



III Seminário Internacional

Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde

X Semana de Enfermagem

Universidade Federal de Santa Maria



III Seminário Internacional

Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde

ANAIS

X Semana de Enfermagem

Universidade Federal de Santa Maria

TRABALHOS APRESENTADOS EM SESSÃO DE POSTER NO DIA 26 DE MAIO – TURNO: MANHÃ



1. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM CENTRO OBSTÉTRICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	6
2. A CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	9
3. A FAMÍLIA CONVIVENDO COM A ESTOMIA: IMPLICAÇÕES NA REDE SOCIAL DE APOIO.....	12
4. A IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL MILITAR.....	20
5. A LONGITUDINALIDADE NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS IDOSOS DO SUL DO BRASIL.....	28
6. AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE GERMES MULTIRRESISTENTES AOS VISITANTES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	31
7. AÇÕES EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA PARA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	34
8. ACOLHIMENTO COMO UM ELEMENTO VINCULADO À HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL: NA ÓTICA DE GESTANTES.....	37
9. ADOLESCENTES USUÁRIOS DE UM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO DO SUL DO BRASIL: NOTA PRÉVIA.....	44
10. ANÁLISE DO NÍVEL DE ESTRESSE DOS ENFERMEIROS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE.....	47
11. AS METODOLOGIAS ATIVAS COMO CAMINHO PARA A AUTONOMIA DO ESTUDANTE: REFLEXÃO TEÓRICA.....	50
12. ASSÉDIO MORAL ENTRE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO: UMA REVISÃO NARRATIVA.....	59
13. ASSÉDIO MORAL NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR: UM ESTUDO DE TENDÊNCIAS.....	62
14. ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ANEMIA FALCIFORME.....	65
15. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM HIV: TENDÊNCIA DAS PRODUÇÕES DE ENFERMAGEM.....	75
16. BUSCA ATIVA DE PACIENTES EM MORTE ENCEFÁLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	78
17. CAPACIDADE FAMILIAR NO CUIDADO DESENVOLVIDO ÀS CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV.....	81
18. CONSTRUÇÃO DO CUIDADO DOMICILIAR E A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	84
19. CONSTRUINDO COMPETÊNCIAS INVESTIGATIVAS NO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO NA ATENÇÃO HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	87

20. CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	94
21. CONTRIBUTOS MULTIDISCIPLINARES NA VISITA DOMICILIAR.....	101
22. CONTROLE SOCIAL EM AÇÃO: EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DE UM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE.....	109
23. CRIAÇÃO E CONDUÇÃO DA LIGA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM DA UFRGS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	116
24. CUIDADO A PACIENTE COM TORACOTOMIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	120
25. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM FISSURA LABIOPALATINA.....	123
26. CURSO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES COMO ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	126
27. CUSTO HUMANO NO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	129
28. DANOS A SAÚDE RELACIONADOS AO TRABALHO EM POLICIAIS MILITARES: RESULTADOS PRELIMINARES.....	132
29. DE QUE MORREM ADOLESCENTES E JOVENS EM PORTO ALEGRE/RS?.....	139
30. DEPRESSÃO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM REGIME DE TURNOS EM UM HOSPITAL DO SUL DO PAÍS.....	142
31. DESAFIOS, AVANÇOS E PERSPECTIVAS DE CUIDADO ÀS FAMÍLIAS SAUDÁVEIS NO SUL DO BRASIL.....	144
32. DESCRIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA FEBRE AMARELA NO BRASIL: ALERTA SOBRE A EXPANSÃO DA DOENÇA.....	147
33. EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	157
34. ENFERMAGEM E A PRÁTICA DA EPISIOTOMIA: UMA REVISÃO NARRATIVA.....	160
35. ENSINO E APRENDIZAGEM EM ANATOMIA HUMANA: UMA ANÁLISE PELO DISCENTE DE ENFERMAGEM.....	167
36. EQUIPE DE MATRICIAMENTO PARA O ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL: AVANÇOS E DESAFIOS.....	178
37. FAMÍLIAS RURAIS E PLANTAS BIOATIVAS: ESTIMULANDO O VÍNCULO E A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO.....	185
38. FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM AMBIENTE HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	188
39. FORMAÇÃO DE GRUPO DE PESQUISA SOBRE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES CUTÂNEAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	199
40. FRENTISTAS DE POSTOS DE COMBUSTÍVEIS: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE TRABALHADORES DE SANTA MARIA-RS.....	202
41. GERENCIAMENTO DE SEGURANÇA EM ENFERMAGEM: REVISÃO DE LITERATURA.....	205
42. GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	208
43. INFECÇÃO EM CATETER VENOSO CENTRAL: REVISÃO NARRATIVA DE ENSAIOS CLÍNICOS DE ENFERMAGEM.....	211
44. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM ADOLESCENTES NO RS: MARCADORES DE FEMINIZAÇÃO E JUVENIZAÇÃO DO FENÔMENO.....	221
45. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (ATP-IINFOC-TB): ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO.....	224

46. INTERDISCIPLINARIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA-RS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	233
47. INTERNAÇÃO CIRÚRGICA: ENFOQUE DE UM ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	236
48. INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	244
49. MEDICAÇÕES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	247
50. O ACOLHIMENTO AOS FAMILIARES EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO ADULTO: UMA PRÁTICA DE ENFERMAFEM.....	250
51. O CONSUMO DO ÁLCOOL NA GESTAÇÃO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	258
52. O CUIDADO FAMILIAR AS CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE REVISÃO.....	266
53. O ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO AO PRÉ-NATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	273
54. O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE AO HIV NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ.....	279
55. OUTROS MODOS DE PENSAR A PESQUISA QUALITATIVA EM ENFERMAGEM: REFLEXÃO A PARTIR DA VERTENTE PÓS-ESTRUTURALISTA.....	285
56. PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE COM NEOPLASIA COLORRETAL.....	293
57. PERCEPÇÃO E EXPERIÊNCIA PEDAGÓGICA DE DOCENTES QUANTO AO CURRÍCULO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	302
58. PERFIL DE IDOSAS EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA FILANTRÓPICA DA REGIÃO SUL DO BRASIL.....	305
59. PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES INFANTIS POR DOENÇAS CRÔNICAS NO RIO GRANDE DO SUL.....	308
60. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FLEBITE: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA.....	311
61. PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR E A ENFERMAGEM: REPERCUSSÕES PARA O ATENDIMENTO À CRIANÇA.....	320
62. PROCESSO DE TRABALHO E O GERENCIAMENTO DO CUIDADO: RELIGANDO SABERES SOBRE O PAPEL DO ENFERMEIRO.....	323
63. PROJETO ACAMPAVIDA: ABORDANDO O ALZHEIMER COM GRUPO DE IDOSOS POR MEIO DE OFICINAS LÚDICO PEDAGÓGICAS.....	326
64. REAÇÕES E PROBLEMAS VIVENCIADOS POR TRABALHADORES DE ENFERMAGEM VÍTIMAS DE ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO.....	334
65. REFLEXÕES ACERCA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS CRIANÇAS INTERNADAS EM UTI PEDIÁTRICA.....	337
66. RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: ATIVIDADES DE ENFERMAGEM.....	340
67. RESILIÊNCIA: REVISÃO DE INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA PESQUISA E POPULAÇÕES ESTUDADAS.....	343
68. RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA RELACIONADA A KLEBSIELLA SP. EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO.....	350
69. RODA DE CONVERSA SOBRE ESTRESSE NO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM CLÍNICA CIRÚRGICA: EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO DE APOIO.....	359

70. SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE AMBULATORY VERSION: REVISÃO NARRATIVA.....	362
71. SALA DE AULA INVERTIDA PARA ABORDAR RESOLUÇÃO 466/2012: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	365
72. SAÚDE OCULAR DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA-RS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	368
73. SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE CARDIO-INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	371
74. SEGURANÇA DO PACIENTE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: NOTA PRÉVIA.....	374
75. VIVÊNCIA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ ERASMO CROSSETTI: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	377
76. VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM FRENTE À ELABORAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PÓS-CIRÚRGICO.....	380
77. VIVER MAIS, FAZER MAIS, VIVER MELHOR: DISCURSO E BIOPOLÍTICA NA CONTEMPORANEIDADE.....	383



1. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM CENTRO OBSTÉTRICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

NURSE ACTING IN THE OBSTETRIC CENTER: EXPERIENCE REPORT

LA ATUACIÓN DEL ENFERMERO EN EL CENTRO OBSTÉTRICO: UN RELATO DE EXPERIENCIA

Souza, Lidiane Carvalho de¹; Hausen, Camila Freitas²; Langendorf, Tassiane Ferreira³; Quadros, Jacqueline Silveira de⁴

Introdução: o centro obstétrico caracteriza-se como uma unidade hospitalar complexa, sendo um serviço de porta aberta para a população, fornecendo assistência especializada às mulheres em trabalho de parto, parto, aos recém-nascidos (RN) e puérperas, bem como as urgências e emergências obstétricas. Diante disso, o centro obstétrico atua vinculado a outros setores, como a maternidade e a UTI neonatal, esta última em um hospital de alta complexidade.¹ Neste contexto, destaca-se a equipe de enfermagem, a qual atua na promoção da assistência obstétrica segura e humanizada, por meio conhecimento clínico, baseado nas evidências científicas, buscando identificar e explorar a singularidade de cada mulher. Neste cenário faz-se importante pontuar o respaldo legal, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 0516/2016², que norteia a atuação do profissional enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetriz, na área da gerência, do ensino e da assistência durante pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério. A integralidade da visão do enfermeiro associada ao Processo de Enfermagem, devem auxiliar no empoderamento e na autonomia das mulheres, respeitando suas capacidades e/ou limitações fisiológicas e psicológicas, contribuindo para que vivência do parto e o nascimento seja um processo natural.¹ **Objetivo:** descrever a vivência de acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem ao acompanhar a atuação do profissional enfermeiro no Centro Obstétrico. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de atividade acadêmica extracurricular desenvolvida no Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) por uma acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). A atividade extracurricular tem como objetivo proporcionar ao estudante a possibilidade de aprimorar as competências e habilidades técnico-científicas, ético-políticas e socioeducativas ao se integrar e desenvolver ações pertinentes ao cuidado de enfermagem na unidade de escolha para realizar a atividade. Esta, foi realizada no período de janeiro até fevereiro de 2017, totalizando 120 horas, sob a supervisão de uma enfermeira do setor e de uma professora orientadora. A unidade é composta por 13 leitos sendo quatro destes destinados à pacientes em recuperação pós-anestésica após a realização de cesariana, seis voltados às pacientes internadas em trabalho de parto ou pós-parto e os demais às pacientes que permanecem em observação no serviço. Conta ainda com uma sala de acolhimento, dois boxes para avaliação obstétrica, uma sala para realização de ultrassonografias obstétricas, duas salas de parto e uma sala de cirurgia. **Resultados e discussão:** Por meio desta experiência foi possível acompanhar atuação do enfermeiro no cuidado direto às pacientes em trabalho de parto, parto e pós-parto, atividades administrativas, como também, na

¹ Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista assistencial no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). E-mail: lidiane.szx@hotmail.com

² Acadêmica de Enfermagem na UFSM.

³ Enfermeira. Doutora. Professora no Departamento de Enfermagem da UFSM.

⁴ Enfermeira Obstétrica. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem na UFSM. Professora no Departamento de Enfermagem na UFSM.

assistência multiprofissional e no relacionamento interpessoal com os demais membros da equipe. A participação da acadêmica durante o acolhimento das gestantes, colaborou para o entendimento acerca da classificação de risco e a necessidade de busca contínua de conhecimento científico para sua execução, devido assumir particularidades próprias relacionadas ao período gravídico.³ A classificação de risco permite que a mulher receba atendimento conforme sua gravidade clínica, e não por ordem de chegada, possibilitando assim a identificação de situações que possam ameaçar a vida da mãe e do feto, dessa forma, oferecendo um atendimento mais rápido e seguro.³ Ao acompanhar emergências obstétricas foi possível estabelecer a relação teórico-prática acerca de temas/situações como pré-eclâmpsia, eclâmpsia e descolamento prematuro de placenta, vivenciando a prática do enfermeiro na assistência às urgências e emergências obstétricas. Ainda, foi possível acompanhar a realização de testes realizados no pré-parto, como teste rápido para HIV e Sífilis, possibilitaram o desenvolvimento de habilidades como orientações pré e pós-teste, leitura clara e objetiva dos resultados, reflexão a respeito da relevância do rastreamento precoce destas patologias com vistas ao impacto positivo na redução da morbimortalidade e mortalidade infantil.⁴ Ao prestar assistência no momento do trabalho de parto e parto foi possível promover ações de humanização e auxílio na desmedicalização do parto por intermédio de tecnologias não-farmacológicas de alívio da dor como: incentivo a posição verticalizada do parto, deambulação, massagens corporais e banho de aspersão; estímulo e auxílio na realização de exercícios com a bola suíça e “cavalinho” (cadeira com assento invertido, auxilia a gestante na liberação da pressão exercida nas regiões lombar e sacral), bem como exercícios respiratórios. São passos importantes para humanização do parto e nascimento no serviço de saúde, novos desafios que demandam de atitudes de todos os profissionais da saúde, em uma perspectiva transformadora da prática obstétrica.¹ Quanto à recepção do recém-nascido foram realizadas as rotinas institucionais, como: administração de vitamina K intramuscular afim de prevenir hemorragias; identificação do RN por meio da pulseira contendo o nome da mãe, data e hora do nascimento e sexo; aplicação de colírio tobramicina para prevenção de oftalmias neonatais, quando necessário. Por meio de uma atuação proativa do enfermeiro, foram estimuladas também ações como o contato pele a pele do binômio mãe-bebê e amamentação na primeira hora de vida, fortalecendo o vínculo entre mãe e filho, ação importante no apoio ao aleitamento materno e que, consequentemente, contribui de maneira significativa com o aumento nas taxas de aleitamento materno no país.⁵ Além de todas as atividades já mencionadas, a vivência proporcionou o aperfeiçoamento no desenvolvimento de procedimentos e técnicas como punção venosa, administração de medicamentos e sondagem vesical de sistema fechado, bem como dos registros de enfermagem e desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem, ambas ações importantes no cotidiano assistencial. **Conclusão:** A experiência de acompanhar o enfermeiro em sua rotina de trabalho no centro obstétrico contribuiu para formação acadêmica e profissional. Dessa forma, possibilitou o entendimento acerca de papel do enfermeiro, suas atribuições e demandas de serviço neste setor, como também, o aprimoramento dos conhecimentos teóricos e práticos. Durante este período, foi possível observar as dificuldades para articulação na rede de atenção à saúde, especialmente no processo de acompanhamento da mulher durante o pré-natal e planejamento reprodutivo. Sabe-se que esses acompanhamentos são de extrema importância para construção da autonomia da mulher, fornecendo subsídios para seu empoderamento e protagonismo no processo de parir. Nota-se que a enfermagem está empenhada em envolver as famílias no cuidado com a parturiente e recém-nascido, proporcionando um ambiente acolhedor, e cuidados de enfermagem de forma individualizada e humanizada, buscando promover a ressignificação do parto e nascimento como processos fisiológicos.

