicotina leva à perda de sua capacidade de responder reflexamente à hipóxia.[12]

Além disso, um estudo recente associa o tabagismo materno ao maior risco de desenvolvimento de leucemia na infância, devido ao fato da fumaça do tabaco conter pelo menos 60 agentes cancerígenos conhecidos. A exposição fetal aos componentes do tabaco também compromete o crescimento dos pulmões e leva à redução das pequenas vias aéreas, implicando em alterações funcionais respiratórias na infância, que persistem ao longo da vida.[1]

As consequências do tabagismo materno sobre a lactação e a criança amamentada constituem um somatório de efeitos que também lhe dão características próprias. Além das consequências do tabagismo passivo da criança, que está numa fase de quase permanente contato com a mãe dentro do domicílio, se somam as consequências sobre a lactação propriamente dita.[2]

Além disso, sabe-se que ocorre uma diminuição da quantidade de leite produzido pelas mulheres que fumam. No entanto, ainda não se sabe a relação entre níveis hormonais, produção de

leite materno (lactogênese) e sua relação com a diminuição da quantidade de leite nas mães tabagistas. Diferenças nos níveis de prolactina entre as mães fumantes e que deixaram de amamentar e as que fumam e amamentam ainda não foram evidenciadas.[16]

A gravidez deve ser vista como o momento ideal para o abandono do tabagismo. Nesse período ocorre uma intensificação dos contatos com os profissionais de saúde, propiciando, assim, uma oportunidade para que se estimule o abandono desse hábito, salientando seus possíveis malefícios sobre a saúde da criança.[17]

Considerações Finais

Existem muitos estudos relacionados ao ato tabágico, no entanto poucos envolvem as gestantes fumantes, mesmo que o número de mulheres gestantes tabagistas seja elevado e que as consequências para a saúde da mãe-bebê sejam muitas.

O desenvolvimento deste estudo permitiu perceber que a exposição da fumaça do tabaco é prejudicial para o bebê e para a mãe acarretando vários riscos durante a gestação e para a criança posteriormente na vida adulta. O tabagismo é responsável por abortos, nascimentos prematuros, doenças respiratórias no bebê ao longo da vida, baixo peso do recém-nascido e diferentes tipos de câncer para a gestante.

É necessário que os profissionais de saúde auxiliem as gestantes na cessação do fumo ou até mesmo na redução do tabagismo e informem as mulheres quanto às consequências do tabagismo para a sua saúde e para a saúde do bebê. Assim, esse estudo permitiu perceber que há a necessidade do desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da saúde e a necessidade de orientações para as mulheres tabagistas a fim de prevenir doenças e a melhoria de sua qualidade de vida e do bebê.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1.Machado JB, Lopes MHI. Abordagem do tabagismo na gestação: [revisão]. Scientia Medica. 2009;19(2):75-80.

2. Mello PRB de, Pinto GR, Botelho C. Influência do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação. J. Pediatr. 2001; 77(4):257-64.

3.Tortora GJ. Princípios de Anatomia Humana. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

4.Calvalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Rev. Psiq. Clin. 2005; 32(5):283-300.

5.Matta A da; Soares LV Bizarro L. Atitudes de gestantes e da população geral quanto ao uso de substâncias durante a gestação. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2011;7(3):139-47.

6.Galão A, Soder AS, Gerhardt M, Faertes TH, Kruger MS, Pereire DF, et al. Efeitos do fumo materno durante a gestação e complicações perinatais. Rev HCPA. 2009;29(3):218-24.

7.Garcia JD, Sute TCM, Oliveira LC, Tutia MH. A influência do tabagismo passivo em crianças com doenças respiratórias da Ubs da Vila Margarida de Ourinhos-sp: um estudo comparativo. Revista Hórus. 2010;(4)2:110-29.

8.Sé CCS, Amorim WM de. Ações de enfermagem frente às implicações clínicas do tabagismo na saúde da mulher. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2009;5(1):1-18.

9.Kroeff LR, Mengue SS, Schmidt MI, Duncan BB, Favaretto ALF, Nucci LB. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. Rev.Saúde Pública.2004;28(2):261-7.

10.Possatto M, Parada CMG de L, Tonete VLP. Representação de gestantes tabagistas sobre o uso do cigarro: estudo realizado em hospital do interior paulista. Rev. esc. enferm. USP. 2007;41(3): 434-40.

11.Zhang L, Gonzaléz-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Beskwo B, Larentis N, et al. Tabagismo materno durante a gestação e medidas antropométricas do recém-nascido: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. Cad. Saúde Pública.2011; 27(9): 1768-76.

12.Leopércio W, Gigliotti A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. J. bras. pneumol. 2004;30(2):176-85.

13.Rocha RS, Bezerra SC, Lima JW de O, Costa FS. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. Rev. Gaúcha Enferm.2013;34(2):37-45.

14. Eulatério BM, Araújo GL de O, Silveira LP da, Anastácio LR. Perfil Nutricional Materno e Estado Nutricional Neonatal, na cidade de Pará de Minas-MG. Rev. Med. Minas Gerais. 2013;23(3):311-317.

15. Veiga PV, Wilder RP. Maternal smoking during pregnancy and birthweight: a propensity score matching approach. Matern Child Health J. 2008;12(2):194-203.

16.Freire K, Padilha P de C, Saunders C. Fatores Associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2009;31(7):335-41.

17.Horta BL, Victora CG, Barros FC, Santos I da S, Menezes AMB. Tabagismo em gestantes de área urbana da região Sul do Brasil, 1982 e 1993. Rev. Saúde Pública. 1997;31(3):247-253.

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

111.UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE RISCO DE *FRAMINGHAM* COMO PREVENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO BIBLIOMÉTRICO

USE OF THE FRAMINGHAM RISK SCORE FOR PRIMARY PREVENTION: BIBLIOMETRIC STUDY

USO DE ESCALA DE RIESGO DE FRAMINGHAM SOBRE LA PREVENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO

FREITAS, Taísa de Paula Paiva[1]; SCHIMITH, Maria Denise[2]; DULLIUS, Angela Isabel dos Santo[3]; ANSUJ, Angela Pellegrin[4]; NEVES, Gabriela Leal [5]; GAMA, Dedabrio Marques[6].

Resumo

Introdução: As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade nos países desenvolvidos apresentando quase um terço das mortes no Brasil. A Escala de Risco de *Framingham* é indicada pelo Ministério da Saúde para identificação do risco global do indivíduo. **Objetivo:** conhecer as características das produções científicas acerca da Escala de Risco de *Framingham* como prevenção primária. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliométrica com análise de 22 artigos selecionados. **Resultados/discussão:** Somente nos últimos cinco anos houve expressiva produção sobre a temática. A Revista Brasileira de Medicina foi o periódico que mais publicou sobre a temática. A Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade de São Paulo foram as instituições que mais trabalharam o tema. **Considerações finais:** Evidenciou-se um quantitativo pequeno de estudos que utilizaram a escala como prevenção primária. Além disso, percebe-se que a escala é pouco explorada pela enfermagem, o que consequentemente gera menos produções científicas por pesquisadores enfermeiros.

DESCRITORES: Doenças Cardiovasculares; Prevenção Primária; Fatores de Risco; Bibliometria.

Abstract

Introduction: Cardiovascular diseases are the main cause of mortality in developed countries, accounting for almost a third of deaths in Brazil. The Framingham Risk Scale is indicated by the Ministry of Health to identify the individual's overall risk. **Objective:** to know the characteristics of the scientific productions about the Framingham Risk Scale as primary prevention. **Methodology:** This is a bibliometric research with analysis of 22 articles selected. **Results / discussion:** Only in the last five years has there been significant production on the subject. The Brazilian Journal of Medicine was the most published journal on the subject and the Federal University of Santa

[1] Enfermeira. Mestranda Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Relatora. UFSM. E-mail: taisa_freitas@hotmail.com

[2] Enfermeira. Doutora em Ciências/Unifesp. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Coordenadora do Curso de Enfermagem do CCS/UFSM. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

[3]Cirurgiã-Dentista, Professora Associada Departamento Estatística, Doutora em Odontologia com Ênfase em Epidemiologia, Professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSM.

[4] Professora Titular Departamento Estatística, Doutora em Engenharia de Produção, Professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSMCategoria profissional, maior titulação, cargo e instituição de trabalho.

[5]Enfermeira. Mestranda do Programa de PPGEnf/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

[6]Graduando do Curso de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

Catarina and the University of São Paulo were the institutions that worked the most. **Final considerations:** A small number of studies using the scale as a primary prevention were evidenced. In addition, it is noticed that the scale is little explored by nursing, which consequently generates fewer scientific productions by nurses researchers.

DESCRIPTORS: Cardiovascular Diseases; Primary Prevention; Risk Factors; Bibliometrics.

Resumen

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la principal causa de mortalidad en los países desarrollados, con casi un tercio de las muertes en Brasil. La escala de riesgo de Framingham se indica por el Ministerio de Salud para identificar el riesgo global de la persona. **Objetivo:** conocer las características de la producción científica en la escala de riesgo de Framingham para la prevención primaria. **Metodología:** Se trata de un estudio bibliométrico de 22 análisis de los artículos seleccionados. **Resultados / Discusión:** En los últimos cinco años ha habido una producción significativa sobre el tema. La Revista Brasileña de Medicina fue el diario que publicó más sobre el tema. La Universidad Federal de Santa Catarina y la Universidad de Sao Paulo fueron las instituciones que trabajaron sobre el tema. **Consideraciones finales:** Se evidenció una pequeña cantidad de estudios que utilizaron la escala como la prevención primaria. Por otra parte, es evidente que la escala es poco explorado por las enfermeras, que a su vez genera menos producción científica de los investigadores de enfermería.

DESCRIPTORES: Enfermedades Cardiovasculares; Prevención Primaria; Factores de Riesgo; Bibliometría.

III Seminário Internacional
Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde
X Semana de Enfermagem

Introdução

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade nos países desenvolvidos e apresentam quase um terço das mortes no Brasil[1]. O principal fator de risco para a doença arterial coronariana é a deposição irregular de lipoproteínas ou lipídios (dislipidemia), aliado a outros fatores como tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade e histórico familiar de evento cardiovascular prematuro em familiares de 1^{o} grau[2].

Neste último fator de risco, pessoas com pai ou mãe ou irmãos que possuem cardiopatia coronariana precoce (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos) têm maiores riscos de desenvolver doença arterial coronariana. Neste sentido, o histórico familiar constitui um fator de risco não modificável, o qual é imprescindível ser considerado[3]. A obesidade, caracterizada por índice de massa corporal > 30 kg/m^2 ou a obesidade central cuja medida da circunferência abdominal é > 88 cm em mulheres e > 102 cm em homens, tendo predomínio de deposição de gordura na região abdominal, associa-se à intolerância à glicose, alterações do perfil lipídico plasmático e, principalmente, à hipertensão arterial[4].

Desta forma, identificar as pessoas que não apresentam sintomas e que têm fatores associados ao desenvolvimento destas doenças é indispensável para realizar prevenção primária e consequentemente metas terapêuticas adequadas para cada caso. A estimativa do risco de

desenvolver uma doença aterosclerótica surge do somatório dos riscos causados por cada um dos fatores citados acima[2].

Vários algoritmos foram desenvolvidos por meio de análises de regressão de estudos populacionais, a partir disso, a identificação do risco global do indivíduo foi aperfeiçoada. Dentre os algoritmos existentes, a Escala de Risco de *Framingham* (ERF) é o algoritmo indicado pelo Ministério da Saúde do Brasil[4].

A ERF estima a probabilidade de ocorrer um evento coronariano durante o período de dez anos em pessoas sem diagnóstico prévio de aterosclerose clínica[2]. Foi desenvolvida nos Estados Unidos da América por meio de um estudo, chamado de estudo de *Framingham*, o qual ocorreu na cidade de *Framingham*, Massachusetts, iniciado em 1948 e patrocinado pelo *National Heart Institute*[5,6].

Esta escala avalia mortalidade e morbidade causada por doenças coronarianas como risco de infarto agudo do miocárdio, angina e morte por doença coronária. Sendo assim, os valores resultantes do cálculo deste instrumento diagnosticam o risco absoluto de eventos coronários, fatais e não-fatais em dez anos [5,6].

Sendo assim, este estudo justifica-se pela alta taxa mortalidade de doenças cardiovasculares no mundo, com aproximadamente 17,5 milhões de óbitos em 2012. No Brasil, no ano de 2013, 29,7% das mortes registradas são em decorrência das doenças cardiovasculares. Estas representam os maiores custos em assistência médica, de acordo com a Organização Mundial da Saúde. A ERF atua eficientemente como prevenção primária de doença coronariana em diferentes cenários de saúde, podendo ser utilizada como um mecanismo de estratificação de risco embasando condutas terapêuticas preventivas[7].

Neste sentido, este estudo teve como pergunta de pesquisa: quais as características das produções científicas indexadas na base de dados Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS) acerca da utilização da Escala de risco de *Framingham* para estratificação de risco cardiovascular como prevenção primária? E como objetivo: conhecer as características das produções científicas indexadas na base de dados LILACS acerca da utilização da Escala de risco de *Framingham* para estratificação de risco cardiovascular como prevenção primária.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliométrica. A bibliometria é uma técnica quantitativa e estatística de mensuração dos índices de produção e disseminação do conhecimento científico, e utiliza de métodos quantitativos para avaliar objetivamente a produção científica. Os indicadores

bibliométricos retratam o grau de desenvolvimento de uma área de conhecimento de um campo de saber[8].

Este tipo de pesquisa apoia-se em estudos realizados em bases de dados bibliográficas. Entre outros, seu campo de aplicação mais frequente é a identificação das características temáticas da literatura. É oportuno destacar que na Enfermagem, trabalhos dessa natureza vêm sendo utilizados para indicar as características da produção científica da área[9].

Para a seleção dos artigos, realizou-se em março de 2017 uma busca na base eletrônica de dados LILACS de todas as produções científicas publicadas até a data de busca. Dois revisores realizaram a busca e seleção bibliográfica simultaneamente, com a finalidade de diminuir o viés de seleção dos artigos, e um terceiro revisor selecionou os artigos divergentes. Foi utilizado como estratégia de busca no formulário avançado da base eletrônica, a combinação das palavras-chave: "Framingham" AND "escala" OR "escore".

Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa original na temática, nos idiomas português ou inglês ou espanhol e disponível gratuitamente. Os critérios de exclusão foram: artigos publicados no ano de 2017 por ser este o ano corrente. Foram encontradas 117 produções científicas na LILACS. A seleção ocorreu por meio da leitura dos Resumos e artigos na íntegra quando necessário, os quais foram submetidos aos critérios de inclusão, totalizando 22 artigos na íntegra. O universo analisado neste trabalho refere-se aos artigos publicados na base LILACS que utilizaram a ERF para estratificação de risco cardiovascular como prevenção primária ao redor do mundo.

A base de dados LILACS contém publicações de países da América Latina e do Caribe e conta com produção científica abordando as diversas áreas das Ciências da Saúde, as quais foram publicadas nestes países desde 1982[10]. Possui produções de aproximadamente 670 revistas, consideradas as mais conceituadas da área, ultrapassando 350 mil registros além de outros documentos como: livros, capítulos de livros, teses, capítulos de teses, publicações governamentais, anais de congressos e de conferências. Estas publicações estão disponíveis em três idiomas: português, espanhol e inglês[10].

Para a coleta dos dados elaborou-se um instrumento para extrair dos artigos as seguintes informações: ano de publicação, nome e país do periódico, idioma de publicação, instituição de filiação dos autores, maior titulação acadêmica, participantes do estudo, local, palavras-chave utilizadas e outros instrumentos associados no estudo além da ERF. Para a análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva com cálculo de frequência absoluta e percentual, com auxílio do aplicativo *Microsoft Excel* 2013.

Resultados e discussão

A produção científica analisada neste estudo não apresentou distribuição uniforme ao longo dos anos. Entre os anos de 2007 a 2009 houve somente uma publicação anual, já nos anos de 2004, 2006, 2010, 2015 e 2016 ocorreram duas publicações/ano sendo estas referentes a 9%/ano das produções. Durante os anos 2012 a 2014 houve um equilíbrio com três publicações anuais, sendo este o maior valor referente a 14%/ano das produções. Nos anos de 2005 e 2011 não foi encontrada nenhuma publicação. Sendo assim, somente nos últimos cinco anos houve expressiva produção sobre o tema, com 13 artigos publicados.

Na tabela 1 destaca-se a distribuição dos 22 artigos publicados que constituíram a amostra da pesquisa, quanto a nome do periódico, seu país de origem, quantidade de publicações por periódico e seu percentual no universo do estudo. Houve destaque para somente um periódico nacional, a Revista Brasileira de Medicina - RBM que apresentou três publicações, referente a 14%. Sobre os países de origem 77% foram publicados em periódicos brasileiros, 9% em colombianos, 9% em costarriquenhos e 5% venezuelanos. Ao encontro destes dados, 77% foram publicados no idioma português e 23% em espanhol.

Tabela 1. Periódico de publicação, país de origem do periódico, quantidade de publicação/percentagem dos artigos selecionados LILACS.

Periódico	País	P	%
Revista Brasileira de Medicina – RBM	BRASIL	3	14%
Revista Médica de Costa Rica Y Centroamerica	COSTA RICA	1	6%
Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas e Aplicadas	BRASIL	1	6%
Acta Médica Costarricense	COSTA RICA	1	6%
Comunidad y Salud	VENEZUELA	1	6%
Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	BRASIL	1	6%
Revista Paraense de Medicina	BRASIL		6%
Revista Latino-Americana de Enfermagem	BRASIL	1	6%
Revista da Escola de Enfermagem da USP	BRASIL	1	6%
Revista Einstein	BRASIL	1	6%
Revista Médica de Minas Gerais	BRASIL	1	6%
Revista salud pública	COLÔMBIA	1	6%

Arquivos de Ciências da Saúde Unipar	BRASIL	1	6%
Revista Brasileira de Análises Clínicas	BRASIL	1	6%
Revista Associação Médica Brasileira	BRASIL	1	6%
Revista CES MEDICINA	COLÔMBIA	1	6%
Arquivos Brasileiros de Cardiologia	BRASIL	1	6%
Revista Brasileira de Hipertensão	BRASIL	1	6%
Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica	BRASIL	1	6%
Revista Brasileira de Ciências da Saúde	BRASIL	1	6%

Fonte: Autoria Própria

Foram identificadas 26 instituições diferentes de filiação dos autores dos artigos selecionados. Somente três instituições se destacaram: a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Universidade de São Paulo (USP) com 12% e Hospital Universitário de Santa Catarina (HUSC) 08%. Acredita-se que a UFSC e o HUSC trabalham como parceiros nos estudos sobre o tema, por isso apresentaram destaque na pesquisa. Todas as outras 23 instituições apresentaram somente uma publicação sobre o tema.

Evidencia-se a concentração das produções nas regiões Sul e Sudeste. Juntas são responsáveis por mais de três quartos do total das produções brasileiras no período entre 2007 e 2009, seguidos pela região Nordeste, com 15%, e Centro-Oeste e Norte, as quais, não atingiram 10% do total nacional. A desigualdade regional na produção científica está intimamente relacionada às acentuadas disparidades na distribuição dos recursos científicos e tecnológicos[11].

Outro dado analisado foi a titulação acadêmica dos autores. Foram identificadas 26 profissões/títulos diferentes, incluindo acadêmicos de graduação e pós-graduação. Dentre os autores, cinco possuem título *Doctor of Philosophy* (PhD), sendo três enfermeiros e dois médicos. Entre os que possuem título de doutorado, quatro são enfermeiros e dois são nutricionistas. Sete autores eram mestrandos na época da publicação dos seus artigos, sendo que dois são biomédicos e somente um é enfermeiro. Identificou-se também, 23 professores, dez médicos, um residente em medicina, dois farmacêuticos, um nutricionista, um epidemiologista e um educador físico.

Durante a análise dos artigos, emergiu a necessidade de identificar os participantes dos estudos por ser entender a importância do conhecimento da realidade e contexto em que a ERF foi aplicada como prevenção primária. Nos artigos selecionados os participantes foram dispostos em nove grupos, sendo que cinco deles foram pesquisados somente uma vez: servidores de uma universidade, pilotos de avião, motoristas, hipertensos-tabagistas e pacientes internados em uma ala

de clínica médica de um hospital. O grupo da população em geral foi pesquisado em cinco estudos diferentes, já o de hipertensos foi pesquisado em quatro estudos distintos.