DESCRITORES: Cuidados de Enfermagem; Humanização da Assistência; Enfermagem Obstétrica; Saúde Materno-Infantil; Parto Humanizado.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências:

1. Dias, MAB; Domingues, RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciências & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro (RJ); 2005; 10(3): 3669-706.
2. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 0516/2016. Brasília (DF); 2016.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
5. Matos, TA; et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília (DF), 2010; 63(6): 998-1004.



2. A CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE CONSTRUCTION OF AN INSTRUMENT OF HEALTH EDUCATION: A REPORT OF EXPERIENCE

CONSTRUCCIÓN DE UNA HERRAMIENTA EDUCATIVA EN LA SALUD: LA INFORME DE EXPERIENCIA

SAMPAIO, Clecia de Oliveira¹

Introdução: As Doenças Crônicas Não Tramissíveis (DCNT) são consideradas um sério problema de saúde pública¹. No Brasil, em 2013, as DCNT foram a causa de aproximadamente 72,6% das mortes segundo Sistema de Informações sobre Mortalidade do ano de 2015. Isso configura uma mudança no cenário de doenças com a larga presença de DCNT, e se apresenta como um novo desafio para os gestores de saúde². A dimensão das DCNT dentre as causas de mortalidade global e o fato de seus fatores de risco serem comuns aos de outras doenças crônicas orientaram a formulação de estratégias preventivas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o enfrentamento das DCNT, assim com o desenvolvimento e a implantação de estratégias de controle³. As estratégias e ações propostas no *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022* encontram-se estruturadas em três eixos: vigilância; informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; e cuidado integral¹. Resalta-se que para compreender as concepções de educação em saúde é necessário buscar entender as concepções de educação, saúde e sociedade⁴, além disso, é possível acrescentar a esta ressalva a necessidade de se compreender essas concepções a respeito do trabalho em saúde e suas relações com os usuários do trabalho educativo. O estágio no Núcleo de Apoio a Família (NASF) possibilitou a reflexão do desafio para os profissionais de saúde e o ser que possui a doença sobre métodos que auxiliem a compreensão das doenças e a melhor adesão ao tratamento dos usuários do SUS. Acredita-se que encontrar um método mais simples para facilitar o entendimento da doença e a troca de conhecimento dos usuários do SUS e o profissional de saúde possibilita estimular as práticas de autocuidado dos sujeitos no processo saúde-doença e consequentemente a promoção da qualidade de vida. Dessa maneira, teve-se como objetivo: relatar a construção e aplicação de um instrumento de educação em saúde para profissionais e usuários da atenção básica de saúde. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo do tipo relato de experiência. Realizado por uma estagiária de nutrição durante o estágio em Saúde Coletiva no NASF no município de Santo Antônio de Jesus, interior do estado da Bahia, no período de dezembro de 2015 a março de 2016. O método escolhido foi o método de linguagem visual e então foi criado um instrumento de educação e saúde, o *Manual Ilustrado para Atendimento*. As representações contidas no manual foram escolhidas de acordo as doenças mais frequentes observadas durante o estágio. As representações foram distribuídas unitariamente por página, numeradas, impressas em papel ofício tamanho A4 e depois armazenadas em folhas de plástico e organizadas em um fichário para evitar danificação. Todas as representações escolhidas são imagens coloridas e de fácil visualização. Todas as imagens utilizadas na montagem do material ilustrativo estão sob a licença *Creativ Commons*. Além disso, o

¹ Nutricionista. Mestranda do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
E-mail: sampaioclecia@yahoo.com.br

manual não possui fins lucrativos e, portanto, não pode ser comercializado. O manual contia apenas imagens para auxiliar o profissional de saúde no momento das explicações e orientações acerca da doença. O manual ilustrado foi entregue aos profissionais de saúde do NAFS para auxiliar nos atendimentos aos usuários com DCNT. **Resultados e Discussão:** através de diálogos e atendimentos com os usuários do SUS, durante o estágio em Saúde Coletiva no NASF, percebeu-se que os mesmos possuíam o diagnóstico da doença, mas não conheciam as ações que as doenças causam no organismo e notava-se também que isso interferia na aceitação de suas condições de saúde, na adaptação ativa a esta condição, e na consciência para o autocuidado. Os usuários do SUS tinham diagnósticos de DCNT e relatavam não compreender o porquê da utilização das medicações, horários, controle de saúde por meio de exame sanguíneo e físico, mudanças que ocorria no seu organismo e no seu bem estar, bem como recomendações de algumas práticas saudáveis como educação alimentar e prática de atividades físicas. A educação em saúde é necessária e o entendimento da doença pelo os usuários é relevante para o autocuidado. O SUS atualmente é dividido em três grandes níveis de atenção, uma das divisões é a Atenção Básica. Está inserida a Atenção Básica os cuidados de acompanhamento de rotina, além dos cuidados preventivos como a educação em saúde e a filosofia do autocuidado, estes incluídos nos principais objetivos da Estratégia de Saúde da Família¹. O autocuidado não pode ser inserido como exclusiva responsabilidade do indivíduo e de sua família. O autocuidado faz parte da responsabilidade profissional e das instituições de Saúde, pois dialogar sobre as necessidades de cuidado da pessoa em relação à sua condição crônica é importante e função da atenção primária⁴. Dessa forma, isto pode intervir no cultivo de hábitos e atitudes que promove qualidade de vida de quem convive com a doença ou mesmo na identificação de fatores de risco que possa intensificar negativamente a condição de saúde. Nesse processo, a compreensão da doença pode ser facilitada através de instrumentos de educação em saúde que podem ser desenvolvidos, que seja claro e eficiente para ambos - profissionais de saúde e usuários do sistema único de saúde, assim incentive adesão do tratamento e as práticas de autocuidado de modo a reconhecer e prevenir complicações, colaborando assim para autonomia dos sujeitos no processo saúde-doença e por consequência a promover da qualidade de vida. Notou-se que o método mais simples para facilitar o entendimento da doença e a troca de conhecimento pelos usuários do SUS e os profissionais eram através de imagens do corpo e imagens dos procedimentos realizados de acordo com cada doença. Além disso, foi possível perceber por meio das falas dos usuários a satisfação por conseguirem compreender o que acontece no seu organismo e porque utilização de um método de tratamento e cuidados de saúde necessária para melhoria da sua condição de saúde. Dessa maneira, a estagiária de saúde coletiva através do método de linguagem visual criou um instrumento de educação e saúde, um manual, o *Manual Ilustrado para Atendimento*. O manual possuía imagens que descreviam as principais DCNT encontradas no serviço, as imagens eram coloridas, legíveis e licenciadas. A linguagem visual auxiliar a linguagem oral para o entendimento da doença. A linguagem visual é um conhecimento artístico e, principalmente, o pensamento visual, por ter uma natureza bastante sintética, ou seja, por conseguir sintetizar grande quantidade e variedade de conteúdo, por meio de imagens ou símbolos, constituem forma eficaz de aprimorar competências, principalmente no que diz respeito à compreensão, interpretação e representação das informações⁵. O manual ilustrado foi entregue aos profissionais de saúde do NAFS para auxiliar nos atendimentos aos usuários com DCNT. Assim, o *Manual Ilustrado para Atendimento* foi resultado de uma reflexão da necessidade de método mais simples para facilitar o entendimento da doença e ao mesmo tempo auxiliar a troca de conhecimento no ato do atendimento pelos usuários do SUS e o profissional de saúde. **Considerações Finais:** O estagio do NASF permitiu reconhecer que o adoecer é um fato que ocasiona reflexões para a vida do ser humano, e quando a doença é de longa duração ou não curável é necessário conhecer o tratamento e a doença para lidar com a situação e poder cuidar melhor da