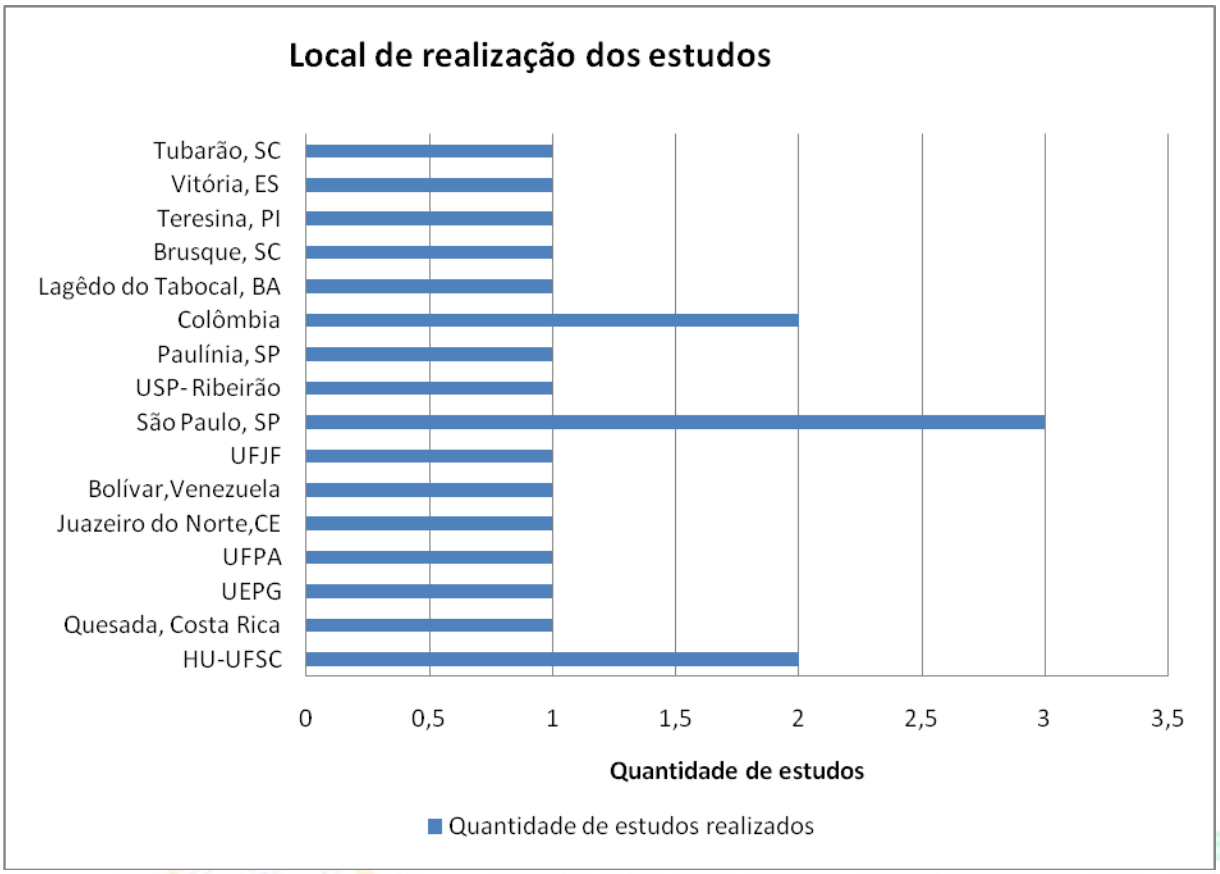
O grupo de profissionais de saúde apareceu como sujeitos de pesquisa duas vezes, correspondendo 9% dos estudos. O grupo de usuários do serviço de saúde foi o que mais se destacou, sendo pesquisado em seis estudos diferentes com o total de 27% dos artigos analisados.

Sobre o local de desenvolvimento das pesquisas, no Brasil a região sudeste foi onde aconteceu a maioria com 44% dos estudos, seguida pela região sul com 31%, região nordeste com 19% e norte com 6% apresentando somente um estudo. Dentre outros países, a Colômbia se destacou com dois estudos. Venezuela e Costa-Rica desenvolveram um estudo cada, como mostra a Figura 1.

No Brasil, observa-se heterogeneidade espacial no desenvolvimento de pesquisa científica, em que a distribuição das publicações e consequentemente dos pesquisadores é amplamente concentrado na região Sudeste, com destaque às capitais dos estados. A cidade de São Paulo apresenta cerca de 20% da produção científica brasileira e cresceu nos últimos anos 21 posições na seleção de cidades que geram maior conhecimento no mundo. Por isso, faz parte das 20 cidades que mais produzem ciência no mundo[12], sendo destaque internacional dentre as cidades que mais cresceram e desenvolveram conhecimento científico recentemente[13].

Acredita-se que a concentração espacial no Brasil está associada à localização das universidades públicas estaduais e federais, pois são essas as responsáveis pela maioria da produção científica, características típicas de países em desenvolvimento. No ano de 2009, somente sete universidades instaladas nas regiões Sudeste e Sul do Brasil, foram responsáveis por cerca de 60% dos trabalhos publicados em periódicos internacionais. Entre estas, quatro possuem campi localizados no Estado de São Paulo. Também neste ano, somente a USP desenvolveu um quarto da produção científica brasileira[11].

Figura 1. Local de desenvolvimento dos estudos.



Fonte: Autoria Própria

Buscou-se identificar as palavras-chave utilizadas nos três idiomas: português, inglês e espanhol. Entende-se que esta informação contribui para identificação e localização de um artigo e seus conceitos principais, que são úteis para a indexação em mecanismos de pesquisa ou para a categorização do texto.

No idioma português foram encontradas 38 palavras-chave diferentes, sendo que 23 delas foram citadas somente uma vez. As palavras-chave mais utilizadas foram “doença cardiovascular” citada oito vezes, “fatores de risco” sete vezes e “hipertensão” seis vezes. Seguidas por “doença da artéria coronariana”, “escore de risco de Framingham” e “prevenção primária” três vezes cada. As palavras-chave “doença coronariana”, “fatores de risco cardiovasculares”, “Framingham”, “síndrome metabólica”, “tabagismo”, “centros de saúde”, “saúde pública” e “grau de risco” foram citadas duas vezes cada uma.

Na identificação das palavras-chave na língua inglesa, foram encontradas 33 palavras-chave diferentes, sendo que 21 foram citadas somente uma vez. As mais citadas foram: “risk factors” sete vezes, “hypertension health personnel” e “cardiovascular diseases” com cinco citações cada, seguidas por “risk assessment”, “coronary disease”, “cardiovascular diseases”, “primary

prevention", "cardiovascular risk factor" e "framingham risk score" três vezes cada, "coronary artery disease", "health centers" e "public health" citadas duas vezes cada uma.

As palavras-chave no idioma espanhol totalizaram-se dez e somente três foram citadas mais de uma vez: "Hipertensión" e "Factores de riesgo" três vezes cada e "enfermedad coronária" citada duas vezes. Ressalta-se que nem todos os artigos selecionados possuem Resumo em espanhol quando este não era sua língua original, sendo assim, justifica-se a menor quantidade de palavras-chave no idioma espanhol.

Considerações Finais

Após análise dos estudos a partir da pesquisa bibliométrica, foi possível conhecer as características das publicações que utilizaram a ERF em seus estudos. Evidenciou-se um quantitativo pequeno de estudos que utilizaram a escala como prevenção primária, pela dimensão das indexações da base de dados LILACS. Além disso, percebe-se que a escala é pouco explorada pela enfermagem, o que consequentemente gera menos produções científicas por pesquisadores enfermeiros.

Corroborando com dados de outros estudos em temáticas diferentes, as regiões Sudeste e Sul foram as que mais publicaram sobre o assunto e seguem pioneiras na utilização da ERF no Brasil. A ampliação de investimentos públicos para a produção científica focalizando a prevenção primária de doenças cardiovasculares utilizando esta escala é sem dúvida, um fator importante e que requer melhor atenção por parte dos pesquisadores e também poder público.

Foi possível identificar um desencontro em relação ao uso das palavras-chave de estudos semelhantes, devido à diversidade de palavras utilizadas para indexação. Acredita-se que pelo fato da ERF não ser um descritor, ou por não haver um descritor para escores de predição de risco cardiovascular, optou-se pela utilização de palavras-chave o que acabou ocasionando este achado de ampla diversidade de palavras nos estudos. Por isso, este estudo irá contribuir para publicações futuras, guiando autores sobre o uso das palavras mais utilizadas possibilitando melhor visibilidade e divulgação dos achados encontrados em seus estudos.

No entanto, esta pesquisa apresenta como limitação, o fato de ter sido realizada em apenas uma base de dados. Diante disso, pretende-se ampliar este estudo para abranger as principais bases de dados como a SciVerse Scopus (Scopus) e Public MEDLINE (PubMed).

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Malta CD, Cezário AC, Moura L, Neto OLM, Junior JBS. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2006;15(6):4765.

2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro; 2013a; 101(6). Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2017.

3. Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no estado do Rio Grande do Sul. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Porto Alegre; 2002; 78(5):478- 483.

4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Ministério da Saúde. Brasília; 2010:95. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2017.

5. Lotufo PA. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. Rev Med, São Paulo. 2008; 87(4):232-7. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/59084/62070>. Acesso em: 25 mar. 2017.

6. Mafra F, Oliveira H. Avaliação do risco cardiovascular – metodologias e suas implicações na prática clínica. Rev Port Clin Geral. 2008; 24(3):391-400. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10509>. Acesso em: 25 mar. 2017.

7. World Health Organization (WHO). Observatório Global de Saúde (GHO). OMS, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cvd/en/>.Acesso em: 25 mar. 2017.

8. Araujo CA. Bibliometria – evolução histórica e questões atuais. Em Questão. 2006; 12(1):11-32.

9. Draganov PB, Friedländer MR, Sanna MC. Andragogia na saúde: estudo bibliométrico. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2011; 15(1): 149-56.

10. Pinheiro RC, Pizani L, Martinez CM, Hayashi MCPI. Produção científica sobre avaliação da visão em crianças: um estudo bibliométrico na base de dados LILACS. Rev Educ Espec. 2012; 25(42):143-16.

11. Sidone OJG, Haddad EA, Mena-Chalco JP. A ciência nas regiões brasileiras: evolução da produção e das redes de colaboração científica. TransInformação, Campinas; 2016; 28(1):15-31.

12. Royal Society. Knowledge, networks and nations: Global scientific collaboration in the 21st century. The Royal Society. London; 2011. Disponível em: <https://royalsociety.org/policy>. Acesso em 25 jan. 2017.

13. Matthiessen CW. et al. World cities of scientific knowledge: Systems, networks and potential dynamics: An analysis based on bibliometric indicators. Urban Studies. 2010; 47(9):1879-1897. Disponível em: <http://usj.sagepub.com/content/47/9/1879>. Acesso em: 25 mar. 2017.

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

112.VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO RS-BRASIL: CENÁRIOS E PERSPECTIVAS NA ÓTICA DA SAÚDE

SEXUAL VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND TEENAGERS IN THE RIO GRANDE DO SUL-BRASIL: OVERVIEW AND PERSPECTIVES IN THE HEALTH PERSPECTIVE

VIOLENCIA SEXUAL CONTRA NIÑOS Y ADOLESCENTES EN RIO GRANDE DO SUL-BRASIL: ESCENARIOS Y PERSPECTIVAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SALUD

BARBIANI, Rosangela[1];BERLITZ, Betina[2];MARQUES[3], Mariana Ribeiro;OLIVEIRA[4], Mariane de
[5]SCHUSTER, Fulvia Elena Camporese

Introdução: A Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde definem a violência desde a década de 1990 como um problema de saúde pública, pelos impactos que acarreta na qualidade de vida da população e nas demandas e custos endereçados aos sistemas de saúde e seguridade social. É considerada mundialmente violação de direitos, embora com expressões variadas em diferentes contextos. Dimensões de magnitude (frequência: anos potenciais de vida perdidos), transcendência (gravidade: óbitos, internações, sequelas, medo, indignação, custos, absenteísmo) e vulnerabilidade (prevenção, mudança de comportamento, promoção da saúde e cultura de paz) fazem da violência um fenômeno complexo, envidando esforços mundiais para seu controle. Frente a esses desafios, as ações no âmbito da saúde têm sido apontadas e preconizadas como necessárias e complementares às desenvolvidas pelos segmentos tradicionais como a polícia e a justiça, no enfrentamento à violência, sobretudo quando as vítimas são segmentos vulneráveis, como é o caso de crianças e adolescentes. A caracterização dos diferentes tipos de violência também não é tarefa simples, por tratar-se de fenômeno heterogêneo e multifatorial. Segundo definição da OMS, adotada pelo Ministério da Saúde (MS), as violências são caracterizadas pelo uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar (ou tenha alta probabilidade de resultar) em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação [1]. Na sequência desta definição, as violências são classificadas por suas tipologias, em três categorias: violência dirigida contra si mesmo (autoinfligida); violência interpessoal (classificadas em dois âmbitos: violência intrafamiliar ou doméstica – entre parceiros íntimos ou membros da família e violência comunitária – que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos) e violência coletiva (atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos, caracterizados pela dominação de grupos e do estado). Quanto à natureza, os atos violentos podem ser classificados como abuso físico, psicológico, sexual e envolvendo abandono, negligência e privação de cuidados. Deste quadro geral de classificação das violências derivam-se as especificações da legislação brasileira, sobretudo para o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) e para o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) e suas aplicações para o segmento infância e adolescência. As violências e os acidentes, no Sistema de Vigilância em Saúde brasileiro, são enquadrados na categoria de causas externas e têm aumentado significativamente e

[1] Assistente Social, Doutora em Educação, Professora Adjunta. Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS-PPG ENFERMAGEM. Email: barbiani@unisinos.br

2 Acadêmica Curso Enfermagem- Universidade do Vale do Rio dos Sinos- Unisinos.

3. Enfermeira, Mestranda em Mestrado Profissional em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

4Acadêmica Curso Enfermagem- Universidade do Vale do Rio dos Sinos- Unisinos

5 Enfermeira, Sanitarista, Técnico Científico da Secretaria Estadual da Saúde/RS- Seção de Saúde da Criança e do Adolescente.

de modo geral na população, contribuindo para a mudança do nosso perfil epidemiológico. Ocupam a primeira causa de morte na faixa etária de 1 a 19 anos Diante da magnitude do fenômeno no país (frequência, anos potenciais de vida perdidos) e transcendência (gravidade, importância econômica-custos, absenteísmo),a notificação das violências foi estabelecida como obrigatória por vários atos normativos e legais. No segmento crianças-adolescentes está prevista no ECA e na Portaria do MS nº 1.968, de 25 de outubro de 2001 [2]. Dentre as diversas formas de violência que impactam de forma decisiva na saúde de crianças e adolescentes se destaca a Violência Sexual, cuja precoce violação produz danos deletérios e incomensuráveis à dignidade humana de toda a sociedade. O MS define violência sexual nesse segmento etário como "todo e qualquer ato ou jogo sexual, seja ele em uma relação heterossexual ou homossexual, no qual os perpetradores estão em estágio de desenvolvimento psicossexual mais adiantado que a criança ou o adolescente, sendo estes indivíduos abaixo de 18 anos [2]. A denúncia e a identificação desses casos vêm aumentando no Brasil, situação que também se reproduz no Estado do Rio Grande do Sul. Diante desse complexo contexto, este trabalho apresenta dados preliminares da pesquisa Indicadores de Saúde de Adolescentes no Rio Grande do Sul, desenvolvida pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS, PPG Enfermagem, em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde – SES, no recorte morbimortalidade da variável violência sexual. Pelo impacto do fenômeno no segmento infantil, optou-se, para este trabalho, em incluí-lo à população principal do estudo. Objetivos: Analisar o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes no Estado do Rio Grande do Sul, na ótica da saúde, caracterizando suas formas de expressão, prevalência e incidência. Metodologia: estudo ecológico descritivo das notificações de casos suspeitos ou confirmados de violência sexual contra crianças (0-9 anos) e adolescentes (10-19 aos) residentes no Rio Grande do Sul, no período de 2010-2015, identificando as seguintes variáveis: tipologia, sexo, faixa etária, raça/cor, local de ocorrência e agressor. As informações coletadas foram extraídas da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET). Resultados: Na série histórica estudada observou-se que as notificações do fenômeno vêm aumentando em todos os extratos etários (crianças, adolescentes, adultos e idosos) , sendo a quarta maior causa geral de violência (9.886 casos).O sexo feminino prevalece em mais de 80% das notificações. Se no cômputo geral das violências a população adulta (acima de 20 anos) é maioria (56,7%), no recorte violência sexual são as crianças (39,5%)e adolescentes (44,0%) as maiores ocorrências, representando 83,60% das notificações (8.608 casos) no período de 2010-2015. Por dia, são registradas em média 4 fichas de notificação de Violência Sexual contra crianças e adolescentes no RS. Entre os meninos a faixa etária mais vulnerável (com maior número de notificações) foi a de 5-9 anos e nas meninas a de 10-14 anos. Entretanto, destaca-se que a faixa etária de 0 a 04 anos correspondeu a 15% das notificações. Em todos os extratos etários o sexo feminino foi prevalente (79,0%). Quanto a variável raça/cor foram declarados brancos 73,87 dos casos, seguidos por 13,52 pardos e 8,41 pretos. O local de ocorrência das violências é a residência (75%) e os principais agressores: amigos/conhecidos (37,6%); pais/padrastos (36,%) e desconhecidos (16,0%), esse último aumentando consideravelmente na população adolescente. O conjunto das informações denota serem as crianças e adolescentes e nesse universo, as meninas, os sujeitos e objetos das notificações de violência sexual no Estado, pelo conhecimento que se pode obter por meio da política da saúde. Apesar desses indicadores revelarem apenas uma das dimensões do fenômeno, aquela que o campo da saúde monitora e alcança, significam um grave quadro de violação dos direitos humanos de crianças e adolescentes que, pela condição peculiar de desenvolvimento devem ser prioritariamente cuidados e protegidos. Conclusões**:** Uma sociedade constituída pela lógica da desigualdade social e por valores adultocêntricos é também persistente na produção de iniquidades sociais. A superação desses obstáculos exige uma ação integrada da esfera pública, a começar no âmbito municipal. A criação e manutenção de uma matriz intersetorial , georefenciada de indicadores, caracterizada por tipologia das violências, perfil das vítimas, agressores e serviços da rede acionados é um instrumento estratégico à discussão qualitativa sobre os impactos, expressões e formas de enfrentamento ao fenômeno, junto aos atores do sistema de garantia de direitos e precisa ser incorporado à gestão dos municípios [3]. A qualificação do atendimento na construção de linhas de cuidado para

atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência é outra iniciativa necessária, articulando esforços e redes intersetoriais.

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

PALAVRAS CHAVE: violência sexual; saúde da criança saúde de adolescente; gestão em saúde

Referências

1. World Health Organization. Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: WHO; 2001 (document WHO/FCH/GWH/01.01).

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2009, 2010 e 2011 Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.[citado 2017 Abr 10]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf

3. Barbiani R. Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde. Saúde debate [Internet]. 2016 Jun [citado 2017 Abr 10] ; 40(109): 200-211. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610916.

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

113.VIVÊNCIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

LIVING IN ADULT INTENSIVE THERAPY UNIT: A REPORT OF EXPERIENCE

EXPERIENCIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO PARA ADULTOS: UN RELATO DE EXPERIENCIA

SILVA, Fernanda Severo da[1]; PINNO, Camila[2]

Introdução: De acordo com a Resolução ANVISA/DC nº 7 de 2010, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é caraterizada como um ambiente crítico destinado à internação de pacientes graves, os quais necessitam de cuidados especializados de forma contínua[1]. É um setor que requer profissionais altamente qualificados e com conhecimento sobre aparelhos sofisticados e complexos que mantem a sobrevida do paciente. Devido a UTI ser considerada um dos ambientes mais agressivos e tensos do hospital, na qual a morte é frequente, os profissionais devem estar sempre alertas para qualquer intercorrência. Dentre os profissionais que atuam na UTI adulto, destaca-se o enfermeiro, que possui papel fundamental na atuação em conjunto à equipe multiprofissional, organização de atividades administrativas, cuidado direto aos pacientes internados e detecção precoce de riscos[2], como por exemplo, a identificação de infecções, já que este é um dos problemas mais frequentes em UTI[3] e que podem levar a sepse grave. Outros dois papeis expressivos do enfermeiro é a análise das condições clínicas dos pacientes e a participação em tomadas de decisão, pois a equipe de enfermagem (enfermeiro e técnico em enfermagem) precisa estar preparada para o atendimento, direcionando as ações e as condutas de forma sistematizada. Portanto, a Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) torna-se um instrumento fundamental que organiza e prioriza os cuidados, impulsionando a equipe a prestar uma assistência de enfermagem de forma segura, dinâmica e competente[2]. Segundo o COFEN - 358/2009, a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, viabilizando a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE), instrumento metodológico orientador do profissional de enfermagem em relação ao cuidado e da documentação da prática profissional. O PE inclui a coleta de dados, os diagnósticos de enfermagem, planejamento das ações ou intervenções de enfermagem e a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados[4]. Diante da complexidade que a área da UTI adulto apresenta, a utilização do PE pode garantir maior segurança ao enfermeiro, facilitando a troca de informações, atenção individualizada e sistematizada, criação do vínculo e humanização da assistência[5]. O conhecimento relacionado ao cuidado do adulto crítico juntamente com as aulas práticas no campo da UTI adulto que o curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria fornece são de extrema importância para a formação do enfermeiro. Porém, devido aos diversos conteúdos e atividades que emergem durante a graduação, por vezes a SAE acaba sendo mais abordada nas aulas teóricas do que nas aulas práticas. E, em alguns momentos, nas aulas práticas não é possível desenvolver o PE completo. Em razão disso, houve o interesse em suprir esta lacuna através de vivência na UTI adulto do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), com o intuito de aprofundar os conhecimentos adquiridos em aulas teórico-práticas e aprimorar/adquirir competências, tomada de decisão e procedimentos de responsabilidade do enfermeiro no ambiente da UTI adulto. **Objetivo:** descrever a vivência realizada por acadêmica de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, localizada no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), e relatar a importância do Processo de Enfermagem neste ambiente. **Metodologia**: Trata-se de um relato de