saúde. Além disso, possibilitou observar a importância e que o ser protagonista conheça a doença para conviver autonomamente. Com a observação e o contato com os usuários do SUS foi possível pensar em um método mais simples, os instrumentos de educação em saúde como o *Manual Ilustrado para Atendimento*, que foi desenvolvido para os profissionais e os usuários do SUS com uma estratégia para melhor compreensão das DCNT. Ressalta-se que seria importante um estudo de análise e validação do *Manual Ilustrado para Atendimento* como uma estratégia de enfrentamento de DCNT e futuramente ser disponível a todos os profissionais de saúde que atuem na atenção primária. Este manual foi uma atitude para que se estimule criação de estratégias, além de trazer uma conquista pessoal de colaborar para o cuidado em saúde e por consequência uma tentativa de promover da qualidade de vida.

DESCRITORES: Educação em saúde; Atenção Primária, Saúde Pública

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referencias:

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
3. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: OMS; 2005 [capturado 26 abril 2017]. Disponível em: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf
4. Cardoso M. J. A. Trabalho, Educação e Saúde: Reflexões Críticas de Joaquim Alberto Cardoso de Mello. Educação e as Práticas de Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). ESPSJ. Rio de Janeiro. 2007.
5. Braathen P.C. A linguagem visual nas escolas. Metodologia de ensino, Viçosa. Brasil, 2012; [capturado 17 abr. 2017]. Disponível em: <http://www.tecnologiaetreinamento.com.br/educacao/metodologia-de-ensino/a-linguagem-visual-nas-escolas>

3. A FAMÍLIA CONVIVENDO COM A ESTOMIA: IMPLICAÇÕES NA REDE SOCIAL DE APOIO

THE FAMILY CONVIVING WITH STOMY: IMPLICATIONS IN THE SOCIAL SUPPORT NETWORK

LA FAMILIA QUE RESIDAN CON OSTOMÍA: IMPLICACIONES PARA LA RED DE APOYO SOCIAL

SIMON, Bruna Sodré¹; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin²; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira³; GOMES, Joseila Sonego⁴; GOMES, Taís Falcão⁵; DALMOLIN, Angélica⁶.

Resumo

Introdução: conviver com a estomia permanente acarreta diversas alterações no estilo de vida da pessoa com estomia e sua família. **Objetivo:** identificar as implicações do conviver com a estomia na rede social de apoio da família. **Metodologia:** pesquisa de campo, qualitativa, exploratória e descritiva. Com coleta de dados entre janeiro e abril de 2013 no domicílio de sete famílias de pessoas com estomia, por entrevista semiestruturada, observação simples registrada no diário de campo e Mapa Mínimo das Relações. Os dados foram trabalhados pela análise de conteúdo temática. **Resultados/discussão:** conviver com um estomia permanente traz implicações que podem ser restritivas do convívio com a rede social de apoio da família advindo do isolamento social e do preconceito, mas também ampliadas com novas redes, valorização da vida e manutenção das amizades. **Considerações Finais:** os enfermeiros podem formular estratégias de ativação das redes sociais de modo a modificar este cenário.

Descriptores: Estomia; Família; Rede social; Enfermagem.

Abstract

Introduction: living with permanent stomies causes several changes in the lifestyle of the person with the stoma and his family. **Objective:** to identify the implications of socializing with the stomy in the social support network of the family. **Methodology:** field research, qualitative, exploratory and descriptive. With data collection between January and April 2013 at the home of seven families of people with stomies, by semi-structured interview, simple observation recorded in the field diary and Minimum Map of Relationships. The data were analyzed by thematic content analysis. **Results/discussion:** living with a permanent stomy has implications that can be restrictive of social interaction with the family's social support, resulting from social isolation and prejudice, but also expanded with new networks, valuing life and maintaining friendships. **Final Considerations:** nurses can formulate strategies for activating social networks in order to modify this scenario.

Descriptors: Ostomia; Family; Social networking; Nursing.

Resumen

Introducción: vivir con ostomía permanente trae varios cambios en el estilo de vida da persona con ostomía y su familia. **Objetivo:** identificar las consecuencias de vivir con el ostomía em la red social apoyo de la familia. **Metodología:** investigación de campo, cualitativo, exploratorio y descriptivo. Con recopilación de datos entre enero y

¹ Enfermeira. Mestra em Enfermagem, Docente Assistente na Universidade Federal do Pampa, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. E-mail: enf.brusimon@gmail.com

² Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente aposentada do Departamento de Enfermagem/UFSM e Docente do PPGEnf/UFSM.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf/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. Mestra em Enfermagem, Residente do Programa de Residência Multiprofissional da UFSM.

⁶ Enfermeira. Mestranda do PPGENF/UFSM.

abril de 2013 en el hogar de siete familias de personas con ostomía, con entrevista semiestructurada, simple observación registrada en el diario de campo y Mapa de Relaciones Mínimos. Los datos fueron trabajadas por los análisis de contenido temático. Resultados/Discusión: vivir con un ostomía permanente tiene implicaciones que pueden ser restrictiva interacción con la red social de apoyo familiar que surge de aislamiento social y los prejuicios, pero también se amplió con nuevas redes, desarrollo de la vida y mantener amistades. **Consideraciones finales:** las enfermeras pueden hacer que las estrategias de activación de las redes sociales con el fin de modificar esta configuración.

Descriptores: Estomía; Familia; Red social; Enfermería.

Introdução

As pessoas com estomia correspondiam no ano de 2015 a mais de 100 mil cadastros pela Associação Brasileira de Ostomizados.¹ As estomias intestinais ou urinárias do tipo permanente, ou seja, aquelas em que não haverá possibilidade de reversão podem ser caracterizadas como uma condição crônica de saúde, pois demandam necessidades de cuidados contínuos e prolongados.²⁻³

Neste sentido, conviver com a estomia do tipo permanente, implica diversas alterações que modificam o estilo de vida e relações sociais, com destaque as mudanças nos hábitos alimentares, na maneira de se vestir, atividades do cotidiano, como laborais, afazeres domésticos, atividades físicas e de lazer; relação com o parceiro e as alterações fisiológicas.²

Reconhece-se que essas modificações não afetam apenas a pessoa que tem a estomia, mas todos que convivem com ela, em especial sua família, a qual muitas vezes é a principal cuidadora e fonte de apoio.³ Compreende-se por família, a constituição que excede as relações de consanguinidade, podendo ser as de adoção, afeto ou matrimônio.⁴

Assim, percebe-se que diante da condição crônica imposta pela presença da estomia, as famílias se articulam e buscam caminhos para desempenhar o cuidado a seu familiar.⁵ No entanto sua rotina e, consequentemente, as redes sociais de apoio também se modificam, devido a necessidade de prestar esse cuidado.³

Para tanto, comprehende-se que as redes sociais de apoio são contempladas por todas as pessoas com que se mantém um contato/relação podendo alterar-se devido à presença do adoecimento. Destaca-se que as redes sociais tem efeitos diretos na saúde das pessoas, tanto positivo quando a rede mantém laços fortes e confiáveis, quanto negativo quando apresenta-se fragilizada.⁶

Nesta perspectiva este estudo questiona: Quais as implicações que conviver com a estomia gera na rede social de apoio da família? Para responder essa questão, objetivou-se identificar as implicações do conviver com a estomia na rede social de apoio da família.