[1]Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: feh.severo@hotmail.com
[2]Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Professora substituta no Departamento de Enfermagem na UFSM

experiência por uma acadêmica do 5º semestre do curso de enfermagem, a partir da vivência realizada na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). O período de realização da vivência se deu no mês de Julho do ano de 2016, conforme a escala da enfermeira, responsável pela supervisão da acadêmica no campo, totalizando 60 horas. A vivência é um projeto ofertado aos acadêmicos da UFSM pelo HUSM através da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), oportunizando atividades de ensino e extensão. Nesta atividade extracurricular, o aluno recebe acompanhamento de um profissional da área em que pretende realizar as atividades. **Resultados:** Durante o período de vivência foi possível identificar o papel do enfermeiro intensivista. Os enfermeiros detinham vasto conhecimento sobre diversas patologias, procedimentos, medicações, gerenciamento da unidade e trabalho em equipe, o que se tornou fundamental para se estabelecer a SAE com qualidade. A UTI adulto é composta de 10 leitos, três destinados para pacientes em isolamento. Trata-se de um número reduzido de leitos, assim pode-se observar com maior rigorosidade a organização e realização dos cuidados de enfermagem dispensados aos paciente, verificando-se a importância do desenvolvimento e implementação da SAE. Os pacientes desestabilizam muito rápido e os sinais vitais passam por oscilações frequentemente, sendo assim, a observação dos pacientes, a prescrição de cuidados de enfermagem e a avaliação dos cuidados implementados são extremamente necessários. Este campo oportunizou aprofundar os conhecimentos e a prática da SAE, adquirir destreza e domínio do processo de enfermagem, bem como saber identificar o melhor momento para realizá-la. O momento em que é realizada a higienização corporal do paciente é essencial para a realização do exame físico completo, prática fundamental para classificar diagnósticos de enfermagem e estabelecer condutas para a melhora do quadro do paciente. É possível constatar alterações corporais que necessitam de maior atenção, como por exemplo, possíveis lesões ocasionadas pela pressão local da posição em que o paciente se encontra e demais integridades tissulares prejudicadas; características que possam demonstrar desidratação, avaliando o turgor da pele; inadequada perfusão tissular, observando a cianose, bem como a identificação de outras características que visam um cuidado resolutivo. Juntamente com a SAE, algumas outras atividades foram realizadas: cuidados com traqueostomia, tubo oro traqueal, aspiração das vias aéreas e oxigenoterapia; realização da escala de Glasgow, Ransay e de Braden; cuidados com a medicação, dietas parenteral e enteral; monitorização hemodinâmica e controle rigoroso do balanço hídrico; instalação e verificação de Pressão Venosa Central (PVC), Pressão Intra-abdominal (PIA); interpretação de exames e conhecimento sobre patologias e condições clínicas do paciente. Outro aspecto relevante é a presença dos familiares em momentos que são disponibilizadas as visitas aos pacientes. Além de prestar os cuidados ao internado, como acadêmica foi possível analisar os sentimentos que os familiares demonstravam ao lado de seu familiar: como angústia, tristeza, choro, preocupação com o estado de saúde e medo de perder seu ente querido. Foi preciso dar apoio e escuta qualificada. A educação em saúde nos momentos de visita também foi evidente, uma vez que os familiares questionavam sobre o quadro clínico do paciente, sendo necessário explicar e alertar para os cuidados que eles deveriam ter, como por exemplo, a importância de conversar e interagir com o paciente internado, mesmo que este esteja sedado e não respondendo aos estímulos verbais. O trabalho em equipe ficou evidente na UTI, assim como o trabalho multidisciplinar, na qual, profissionais como os médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, dentistas, fonoaudiólogos, nutricionistas, dentre outros, estabeleciam uma relação de conversa e troca de informações, discutindo casos clínicos a fim de encontrar a melhor conduta a ser realizada para o paciente. Além de desenvolver diversas atividades na UTI, pode-se observar a importância que o enfermeiro tem em relação a orientação quanto à realização de técnicas corretas no controle de infecção, buscando a minimização de eventos adversos. A partir disto, percebe-se a importância deste profissional em deter competência e domínio para realizar diversos procedimentos, bem como para poder exercer a SAE com eficácia, proporcionando qualidade na assistência prestada ao paciente internado e buscando a melhora do quadro clínico. O que traz enorme gratificação como acadêmica de enfermagem, em poder acompanhar a trajetória do

paciente desde a sua internação até a sua alta e celebrar com ele a sua recuperação. **Considerações finais:** A realização da vivência na unidade de terapia intensiva adulto proporcionou colocar em prática o conteúdo adquirido durante as aulas teóricas, bem como competências do enfermeiro, como a realização da SAE, tomada de decisão e gerenciamento do trabalho de enfermagem. Sendo assim, esta atividade contribui para a formação dos acadêmicos, uma vez que possibilita agregar experiências e aprendizado sobre uma determinada área, possibilitando a qualificação dos estudantes e futuros profissionais. Através da vivência foi possível observar enquanto acadêmica, crescimento, autoconfiança e reponsabilidade ao prestar os cuidados aos pacientes, proporcionando uma assistência humanizada e de qualidade, levando em consideração o ser humano como um todo, não apenas sua patologia e história clínica, mas saber escutar e entender o seu sofrimento, compreendendo suas angústias e oferecendo apoio, assim para com seus familiares também.

DESCRITORES: Unidades de Terapia Intensiva; Processos de enfermagem; Enfermagem; Cuidados Críticos

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº **7**, 24 de fev de 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 15 dez 2016

2. VIANA, R. A. P. P; WHITAKER, I. Y; et al. Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências. Dados eletrônicos: Artmed, Porto Alegre, 2011.

3. ROCHA, L. F.; LEME, N. A.; BRASILEIRO, M. E. A Atuação da Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde na Unidade de Terapia Intensiva: O que fazer? Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/ADM/Downloads/4552_49%20(1).pdf>. Acesso em: 14 fev 2017

4. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-358/2009. Brasília/DF, 15 de outubro de 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 15 dez 2016

5. ANDRADE, A. C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. Rev Bras Enferm. v. 60, n. 16, p. 96-8, 2007. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a18v60n1.pdf>. Acesso em 15 dez 2016.

114.VIVÊNCIA PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM: DA INSEGURANÇA A COMPETÊNCIA DO RECÉM-GRADUADO

EXPERIENCIA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: DE LA INSEGURIDAD HASTA COMPETENCIA DEL RECIÉN FORMADO

PROFESSIONAL NURSING EXPERIENCES: A NEW GRADUATE DEVELOPMENT OF ABILITIES

RIBEIRO, Polyana de Lima[1]; PAULA, Cristiane Cardoso de[2]; CHERUBIM, Daiane Oliveira[3].

Introdução: O processo de trabalho em enfermagem requer habilidades, competências e saberes que objetivam aprimorar a qualidade à saúde do seu paciente e sociedade. Sabe-se que a tendência dos profissionais de cada área é trabalhar de forma isolada e independente das demais, isto reflete sua formação fragmentada e circunscrita a sua própria área de atuação(1). O cuidado em saúde é sustentado por relações e papéis sociais dos profissionais de saúde, usuários e gestores. No entanto, as situações reais do cotidiano, por vezes são tratadas com obscuridade e descrédito pelos atores sociais(2). Assim, o reconhecimento do enfermeiro é pautado na busca das possibilidades interativas e associativas de contribuição social. Dessa forma, afirmando-se como uma profissão em crescimento que possibilita maior autonomia no trabalho prestado e inserindo-se no processo de mudanças dos diferentes campos de atuação da área da saúde(3). A transição da graduação para o campo de trabalho é altamente complexa e dinâmica, abrange um momento desafiador de muitas descobertas, frustrações, alegrias e realizações. **Objetivos:** Relatar a experiência profissional de uma recém-graduada em enfermagem em um hospital particular da região central do estado do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência vivenciado por uma enfermeira recém-graduada em hospital particular da região central do Rio Grande do Sul, ocorrido nos meses de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017. O enfermeiro realiza treze plantões mensais de doze horas pré-estabelecidos em escala, intercalando com mais três enfermeiras efetivas. Ficando responsável por todas as unidades da competência hospitalar. Cada plantão consta com um médico plantonista, um enfermeiro e quatro técnicos de enfermagem, os quais se subdividem. O hospital contém ao todo 50 leitos, e oferece uma estrutura física de dois andares. O primeiro abrange o ambulatório de pronto atendimento, as unidades e leitos pré e pós-cirúrgicos, o centro cirúrgico e obstétrico, além de salas administrativas da instituição e salas de proveito multiprofissional. No andar superior encontram-se os leitos de ginecologia e maternidade, além da sala de parto e pré-parto. O primeiro contato com a instituição permite tempo máximo de três meses de trabalho, e a realização de um novo contrato em prol da efetividade dos serviços só ocorre mediante votação e posterior acordo entre toda a equipe profissional da empresa. **Resultados:** O impacto com a realidade do mundo do trabalho foi permeado por sentimentos e questionamentos. Além da reflexão maior de que existem muitas diferenças do mundo acadêmico. Pode-se salientar a incoerência de horários em relação a graduação, a qual não oportunizava os estágios obrigatórios curriculares no período noturno, o que divergiu da realidade no âmbito do emprego onde a assistência prestada do trabalho ocorria à noite. Ao mesmo tempo em que a

[1] . Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade (PEFAS). E-mail: polydlr1@gmail.com

[2] Enfermeira Pediatra. Doutora. Docente do departamento de Enfermagem da UFSM.