Metodologia

Este trabalho é parte integrante de uma pesquisa de campo, qualitativa, do tipo exploratória e descritiva. A coleta de dados deu-se entre janeiro e abril de 2013 por meio da entrevista semiestruturada, observação simples com registro em diário de campo e Mapa Mínimo das Relações (MMR), no domicílio de sete famílias de um município da região central do Rio Grande do Sul. As famílias foram acessadas no Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas da Secretaria de Saúde do município, e precisavam ter um membro com estomia permanente, maior de 18 anos e que frequentasse o serviço. Ao ser atingido os objetivos do estudo, deu-se por encerrado o número de famílias participantes. A composição da família participante foi realizada pela pessoa com estomia, que indicava quem eram os integrantes de sua família, podendo escolher quem iria participar da coleta de dados junto a ele.

As entrevistas e a observação foram submetidas à análise de conteúdo⁷ constituída pelas etapas de pré-análise; exploração do material; e tratamento e interpretação dos resultados obtidos, e o Mapa Mínimo das Relações analisado pelos quadrantes e círculos concêntricos.⁶ Esta pesquisa teve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa 11245612.0.0000.5346 e parecer número 171.345, respeitou os preceitos éticos e científicos conforme a Resolução 196/96, a qual estava vigente quando a pesquisa foi submetida ao comitê para análise.

A fim de preservar o anonimato das famílias participantes do estudo, utilizou-se o código F para referenciar família, acrescido do número de 1 a 7 conforme ordem da entrevista (exemplo F1), para diferenciar os membros da família, foi acrescentado o grau de parentesco ao código da família (exemplo F1 filha) e a pessoa com estomia foi identificada pelas letras PE (exemplo F1 PE).

Resultados e discussão

As sete famílias participantes do estudo revelaram que conviver com uma estomia do tipo permanente acarreta implicações para o convívio na rede social de apoio, caracterizando-se tanto por restrições quanto por ampliações.

Assim, percebe-se que as **restrições** para a manutenção do relacionamento com a rede social de apoio estavam mais presentes no cotidiano das famílias, sendo explicitado pelo **isolamento social**.

“[...] a mãe não sai mais, antes (da confecção da estomia) ela saia para tudo que era lugar. Tem umas amigas que convidam para sair, mas ela não sai mais”. (F1 filha b)

“Eu tinha um ritmo bem acelerado de vida, trabalho, bastante atividade esportiva, jogava um futebolzinho [...] ai, de uma hora para a outra tu se vê fora de toda essa situação”. (F3 PE)

“A vida dele praticamente parou com a bolsa, ele não queria nem sair de casa. Ele caminhava um pouquinho e ia saindo para fora (prolapso no estoma) e já estourava (bolsa). Ele estava caminhando e aquilo (bolsa) já estava enchendo. Um horror”. (F4 esposa)

Com os depoimentos observa-se que antes da confecção da estomia as pessoas mantinham vida social e laboral ativa. No entanto, diante da necessidade de conviver com a bolsa coletora elas precisaram se afastar de algumas redes sociais de apoio devido às complicações e demandas da estomia, como também pelo fato de não se sentirem confortáveis com esse novo modo de viver.

Essas restrições nas relações de trabalho e lazer foram identificadas em outros estudos^{2,8-9} como alterações bastante significativas. Diante do medo que a bolsa coletora não seja resistente, as pessoas com estomia ficam inseguras e passam a restringir seu cotidiano dentro do domicílio, isolando-se da comunidade.⁹

As redes sociais de apoio da unidade familiar também sofrem implicações advindas do conviver com a estomia:

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

“A (esposa) também tinha o pessoal dela do vôlei, e teve que abrir mão em virtude de ter que ficar comigo, uma série de coisas nesse sentido que acaba se limitando, podando um pouco”. (F3 PE)

“Então foi uma coisa muito rápida, mexe com a gente, e com ele então, nem se fala. Porque mudou muito, é radical essa doença, chega e mexe muito com a estrutura, com tudo”. (F4 esposa)

A estomia é confeccionada cirurgicamente e o perioperatório pode representar um período de ansiedade, fragilidade e debilidade para os envolvidos. Assim, as pessoas em que a estomia foi confeccionada necessita de cuidados, que no caso dos participantes deste estudo, os componentes do núcleo familiar foram as pessoas que prestaram o cuidado no pós-operatório no domicílio. Com isso, os familiares necessitaram abdicar de seus afazeres para prestar o cuidado, além de (re)organizar a estrutura da família como pode ser observado pelos depoimentos.

Ao cuidar de seu ente, a família, em especial o familiar cuidador, passa a ter menos tempo livre para realizar suas atividades e, consequentemente reduz seus vínculos sociais.¹⁰

Os participantes relataram que percebiam o **preconceito** das pessoas quando revelavam o uso da bolsa coletora.

“Tem pessoas muito preconceituosas, é difícil, é muito preconceito [...] depois que eu falei que eu tinha a bolsa as pessoas não querem se relacionar”. (F1 PE)

“ [...] a maioria dos meus relacionamentos eu fui neutralizando porque a gente sentia, previa ou notava diferença nas pessoas [...] é exatamente um grande preconceito!”. (F2 PE)

“Não ia em lugar nenhum, isso é lógico. Capaz que eu ia sair com aquele saco pendurado”. (F4 PE)

“Ele não aceitou (a estomia) ele não queria sair de casa, sentia vergonha porque todo mundo ia olhar para ele por causa da bolsa”. (F5 mãe)

As alterações na imagem corporal ocasionadas pela estomia podem ser caracterizadas como uma das principais causas do isolamento social que essas pessoas vivenciam. Ter uma estomia os torna diferentes do corpo que tinham antes, dificultando a adaptação à nova condição de vida e promovendo a sensação de preconceito.

Esse dados convergem com outras pesquisas^{2,8,11-12} ao revelarem que muitas pessoas que tem estomia não verbalizam, ou escondem essa condição crônica com o uso de roupas mais largas, por medo de serem rejeitados. A postura das pessoas com estomia com as que os cercam é influenciada pela imagem corporal associada ao medo da rejeição. Por isso, utilizam o isolamento como uma maneira de proteção e reflexo da não aceitação da bolsa coletora.¹²

Por outro lado, identificou-se que conviver com a estomia trouxe implicações benéficas para as famílias participantes do estudo, uma vez que possibilitou a **ampliação** da rede social haja vista que elas começaram a se relacionar com outras pessoas no grupo de apoio.

“Tu vai naquele grupo e vê ali que não és só tu que tens aquilo ali. Que tem várias pessoas”. (F1 PE)

“[...] é bom! A gente vai lá ao grupo, brinca um pouco, diz besteira, se diverte e faz novos amigos”. (F4 PE)

“Grupo de estomia é uma coisa muito importante, é muito carinhoso, muito apoio sabe. Eu só vejo melhora para as pessoas que frequentam lá, o meu filho ficou mais feliz de conviver com as pessoas iguais a ele”. (F5 mãe)

A condição crônica da estomia possibilitou aos participantes estabelecerem novas redes sociais de apoio ao participar do Grupo da Associação dos Estomizados do município. As famílias foram unânimes em afirmar os benefícios que o grupo reflete na vida deles, sejam no sentido de fornecer explicações sobre o processo de adoecimento e conviver com a estomia, mas também, pela identificação de semelhanças entre os envolvidos. A sensação de pertencimento a um grupo em que a diferença se torna semelhança é o que auxilia as famílias na adaptação a nova condição de viver.