[3] Enfermeira. Mestranda do PPGEnf pela UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade (PEFAS).

ansiedade se torna um obstáculo para as atividades profissionais, o medo do desconhecido e a insegurança se sobressaíram no início. Devido a esse processo, a vivência dos três primeiros dias era acompanhada de um profissional veterano da instituição. Este buscava ensinar as competências e responsabilidades a qual se deve adotar em relação às normas e rotinas hospitalares. Compreendeu-se que na instituição o enfermeiro responsabiliza-se pelos pacientes atendidos no pronto atendimento, gerencia as internações da unidade, realiza procedimentos de enfermagem, apraza medicações e sistematiza a assistência. O primeiro contato com os outros profissionais do serviço ocorreu em uma reunião prévia para apresentações. Nesse momento houve a exposição das fragilidades e potencialidades que auto avaliava. É preciso estar ciente que, devido a experiência daqueles que estão no serviço a maior tempo, algumas condutas são "justificadas" em relação a procedimentos e técnicas. A resistência da equipe em aceitar o enfermeiro novato, a escassez de recursos materiais e humanos e a falta de experiência profissional prévia são limitações que podem ser enfrentadas no início da carreira[4]. Dessa forma, pode-se dizer que nem todos os profissionais do hospital oportunizavam uma tomada de decisões exclusiva do novo enfermeiro, pois, acreditava que o conhecimento advindo da prática repetitiva era o único o qual deveria ser consentido. No entanto, nem todos os profissionais adotavam essa conduta, alguns se mostraram bastante receptivos a integração do trabalho e complementação de uma melhor qualidade e competência na assistência à saúde dos pacientes. Sempre que havia algum procedimento ou patologia, nunca vista em academia, a dúvida era sanada após discussão e o compartilhamento do conhecimento com toda a equipe de enfermagem. É interessante ressaltar que a qualidade profissional está pautada não apenas na habilidade técnica, que consiste na destreza e agilidade para a realização de procedimentos, mas na capacidade que esse profissional possui de utilizar e integrar seus conhecimentos em situações reais do cotidiano de forma ética e com base em evidencias científicas[4]. Nesse contexto, percebeu-se que tudo que era novo para instituição parecia incorreto, fazer com que os profissionais aceitassem as novas ideias e práticas foi difícil, considerando que muitos estão pautados no modelo de assistência antigo. Para isso, deve-se a formação acadêmica que incentivava, além do embasamento teórico, a realização de estágios extracurriculares, a postura institucional de estímulo ao desenvolvimento educativo visando o apoio dos demais membros da equipe de enfermagem. **Conclusões:** A transição para mundo do trabalho foi permeada de dificuldades. Dentre elas, cita-se o preconceito relacionado à falta de experiência e a pouca idade, os quais são geradores de ansiedade nos enfermeiros que buscam sua afirmação e o respeito como profissionais. A inserção e a aceitação na equipe é uma meta a ser conquistada com a demonstração de, humildade, companheirismo, saber e ciência, de modo a intervir de forma proativa nas diferentes demandas sociais, fatores essenciais para um bom profissional. O reconhecimento é conquistado a partir das atitudes individuais que formam o coletivo, e que, por sua vez, se refletem nos diferentes espaços e campos de atuação. Por fim, é fundamental despertar a visão empreendedora social do Enfermeiro desde a graduação para que, enquanto acadêmicos, estes, adquiram uma visão mais ampliada da profissão de enfermagem, com maior competência política e postura de gerenciamento, favorecendo a futura possibilidade de atuação que vai muito além do trabalho institucionalizado. Assim, a transição para mundo do trabalho é gratificante e ao mesmo tempo instigante, pois a partir das experiências profissionais, inconscientemente supera-se os desafios, a insegurança e os seus próprios limites de formação. É aliando a humildade e a autonomia que se atinge, com vigor e competência, a sua essência enquanto profissional enfermeiro.

DESCRITORES: Assistência à saúde; Enfermagem; Trabalho.

Eixo Temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Revista Escola de Enfermagem USP, 2013; 47(4): 977-83.

2. Albuquerque AM de, Figueiredo DSTO, Freitas FFQ, Leano HAM, Brito MJM. Invisibilidades e implicações para a gerência do cuidar na visão de enfermeiros: relato de experiência. Revista de enfermagem UFPE online, 2016, 10(5): 1884-90.

3. Avila LI, Silveira RS, Lunardi VL, Fernandes GFM, Mancia JR, Silveira JT. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2013; 34(3): 102-109.

4. Jesus BH, Gomes DC, Sillere LBD, Prado ML, Canever BP. Inserção no mercado de trabalho: trajetória de egressos de um curso de graduação em enfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2013; 17(2).

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

115.VIVÊNCIAS DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

LIVING OF NURSING STUDENTS IN PRIMARY CARE: A REPORT OF EXPERIENCE

EXPERIENCIAS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN RELATO DE EXPERIENCIA

CARVALHO, Amanda Steinstrasser[1]; BERNARDI, Camila Milene Soares[2]; LANÇANOVA, Josiane Gripa[3]; RODRIGUES, Sandra Ost[4].

Resumo

Este trabalho expressa o significativo papel do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família, com enfoque em compreender e intervir em um contexto geral, assintindo-se no cuidado integral do paciente e su família. Objetivou-se relatar as experiências vivenciadas por acadêmicas de enfermagem na Atenção Primária a Saúde em uma Estratégia da Saúde da Família. Trata-se de um relato de experiência que consiste em uma prática assistencial vivenciada por acadêmicas de enfermagem do V semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santiago. Evidenciou-se resultados significativos ampliando os conhecimentos e aprendizagens do campo profissional, além de provocar uma reflexão importante a cerca da realidade das famílias acompanhadas neste período. Conclui-se que o papel do enfermeiro é de suma importância, e deve estar vinculado com a sua comunidade de abrangência, para assim, desenvolver ações de educação, prevenção e promoção de saúde resolutas.

DESCRITORES: Enfermeiro; Saúde da Família; Visita Domiciliar; Promoção da Saúde;

Abstract

This paper expresses the significant role of nurses in the Family Health Strategy, focused on understanding and intervening in a general context, focused on the integral care of the patient and his / her family. The objective was to report the experiences of nursing students in Primary Health Care in a Family Health Strategy. It is an experience report that consists of a nursing practice experienced by nursing students of the fifth semester of the Nursing Course at the Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santiago. Significant results were evidenced by expanding the knowledge and learning of the professional field, aside from provoking an important reflection about the reality of the families followed in this period. It is concluded that the role of the nurse is of major importance, and must be linked with its community scope, in order to develop actions of education, prevention and health promotion resolutes.

DESCRIPTORS: Nurse; Family Health; Home visit; Health promotion;

Resumen

[1] Graduando(a) do VII Semestre do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Campus de Santiago, RS. E-mail:amanda_scarvalho@outlook.com.
[2] Graduando(a) do VII Semestre do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Campus de Santiago, RS.
[3] Graduando(a) do VII Semestre do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Campus de Santiago, RS.
[4] Enfermeira Mestre Docente do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Campus de Santiago, RS.

Este trabajo expresa el significativo papel del enfermero en la estrategia de salud de la família, con un enfoque en compreender e intervenir en un contexto general asintindo-se en el cuidado integral del paciente y su família. Objetivo-se relatar a las experiencias vivenciada por academicas de enfermagen del V semestre del cursado de enfermagen de la universidad regional integrada del alto uruguai y de las misiones campus de Santiago. Evidenciou-se resultados significativos ampliando los conocimientos y aprendizaje del campo profesional, mas alla de provocar una reflexion importante cerca de la realidad de las famílias acompañadas en este período. Conclui-se que el papel del enfermero es de suma importancia, y debe estar vinculado con su comunidad de abrangencia, para si, desarrolar acciones de educacion, prevencion y promocion de salud resolutiva.
DESCRIPTORES: Enfermera; Salud; Visita el Hogar; Promoción de la Salud;

Introdução

Desde a década de 1990, as Estratégias de Saúde da Família (ESF) são planejadas com fundamentos na atenção primária, com os princípios de equidade, acesso universal, cuidado contínuo e integral, coordenado conforme seu contexto social com a participação da comunidade[1]. Assim, a atenção primária é a porta de entrada para utilizar os serviços de saúde e é composta por uma equipe multiprofissional, que desenvolve ações de promoção e prevenção em saúde para obter-se um cuidado integral de uma determinada comunidade.

No contexto de ESF, a visita domiciliária é indicada como uma forma de prestar assistência à família em seu ambiente sociocultural, abordando-a de modo integral e individualizado. Diante disso, cita-se o genograma e ecomapa como uma ferramenta para complementar essa assistência e obtém-se informações relevantes sobre a família. São instrumentos que facilitam a avaliação da estrutura familiar, através dos mesmos, é possível ter uma ampla visão da complexidade das relações familiares e são excelentes fontes de informações para o planejamento de estratégias. [2]

A assistência fundamentada na equipe multiprofissional torna-se um elemento de grande eficácia, uma vez que a ideia interdisciplinar inserida pela equipe multiprofissional permite a prestação do cuidado integral, o que torna essas práticas, e em particular a do acolhimento, significativas nas relações afetivas entre os atores envolvidos, ou seja, os profissionais e usuários. [3] Na ESF, o enfermeiro juntamente com a equipe multiprofissional possui um importante papel, para a qualidade da assistência e ações de promoção à saúde, tem condições de detectar fatores de risco aos quais a população está exposta, intervindo sobre os mesmos.

As experiências acadêmicas na prática assistencial nas ESF se dizem respeito ao cuidado ao indivíduo e as coletividades, atuam-se principalmente para a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Destacando-se nesse contexto, as visitas domiciliárias e a aplicabilidade do genograma e ecomapa.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é relatar as experiências vivenciadas por acadêmicos de enfermagem na Atenção Primária a Saúde.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência que consiste em uma prática assistencial vivenciada por acadêmicas de enfermagem do V semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santiago. O local desta prática foi a ESF Carlos Humberto, do município de Santiago, RS, que atende a demanda e as necessidades da população adscrita naquela área. O período foi de março e abril de 2016. As atividades compreendem os cuidados de enfermagem que competem ao enfermeiro na ESF e acompanhamento de uma família a cada dupla de alunos, sugerida pelos ACS da referida área de abrangência, além da construção do genograma e ecomapa compartilhado com a mesma. Destaca-se que todas as atividades tiveram supervisão direta da docente da Universidade e totalizaram uma carga horária de 60hrs.

Resultados e discussão

Durante o período de práticas no ESF, obteve-se a oportunidade de vivenciar e compreender o quanto é importante à atenção primária, e que a partir dela, toda rede funciona, principalmente a referência e contra referência que são fundamentais para melhor resolutividade dos problemas enfrentados pela comunidade adscrita.

Ressalta-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):

> Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade (p.46). [4]

Nesse contexto, destaca-se o significativo papel do Enfermeiro na ESF, com enfoque em compreender e intervir em um contexto geral do paciente e sua família durante a sua fase vital. Este trabalho foi desenvolvido com uma família e juntamente com a bolsista e Professora Supervisora, realizou-se duas visitas domiciliárias e a construção do genograma e ecomapa.