Participar de grupos de apoio auxilia no compartilhamento de experiências, reduz ansiedade, ameniza o medo de conviver com o desconhecido.^{8,13} Ainda, oferta apoio para a adaptação cotidiana e aceitação¹², ajuda no autocuidado e autonomia.¹¹

Além da satisfação advinda com o grupo de apoio, há depoimentos que a vida até está melhor agora, pois conseguem **valorizar a vida e manter os círculos de amizade**.

“Tive dificuldade de conviver junto, de visitar, essas coisas [...] então foi diminuindo, diminuindo. Mas agora a gente convive bastante com o pessoal da igreja, e os parentes”. (F2 PE)

“[...] parece que a gente valorizou mais a vida né? Nem tudo está acabado. Mesmo que tu tem um problema, tu não pode deixar de viver. Eu não deixo de fazer nada, tenho bastante reunião ali na igreja, no grupo de apoio, me reúno com as amigas”. (F7 PE)

“Agora a gente está voltando ao normal à vida, mas um tempo mudou, porque a gente não saia em parte nenhuma [...] Mas agora não, ele já está bem, vamos a todos os lugares”. (F4 esposa)

“Eu acho que a melhor fase nossa é agora. Ela faz ginástica três vezes por semana, nós viajamos com outros casais. Teve as dificuldades do começo, mas ela assimilou e hoje está bem e convivemos bem”. (F7 esposo)

Os depoimentos revelam que o processo de aceitação e adaptação da família à estomia é longo, repleto de sofrimento e dificuldades. Porém, mediante essa superação, vivem de maneira semelhante ao de antes da estomia e a partir daí realizam o movimento de retomada das relações. Este dado vai ao encontro de outro estudo com pessoas com estomia intestinal definitiva, em que se percebeu que o processo se desenvolveu de maneira lenta e relacionada com as experiências de cada pessoa.²

Assim, percebe-se que a rede social de apoio pode gerar saúde quando é estabelecida por relações fortes e confiáveis.⁶ Sua manutenção age positivamente ao proporcionar o sentimento de esperança para vislumbrar que é possível viver com qualidade de vida.⁸

As pessoas e consequentemente suas famílias, são unidades complexas e repletas de singularidades, as quais estão diretamente ligadas ao modo como irão enfrentar e superar a confecção da estomia como foi percebido com as famílias desta pesquisa.

Nesta perspectiva, quando os membros familiares conseguem perceber e compreender as alterações que a estomia gera em sua vida, podem ajudar o familiar a desenvolver o cuidado, motivar para uma vida saudável, estimular à autonomia¹¹, proporcionando viver de forma mais ativa, positiva¹⁰ e segura.^{10,12} Além disso, possibilitando a adaptação do próprio núcleo familiar.¹⁴

Considerações Finais

Ao identificar que as implicações do conviver com a estomia na rede social de apoio da família podem ser positivas e negativas, tendo essas últimas um maior impacto, os enfermeiros podem formular estratégias de ativação das redes sociais de modo a modificar este cenário. Sendo assim, sugere-se promover a participação nos grupos de apoio, fortalecer as potencialidades das famílias, e ofertar esclarecimentos à comunidade referente as alterações que ocorrem com a pessoa pós confecção da estomia, no intuito de transpor as barreiras de preconceito que ainda são vigentes quando relacionadas ao culto do corpo.

Neste sentido, percebe-se que a assistência às pessoas que convivem com estomia vai além do cuidado com a técnica de manipulação do estoma, observar a pele periestoma, suas complicações e o corte adequado da bolsa coletora. É necessário ampliar a assistência e reconhecer a importância que as redes sociais de apoio têm para a vida das famílias e o quanto podem ser promotoras de saúde e potencializadores de bem-estar.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências :

- 1- Associação Brasileira de Ostomizados. Ostomizados Cadastrados. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <abraso.abraso@gmail.com> em 18 de out. 2015.
- 2- Coelho AR, Santos FS, Dal Poggetto MT. A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. Rev Min Enferm. 2013;17(2): 258-67.
- 3- Simon BS. Tecituras da rede social da família no cuidado à pessoa com estomia. 108p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, RS, 2014.
- 4- Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. [trad. Sílvia Spada]. 4.ed., São Paulo: Roca, 2008. 294 p.
- 5- Mufato LF, Araújo LFS, Bellato R, Nepomuceno MAS. Mediação nas redes para o cuidado de pessoa e família que vivencia o câncer colorretal. Texto & Contexto Enferm. 2013;22(2):407-15.
- 6- Sluzki CE. Personal social networks and health: conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. Fam. syst. healt. 2010; 28(1):1-18.
- 7- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
- 8- Batista MRFF, Rocha FCV, Silva DMG, Silva Júnior FJG. Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora. Rev Bras Enferm. 2011;64(6):1043-7.
- 9- Carvalho SORM, Budó MLD, Silva MM, Alberti GF, Simon BS. “Com um pouco de cuidado a gente vai em frente”: vivências de pessoas com estomia. Texto & Contexto Enferm. 2015;24(1):279-87.
- 10- Oliveira GS, Bavaresco M, Filipini CB, Rosado SR, Dázio EMR, Fava SMCL. Vivências do cuidador familiar de uma pessoa com estomia intestinal por câncer colorretal. Rev Rene. 2014;15(1):108-15.
- 11- Mota MS, Gomes GC, Petuco VM, Heck RM, Barros EJL, Gomes VLO. Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para Enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(1):82-88.
- 12- Cardoso DBR, Almeida CE, Santana ME, Carvalho DS, Sonobe HM, Sawada NO. Sexualidade de pessoas com estomias intestinais. Rev Rene. 2015;16(4):576-85.
- 13- Ward N, Jowsey T, Haora PJ, Aspin C, Yen LE. With good intentions: complexity in unsolicited informal support for aboriginal and Torres Strait Islander peoples. A qualitative study. BMC Public Health. 2011;11(kk686):1-9.
- 14- Ferreira-Umpiérrez A, Fort-Fort Z. Experiences of family members of patients with colostomies and expectations about professional intervention Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014;22(2):241-7.

4. A IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL MILITAR

THE IMPLEMENTATION OF SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE IN A MILITARY HOSPITAL

LA APLICACIÓN DE LA SISTEMATIZACIÓN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL MILITAR

LUZ, Emanuelli Mancio Ferreira da¹; GRECO; Patrícia Bittencourt Toscani ²; DORNELLES, Ademir Jones Antunes ³; DAL'ONGARO, Juliana ⁴; MAZUCCO, Marina ⁵; MUNHOS, Oclaris Lopes ⁶; Tânia Solange Bosi de Souza Magnago ⁷

Resumo

Objetivo: relatar a experiência referente à elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Militar. **Metodologia:** estudo descritivo, tipo relato de experiência sobre a elaboração, o pré-teste e a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem de pacientes adultos admitidos na Unidade de Terapia Intensiva. A atualização e revisão foram realizadas, por um grupo de enfermeiros, através da metodologia problematizadora. **Resultados:** a implementação da sistematização foi efetivada através de formulários informatizados, que permitiram o registro, de forma objetiva e completa, dos dados relevantes para a assistência de enfermagem, contendo: histórico, diagnósticos de enfermagem, prescrição de enfermagem, exame físico, evolução de enfermagem e principais resultados. **Conclusões:** a sistematização da assistência de enfermagem permitiu guiar os enfermeiros que atuam em terapia intensiva, com vistas à qualidade da gestão do cuidado de enfermagem individualizado e centrado nas necessidades dos pacientes.