A Visita Domiciliária constitui um dos instrumentos mais indicados na prestação de cuidados à saúde do indivíduo, sua família e comunidade. [5]

A inserção do enfermeiro na equipe de Saúde da Família promove a consolidação do vínculo deste profissional com a comunidade. Tal relação permite à equipe de enfermagem a desenvolver ações efetivas na promoção da saúde da comunidade, uma vez que a aproxima do ambiente de convivência e das relações sociais do indivíduo.[3] Então, dentro desta estratégia de saúde, desempenha-se o papel do enfermeiro com grande êxito, mas também, observa-se que antes de qualquer procedimento como triagens, consultas de puericulturas, exame de preventivos, consultas de enfermagem, curativos, ou simplesmente verificar o nível de glicose do sangue, deve-se sempre acolher e ouvir o que levou este usuário até este serviço, e salienta-se que a escuta e promoção de saúde são fundamentais, para assim, suceder-se um vínculo íntegro entre comunidade e equipe multiprofissional.

Vale salientar, que as Visitas Domiciliárias fizeram parte da vivência na ESF Carlos Humberto, ou seja, acompanham-se as agentes de saúde em sua rotina, e realizou-se duas visitas domiciliárias em prol da promoção da saúde, proporcionando-se em duas tardes de lazer, descontração, trocas de experiências e lições de vida a uma família específica. Teve-se a oportunidade de ver a realidade de usuários que frequentam a Estratégia, e sentir a importância do profissional estar cada vez mais inserido na vivência dessas famílias.

Enfatiza-se com as palavras de Sossai e Pinto:

> As visitas são instrumentos de trabalho preciosos no cuidado estratégico da saúde das famílias, devendo ser utilizadas nas mais diferentes formas de acompanhamento de seus membros, em suas situações conflitantes de saúde-doença e nos diversos momentos do ciclo da vida (p.571). [6]

Neste mesmo momento elaborou-se o Genograma, suscintamente, é o estudo da pessoa, das gerações de sua família até o tempo atual, e o Ecomapa constata-se o relacionamento da família com a sociedade em que convive ou não. Destaca-se este trabalho, pois torna-se uma mistura de sentimentos, tristezas, alegrias, lembranças e emoções que o tempo não irá apagar, e percebe-se que atrás de um ser existe uma história de vida.

Nesse contexto a visita domiciliária como ferramenta do cuidado de enfermagem é de suma importância, pois permite o conhecimento da realidade em que o paciente está inserido e tendo como meta a promoção, manutenção e restauração da saúde, permitindo ao usuário e sua família participação ativa no processo de planejamento, organização, implantação e controle dos cuidados

necessários. A atenção domiciliar é estratégia de intervenção em saúde que possibilita práticas mais próximas do conceito de integralidade. [7]

Através das atividades realizadas em todos os espaços descritos neste trabalho, acredita-se que uma das funções mais relevantes do(a) enfermeiro(a) é a educação em saúde, uma vez que, por meio disso, os sujeitos podem ser motivados a transformarem suas vidas, encontrando-se corresponsáveis pela integridade de sua saúde.

Considerações Finais

O objetivo deste trabalho foi relatar as experiências obtidas durante as práticas de estágio em saúde coletiva II, diante dessas vivências conseguiu-se ter uma visão totalmente reflexiva, do campo profissional que a saúde coletiva abrange, usufruindo-se em vista sua amplitude de ações, em que atende as necessidades sociais em saúde, preocupando-se com a saúde da população.

Observou-se a magnitude em construir vínculos nas relações interpessoais, entre profissionais e usuários, tornando-se este um desafio para a integralidade do cuidado. Sendo que, nessas visitas domiciliárias, o enfermeiro consegue aproximar-se de todo o contexto dessa família, e não considera somente os problemas apresentados pela mesma, mas observa-se também os fatores sociais, econômicos e culturais, reconhecendo de um modo geral.

Constituindo-se essencial entender que, nas relações, os envolvidos são importantes um para o outro, havendo necessidade de respeito mútuo, no qual se abre a disponibilidade de escuta, de se destinar um tempo interno para a relação, em que se pode acolher o outro em seu momento de dificuldade, que não é só biológica; muito pelo contrário, a cada dia que passa, outros fatores tornam-se preponderantes na determinação dos sofrimentos humanos, como os envolvidos com as dores físicas; disponibilizando-se também das responsabilidades pela ação de saúde, pelo cuidar, e por aumentar o coeficiente de autonomia do usuário.

Portanto, este estágio contribuiu para que obtivéssemos um olhar ampliado sobre a atuação profissional da enfermagem na atenção primária, tendo em mente que esta área é de suma importância quando se trata de prevenção e promoção em saúde. Ressalta-se que conhecer a realidade das famílias fez com que o cuidado contribuísse significamente na qualidade de vida dessas pessoas.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

Silva SA, Baitelo TC, Francolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015; 23(5); 979-978.

Pereira APS, Teixeira GM, Bressan CAB, Martini JG. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Rev Bras Enferm. Brasília 2009; maio-jun; 62(3); 407-16.

Garuzi M, Achitti COM, Sato CA, Rocha AS, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. Rev Panam Salud Publica. 2014; 35(2); 144-149.

Brasil MS. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde 2012; CDU 613(9); 46.

Andrade AM, et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília 2014; jan-mar; 23(1); 165-175.

Sossai LCF, Pinto IC. A visita domiciliária do enfermeiro: Fragilidades x Potencialidades. São Paulo: Cienc Cuid Saude. 2010; 9(3); 569-576.

Brito MJM, et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. Esc Anna Nery. 2013; out – dez; 17(4); 603 – 610.

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

116.VIVÊNCIAS EM UM GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA DE FOMENTO AS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS

LIVING IN A GROUP OF STUDIES AND RESEARCH THAT PROMOTES GOOD OBSTETRIC PRACTICES

EXPERIENCIAS EN UN GRUPO DE ESTUDIO Y DE INVESTIGACIÓN QUE FOMENTA EL BIEN PRÁCTICAS OBSTÉTRICA

MEGIER, Elisa Rucks[1]; OLIVEIRA, Isabel Cristine[2]; ROSA, Fábio Mello da[3]; WEILLER, Teresinha Heck[4]

Introdução: As boas práticas à saúde são foco de atenção face às novas concepções de ser humano. Neste sentido, como seres pensantes e atores das práticas de saúde, devem ser considerados protagonistas ativos e participativos no exercício de sua autonomia e na luta pelos seus direitos.[1] As boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento foram desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1996, com intuito de discutir as implicações relacionadas ao parto cesáreo e normal e promover a autonomia e o protagonismo da mulher no processo de parto uma vez que, cerca de 70% a 80% das gestações que ocorrem no mundo são consideradas de baixo risco. No entanto, estudos comprovam que essa realidade não se aplica aos países ocidentais, como o Brasil, nos quais, índices revelam que a cesariana em partos de baixo risco são realizada em 52% dos nascimentos, e no setor privado estes indicadores sobem para 88%.[2] Além disso, demonstram a ausência de protagonismo da mulher no processo de parto e nascimento, destacando-se que a falta de informações e, em muitos casos, questões culturais hegemônicas são predominantes para a prevalência da cultura da cesariana. A reprodução cultural surge com a figura médica, na qual torna-se único detentor do saber, além do entendimento que o parto cesáreo gera menos dor arto cesáreo gerar menos dor, justificando, assim, os elevados índices de cesáreas, mais especificamente, nas últimas décadas.[3] Em uma perspectiva que visa ressignificar as práticas no processo de parto, destacam-se os grupos de gestantes como tecnologia leve e essenciais para resgatar o empoderamento à autonomia da mulher. Nesses encontros, pode-se valorizar a mulher e enfatizar o seu protagonismo nesse processo. Por meio da fala de profissionais qualificados, têm-se a oportunidade de desenvolver boas práticas obstétricas e até mesmo ofertar suporte emocional para uma vivência desse período.[1] Assim, as questões que surgem nos grupos tornam-se pertinentes medida que são discutidas por meio de conhecimento científico e troca de vivências de pessoais.[1] Têm-se como **objetivo** desse estudo, relatar as vivências em um grupo de estudos e pesquisas de fomento as boas práticas obstétricas em uma Instituição de Ensino Superior. **Metodologia**: Trata-se de um relato de experiência, desenvolvida por meio das vivências acadêmicas em um grupo de estudos e pesquisa de fomento as boas práticas obstétricas. Foram desenvolvidas problematizações de temáticas como: parto normal, parto cesáreo, estruturação da maternidade na Alemanha, violência obstétrica, aleitamento materno, suporte básico de vida pediátrico, espiritualidade e odontopediatria. Esses temas foram abordadas em encontros quinzenais, dinamizados em uma Instituição de Ensino Superior (IES), localizada em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul no período de abril à dezembro de 2016. Participavam ativamente dos encontros gestantes, professores e estudantes da graduação de enfermagem e odontologia, residentes em obstetrícia além de

[1] Acadêmica de enfermagem do Centro Universitário Franciscano. elisamegier@hotmail.com
[2] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. isakbel@hotmail.com
[3] Enfermeiro do Município de Santa Maria, especialista em Sistema Público de Saúde. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). enfmello07@gmail.com
[4]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo Cuidado, Saúde e Enfermagem. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do CCS/UFSM. weiller2@hotmail.com