Descriptores: Assistência de Enfermagem; Processos de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.

Abstract

Objective: to report the experience regarding the elaboration of the Systematization of Nursing Care in an Intensive Care Unit of a Military Hospital. **Methodology:** descriptive study, type of experience report on the preparation, pre-test and implementation of Nursing Care Systematization of adult patients admitted to the Intensive Care Unit. The updating and revision were performed by a group of nurses through the problematizing methodology. **Results:** The implementation was carried out through computerized forms, which allowed for the objective and complete recording of data relevant to nursing care, containing: history, anamnesis / physical examination, nursing diagnoses, potential complications, prescription, results Expectations and nursing evolution. **Conclusions:** the systematization of nursing

¹ Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Enfermeira do Hospital Geral de Santa Maria. Email: emanuelli_ferreira@hotmail.com

² Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Professora da URI/Santiago.

³ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Coordenador do Serviço de Enfermagem do Hospital Geral de Santa Maria.

⁴ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC.

⁵ Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

⁶ Enfermeiro. Mestrando pelo Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

⁷ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento e Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

care allowed to guide the nurses who work in intensive care, with a view to the quality of the management of the individualized nursing care and focused on the needs of the patients.

Descriptors: Nursing care; Nursing process; Intensive Care Units.

Resumen

Objetivo: Presentar la experiencia en el desarrollo de la sistematización de la asistencia de enfermería en una unidad de cuidados intensivos de un hospital militar. **Metodología:** estudio descriptivo tipo de relato de experiencia en la preparación, pre-test y la puesta en práctica de la sistematización de la asistencia de enfermería de los pacientes adultos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. La actualización y revisión fueron hechas por un grupo de enfermeras a través de la metodología de investigación. **Resultados:** La aplicación se llevó a cabo de formularios informatizados que permitieron el registro, de manera objetiva y en su totalidad, los datos relevantes para la atención de enfermería, que contienen: la historia, la historia / examen físico, diagnósticos de enfermería, complicaciones potenciales de prescripción, resultados esperada y la evolución de enfermería. **Conclusiones:** la sistematización de la asistencia de enfermería permitieron que las enfermeras que trabajan en la guía de cuidados intensivos, con miras a la gestión de calidad de la atención de enfermería individualizada y centrada en las necesidades de los pacientes.

Descriptores: Atención de Enfermería; Procesos de Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos

Introdução

Sabe-se que o alicerce estrutural da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o o Processo de Enfermagem (PE) vem sendo implementado no Brasil desde a década de 70. Ele foi introduzido pela teórica e estudiosa Wanda de Aguiar Horta, em 1979, a qual elaborou um modelo conceitual que pudesse explicitar a essência/natureza da enfermagem, delimitando seu campo de ação específico e a metodologia. Para ela, o PE é o resultado da dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas com o objetivo de assistir ao indivíduo¹.

Todavia, foi somente em 2002 que o Conselho Federal de Enfermagem instituiu a Resolução no 272/2002, posteriormente revogada pela Resolução no 358/2009, dispondo sobre a normatização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde deste país, tanto públicas como privadas. A SAE consiste na organização que objetiva dinamizar o trabalho da equipe de enfermagem, ao planejar e direcionar o cuidado de maneira individualizada com vistas à uma gestão de enfermagem e assistência efetiva².

Diante do exposto, torna-se emergente e necessário a elaboração de uma sistematização da assistência de enfermagem efetiva que oriente e padronize, dentro do âmbito da terapia intensiva, o atendimento e acompanhamento dos pacientes adultos admitidos, pela equipe de enfermagem, com vistas à melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. A relevância deste relato se apoia no pressuposto de que a SAE oportuniza a reflexão, por parte da equipe de enfermagem, sobre suas ações de cuidado centradas na individualidade do paciente e não meramente rotinizadas. A partir das reflexões e problematizações, torna-se possível a ocorrência de modificações na gestão de enfermagem e no cuidado.

Portanto, este estudo tem o objetivo de relatar a experiência referente à elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Militar.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência sobre a construção e a implementação de todas as fases da Sistematização da Assistência de Enfermagem pelos Enfermeiros atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Militar do Estado do Rio Grande do Sul.

A presente SAE foi elaborada com base na revisão da literatura sobre as etapas e a aplicação teórica-prática em UTI, no período de junho a agosto de 2016. Durante a elaboração, dois enfermeiros que estariam compondo a equipe da UTI reuniram-se para a elaboração durante dois meses.

A primeira utilização da SAE foi manual, sem digitação, na internação do primeiro paciente admitido na UTI, na data de 12 de setembro de 2016. Após 20 internações de pacientes, a SAE passou por revisão e reformulação. Essa atualização foi realizada através da metodologia problematizadora, por um grupo de enfermeiros atuantes nesse cenário.

Desse modo, ela foi disponibilizada aos seis (6) Enfermeiros e treze (13) Técnicos de Enfermagem atuantes na UTI, nos diversos turnos, para que fossem sugeridas modificações com o intuito de tornar clara a escrita da SAE e a compreensão por parte da equipe. O principal ajuste sugerido pelo grupo foi a substituição do preenchimento manual para informatizado, devido a dificuldade de leitura, conforme a escrita de cada um.

A metodologia problematizadora norteou esse processo de construção e reconstrução da SAE, com observação dos temas geradores de discussões. Esse período foi compreendido entre setembro a outubro de 2016. A reconstrução, nessa fase, foi baseada nos diagnósticos de enfermagem, segundo taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)³ e questões referentes às implementações do cuidado de enfermagem sistematizadas. Salienta-se que o processo de construção/reconstrução da SAE não possui data prevista para término, pois a mesma está em contínua avaliação do processo.

Resultados/Discussão

Ao considerarmos a SAE como uma atividade privativa do enfermeiro, que utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de adoecimento, sabe-se que a mesma fornece subsídios para uma assistência de enfermagem individualizada e efetiva⁴. Ao iniciarmos a apresentação dos resultados e discussões, optamos por apresentá-los conforme as etapas deste modelo assistencial, sendo composta por: Consulta de Enfermagem, histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem.

A primeira etapa, denominada como histórico visa conhecer os hábitos individuais e biopsicossociais, com vistas à melhor adaptação do paciente ao setor em que está internado, como a UTI, bem como a identificação de problemas. Ao reportarmos para o ambiente onde este relato de experiência foi produzido, essa etapa é realizada no momento da admissão do paciente na UTI do Hospital estudado, sendo coletado os dados diretamente com o paciente, quando o mesmo encontra-se em condições neurológicas e, com a família, buscando conhecer a história pregressa de saúde e identificar possíveis problemas tanto na saúde física como psíquica do paciente.

A seguir, apresenta-se o roteiro do Histórico de Enfermagem, realizado na UTI de um Hospital Militar do Rio Grande do Sul.