mestrandos da IES em questão. **Resultados e discussões:** Os encontros temáticos eram mediados por um profissional ou estudante, que coordenava o grupo sobre determinado assunto, não send o mesmo predominante de todo o encontro. Utilizaram-se várias dinâmicas para deixar o momento distraído, confortável, favorável à troca de saberes para que os integrantes permitissem que suas experiências pessoais conduzissem parte das discussões. O uso de 'Mitos e Verdades acerca do parto normal e do parto cesáreo" demonstrou curiosidades ao participantes e até surpresas a respeito de usos de técnicas invasivas como a episiotomia, uso do hormônio Ocitocina, Manobra de Kristeller no parto normal considerado incialmente 'verdade' para muitos dos integrantes. Já o assunto da violência obstétrica abordou as intervenções físicas e verbais que a mulher ouve no processo de parto e também alguns direitos como: ter um acompanhante, licença maternidade e a licença paternidade de cinco dias. Destaca-se outro momento importante nas trocas de saberes, o relato de um intercâmbio acadêmico ocorido na Alemanha, na qual os integrantes apresentaram a estruturação da maternidade, as casas de parto que acolhem as gestantes não só até o parto, mas também no período da puericultura. Destacou-se a autonomia do profissional da enfermagem como 'midwife' (parteiro), o qual conduz partos de baixo risco sem a presença de um médico, além do empoderamento que a mulher tem no seu processo de gestação naquele país. Foram apresentadas aspectos do aleitamento materno, na qual a problematização voltou-se para a preparação da mama e hábitos culturais sendo enfatizado questões como "devo expor a mama ao sol durante o período da manhã?"; "devo ficar hidratando a mama para o bico não rachar?"; "tenho que dar as duas mamas para o bebê, para que o leite não empedre?". Somou as discussões à temática do suporte básico de vida pediátrico, na qual foram apresentados situações que podem ocorrer no dia-a-dia com crianças. Percebeu-se que em diversas situações os integrantes não teriam uma boa intervenção, como na situação de 'engasgo' com leite materno ou diante de uma parada cardiorespiratória. Aspectos relacionados ao uso de chupetas e a escovação foram abordados no encontro da odontopediatria e observou-se a surpresa do grupo quanto a restrição de alguns tratamentos dentários não serem adequado no período da gestação. Um clima de tranquilidade e paz permeou a atividade com a temática da espiritualidade, na qual os integrantes foram convidados a sentarem-se de um modo confortável no chão e a refletir sobre suas ações, permitindo partilharam suas angústias, medos e confitos e afirmaram que poucos são os momentos que dedicam para a reflexão e de ações. **Considerações finais**: A vivência permitiu a adesão de novos modos de pensar, ser e agir por meio da curiosidade e da busca de conhecimento em evidências científicas, possibilitando compreender que o conhecimento não deve ser reproduzido, mas contruido de forma cooperativa e multiprofissional. Evidenciou-se que o grupo de estudos e pesquisa, foi essencial e valioso para novas perceções a cerca das boas práticas obstétricas e de novos modos de pensar. Caracteriza-se então, como uma estratégia inovadora para superar as intervenções pontuais na área obstétrica por meio da problematização de temáticas relacionadas a este período e da valorização de experiências pessoais para assegurar o protagonismo da mulher no período gestacional. Destaca-se, que a adesão de gestantes foi fundamental para tornar a experiência mais enriquecedora e que a vivência tornou-se positiva para os participantes.

EIXO TEMÁTICO: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

DESCRITORES: Cuidado; Obstetrícia; Orientação.

Referências

1. Reberte LM, Hoga LAK, Gomes ALZ. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. Rev. Latino-Am. Enfermagem jan.-fev. 2012;20(1):[08 telas].

2. Sáude, OM. Care in normal birth: a practical guide. Geneva; 1996.

3. Bezerra MGA, Cardoso MVLML. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. Rev Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3):414-21.

4. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento; tradução Eloá Jacobina, 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003

.

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

117.VIVÊNCIAS PRÁTICAS EM UMA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA ADULTA
PRACTICAL LIVING IN AN ADULT MEDICAL CLINIC UNIT
VIDA PRÁCTICA EN UNA UNIDAD CLÍNICA MÉDICA PARA ADULTOS

MEGIER, Elisa Rucks[1]; OLIVEIRA, Isabel Cristine[2]; STRECK, Mônica Tábata Heringer[3]; ROSA, Fábio Mello da[4]; CRUZ, Kamilla Borges[5]; WEILLER, Teresinha Heck[6]

Introdução: Durante o preparo para a vida profissional, passamos por muitos momentos de construção de conhecimentos teóricos e práticos. Neste sentido, os estágios da graduação são essenciais para desenvolver habilidades e competências das vivências do processo de gerencimento de Unidades, execução de procedimentos. Além do mais, nesse período há constantes exercícios de pensamento crítico que visam conhecer a percepção das possibilidades e limitações pessoais dentro do contexto ao qual está inserido. O **objetivo** desse trabalho é relatar as vivências práticas de um estágio curricular da graduação em Enfermagem. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência, realizado durante o estágio curricular da graduação em enfermagem. A vivênvia, momento ímpar para a construção do conhecimento e desenvolvimento do protagonismo dos sujeitos durante a formação profissional, ocorreu no período de outubro a novembro do ano de 2016 em uma Unidade de Clínica Médica Adulta de um hospital de médio porte da rede pública, de um município da região central do estado do Rio Grande do Sul. **Resultados e discussão:** a Unidade disponibiliza 100% de sua capacidade operacional para os usuários do Sistema Único de Saúde, a qual recebe usuários referenciados da Atenção Secundária mediante contato com o setor de Internação do Hospital e contato prévio com médico plantonista. O cuidado que os profissionais de saúde dispensam ao usuário tem o objetivo único de assitir o ser humano em sua integralidade. Destaca-se que muitos dos cuidados ofertados nessa instituição hospitalar é multidisciplinar, dependente do trabalho de vários profissionais ao qual é somatório dos pequenos cuidados parciais, resultantes de uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas e de saberes.[1] Atender e cuidar do usuário nessas condições compreende proporcionar o seu bem estar, amenizando o sofrimento de estar em um ambiente hostil, cercado de rotinas diferentes e procedimentos invasivos, mas necessário ao cuidado. Ao ouvir o usuário e compreender sua história de vida, conseguimos muitas vezes, amenizar o sofrimento no proceso de hospitalização. Reconhecer a multidimensionalidade do usuário e as suas necessidades, exigem uma abordagem interdisciplinar para abarcar todas as dimensões do cuidado humano. Caracteriza-se a interdisciplinaridade como um nível de colaboração entre as diversas disciplinas, que permitem a ciência conduzir interações e reciprocidade que ao final do processo interativo, cada disciplina saia

[1] Acadêmica de enfermagem do Centro Universitário Franciscano. elisamegier@hotmail.com
[2] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. isakbel@hotmail.com
[3] Enfermeira EBSERH/HUSM, especialista em saúde pública e saúde do trabalhador. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). monicastreck@hotmail.com
[4] Enfermeiro do Município de Santa Maria, especialista em Sistema Público de Saúde. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). enfmello07@gmail.com
[5] Enfermeira do Município de Santa Maria, especialista em saúde da família e comunidade. kamilla.cruz@hotmail.com

[6]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo Cuidado, Saúde e Enfermagem. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do CCS/UFSM. weiller2@hotmail.com

enriquecida.[2] Nesta perspectiva, o trabalho desenvolvido em conjunto com cursos de Enfermagem, da Nutrição e Fisioterapia certamente foi enriquecedor para os acadêmicos assim como para o usuário. As discussões dos casos clínicos permitiram ampliar o olhar sobre os usuários, sejam nas alterações das dietas ou nas condutas a serem implementadas. O reconhecimento desse trabalho foi percebido quando a abordagem era realizada coletivamente. Os usuários e familiares divertiam-se quando era feito alguma brincadeira e até mesmo porque não precisavam responder mais de uma vez as mesmas perguntas, visto que, com as visitas de diferentes profissionais separadamente, as indagações normalmente são as mesmas. Os docentes também perceberam o quanto foi produtiva essa aproximação, já os colegas entre os cursos expressaram essa gratidão em postagem de rede social. Muitos dos usuários que internavam na Unidade, recebiam o diagnóstico médico de "cuidados paliativos". A certeza da morte era iminente, alguns autores relatam que apesar de tal condição usuário terminal também necessita do cuidado integral, o qual tem sentimentos, opiniões, desejos e a necessidade de ser ouvido e assistido na sua singuaridade.[3] Evidencia-se a importância da equipe multidisciplinar estar preparada para apoiar e orientar sobre as decisões a serem adotadas neste período, além de avaliar as reações dos mesmos e fornecer assistência e apoio para vivenciar o processo de finitude. Não somente usuários e os familiares, mas os acadêmicos em processo de formação enquanto graduandos e futuros profissionais, devemos estar preparados emocional e psicologicamente para compreender o processo de evolução e/ou tratamento da doença, garantido que a atenção a saúde e o princípio da integralidade sejam alcançados. A literatura destaca a importância da abordagem multi e interdisciplinar, sendo imprescindível uma ~~o~~ visão holísticoa dos profissionais. Para a garantia desta assistência, ocorria quinzenalmente um encontro denominado 'Round', nos quais diversas áreas do saber e de integrantes técnicos do Hospital acompanhavam discussões sobre possíveis cuidados a serem implementados em determinado usuário. Durante a vivência de estágio foi apresentado o caso de uma usuária que que necessitava de intervenções que abrangiam a equipe de Enfermagem/ Fisioterapia/ Nutrição/ Medicina/ Serviço Social e responsável técnica da Instituição. Após discussão interdisciplinar foram apontados alguns cuidados a serem implementados como: solicitação de fisioterapia motora, aumento de aporte nutricional, conversa terapêutica, sensibilidade ao 'tocar' na usuário, solicitação de medida judicial para encaminha-la a um centro de cuidados de idoso. Outro momento Desenvolvido durante esta experiência foi o curso do cuidador, ofertado aos familiares auxílio para aprimorar práticas com o usuário acamado, fazendo com que ocorra uma melhora na qualidade de vida de todos os integrantes da família. Os sentimentos e sensações de angustia e falta de conhecimento sobre determinada situação são expressadas e supridas nesse momento de maneira informal e de forma favorável para a troca de saber. Diante das necessidades do mercado em desenvolver estratégia de incremento da qualidade dos serviços de saúde, Houve a oportunidade de participação de um momento relevante para a Unidade, bem como para a instituição hospitalar, com a finalidade de garantir a qualidade da assistência, por meio de padrões da Acreditação Hospitalar.[4] O programa de Acreditação Hospitalar ocorreu em três dimensões: o processo educacional e processo de avaliação e; certificação da qualidade dos serviços, sendo possível a participação na primeira dimensão, que abarcou a elaboração das rotinas diárias, capacitação e organização física da unidade. A capacitação foi ministrada por uma professora supervisora de campo prático para os técnicos de enfermagem e graduandos que ali se encontravam. O momento durou em torno de 1h e a temática abordou a atuação em uma parada cardiorrespiratória e o uso do desfibrilador elétrico automático, defibrilador,

cardioversor e eletrocardiógrafo. Além do mais, foi possível construir rótulos e etiquetas padronizados para a Unidade, identificando os locais com matérias e utilidades. **Considerações finais:** Destaca-se que as vivências do estágio curricular proporcionou aliar o conhecimento teórico e prático, possibilitando a reflexão da atuação do enfermeiro em diversos contextos. A vivência com os clientes e suas patologias/enfermermidades, contribuiu para o o desenvolvimeno de habilidades e competências práticas, assim como a abordagem humanizada necessária para qualificar os serviços de saúde.

DESCRITORES: Cuidado; Enfermagem; Vivências

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Cecílio LC, Merhy EE. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: Matos E, Pires DEP. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 338-46.

2. Pinheiro R, Junior, RMKRC. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 9(4):1079-1085, 2004

3. Rosa DSS, Couto SA. O enfrentamento emocional do profissional de enfermagem na assistência ao paciente no processo da terminalidade da vida. Revista Enfermagem Contemporânea. 2015 Jan./Jun.;4(1):92-104.

4. Manzo BF, Brito MJM, Corrêa AR. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP 2012; 46(2):388-94.