III Seminário Internacional Reclamando Redes na Enfermagem e na Saúde

Nome:	Leito:	Registro:
Data:	Hora:	Idade: <i>versidade P</i> Médico assistente: <i>ta Maria</i>
Estado civil:	Gênero:	Profissão:
Procedência (cidade/Hospital):		DN:
Contatos telefônicos:		
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:		
ATUAL		PREGRESSA
Motivo da internação:		<u>Internações anteriores:</u> (<input type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não
Diagnóstico de entrada na UTI:		<u>História de patologias prévias:</u>
Alergias: (<input type="checkbox"/>) DM (<input type="checkbox"/>) HAS (<input type="checkbox"/>) Cardiopatia (<input type="checkbox"/>) Tabagista (<input type="checkbox"/>) Etilismo (<input type="checkbox"/>) Sedentarismo		Físicas: Psíquicas:
Orientação aos familiares + folder: (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não		

SINAIS VITAIS NA ADMISSÃO:			
PA =	PAM=	T =	
FC =		FR =	
HGT =		SP02=	
EVOLUÇÃO DE ADMISSÃO DO PACIENTE:			
MEDICAÇÕES EM USO DOMICILIAR:			

A etapa subsequente corresponde ao Exame físico que contém realização, por parte do Enfermeiro, das técnicas preconizadas para este fim, como: inspeção, ausculta, palpação e percussão. Com isso, torna-se possível levantar questões sobre o estado de saúde atual do paciente, com anotação das anormalidades verificadas e a contextualização com o histórico de enfermagem obtido. Destaca-se que após o exame físico dos pacientes admitidos na UTI os dados levantados são discutidos sob a ótica da multidisciplinaridade, composta por enfermagem, medicina, fisioterapia e, psicologia, quando possível. Os registros de enfermagem desta etapa são realizados de forma descritiva e, após a problematização entre o grupo de Enfermeiros, foi decidido que o exame físico seria agrupado na última etapa deste processo, correspondendo a Evolução de Enfermagem.

Após, o Enfermeiro ter coletado e analisado as informações contidas no histórico, têm-se a elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem. Aqui, pretende-se identificar os problemas de enfermagem, conforme as necessidades básicas afetadas e o grau de dependência do indivíduo⁴. Nesse contexto, no cenário deste estudo, foram elencados os principais diagnósticos de enfermagem de pacientes admitidos na UTI, com julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais. Utilizou-se a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)³.

Apresenta-se o modelo utilizado para a abordagem dos Diagnósticos de Enfermagem:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (NANDA)		
() Mobilidade física prejudicada	() Risco de infecção	() Risco de choque
() Integridade da pele prejudicada	() Constipação	() Débito cardíaco diminuído
() Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	() Comunicação verbal prejudicada	() Volume de líquidos excessivo
() Risco de glicemia instável	() Risco de queda	() Risco de desequilíbrio eletrolítico
() Risco de sangramento	() Padrão respiratório ineficaz	() Resposta disfuncional ao desmame ventilatório
	() _____	() _____

() _____	_____	_____
-----------	-------	-------

Já na etapa de Prescrição de Enfermagem, têm-se o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, como resultado das etapas acima citadas. Com a prescrição, pretende-se coordenar a assistência de enfermagem direcionada ao paciente, individualizada e contínua⁵. Os cuidados prescritos podem ser direcionados tanto à prevenção de agravos como a recuperação e manutenção da saúde.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
Realizar Banho de Leito	M () ASPERSÃO () HC NO LEITO
Realizar Higiene Oral com _____	10 15 22 06
() Mudança de decúbito 2/2 horas	08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04
() Estimular deambulação precoce () Poltrona	06
Manter cabeceira elevada (X) 30° () 45°	M T N
Colchão Pneumático	I: T:
Troca de Eletrodos	BANHO M
Aspiração de secreções: () traqueal () nasal () oral	HORÁRIOS: _____
Realizar Higiene cânula de traqueostomia metálica	
Troca do Track-care (Trocar se sujidade ou mau funcionamento)	Inst. dia: _____ Trocar: _____
Algodão laminado () MMSSs () MMIs (48 horas)	-
Desprezar _____ em bolsa de karaya de 6/6h	10 18 24 06
Restrição hídrica de _____ ml/dia	_____ ml/manhã _____ ml/tarde _____ ml/noite
Curativo fixação SNE ou SNG (1x/dia BANHO)	-
Curativo fixação SVSF (1x/dia BANHO)	-
Curativo de CVC: () Simples (1x/dia) () Filme transparente (7 dias)	TROCAR:
Bolsa coletora em ileostomia	TROCAR:
Local da lesão:	Prescrição
Lesão 1:	Cond:
Lesão 2:	Cond.:
Evolução dos Curativos	

Na última etapa do processo de sistematização implementado na UTI de um Hospital Militar, consta a Evolução de Enfermagem. Encontra-se em conformidade com as etapas acima, pois todas são indissociáveis no processo de enfermagem, após a avaliação individualizada do paciente. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes.

Destaca-se que a identificação de problemas prováveis ou reais, pelo Enfermeiro, e o debate destes em equipe multidisciplinar oportuniza uma maior autonomia para a profissão, com respaldo através do registro, bem como a promoção de uma aproximação entre as diversas áreas do conhecimento.

EXAME FÍSICO/ANAMNESE E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Glasgow:	Rass: ()-5 ()-4 ()-3 ()-2 ()-1 ()0 ()+1 ()+2 ()		
Estado de consciência:	Pupilas: M: _____ T: _____ N: _____		
Dieta:			
Oxigenação: ()ON ____l/min ()MV ____l/min () Hudson () Cateter nasal ____l/min ()T'ayre ____l/min	Ventilação Mecânica: () Não () Sim Modo ventilatório: _____ Pressão: _____ Volume: _____ FiO2: _____ PEEP: _____ FR: _____		
Pressão do balonete do TOT ou TQT 6/6h: M: _____ T: _____ N(24): _____ N(06): _____ Rima labial			
Evacuação: M: _____ T: _____ N: _____ Constipação há _____ dias			
ESCALA DE BRADEN:	ESCALA DE MORSE:		
Soluções (ml/h):	BALANCO HÍDRICO		TOTAL 24H
	12H	00H	
	18H	06H	
RESULTADOS DE ENFERMAGEM:			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:			

Todavia, como reflexo de toda e qualquer implementação de um processo, a SAE no contexto da UTI de um Hospital Militar encontrou obstáculos que foram, periodicamente, transformando-se em novas construções de conhecimento. O principal obstáculo diz respeito à adesão ao preenchimento, completo, por parte da equipe de enfermagem, que incluem o Enfermeiro

na etapa de gestão, realização e acompanhamento do cuidado e os Técnicos de Enfermagem no que tange à realização dos procedimentos e cuidados contidos na mesma. A dificuldade encontrada foi no preenchimento correto dos cuidados de enfermagem, a incorporação de novos cuidados a cada dia e a checagem, nos horários que estes foram realizados.

O *feedback* da equipe de enfermagem apontou itens que foram, periodicamente, substituídos, como alguns cuidados de saúde repetidos em prescrições médicas e, que são, na verdade, provenientes de procedimentos médicos e não cuidados de enfermagem. Nesse *feedback*, o principal item foi o desconhecimento do funcionamento da SAE, o que poderia ser minimizado se essa temática fosse abordado durante a formação acadêmica e em nível técnico.

Considerações Finais

Essa experiência oportunizou a construção de saberes na prática clínica dos Enfermeiros, bem como uma efetiva sistematização do cuidado oferecido aos pacientes internados na UTI. A importância da abordagem dessa temática, especificamente a SAE como forma de gestão da assistência de enfermagem, se faz imprescindível na formação acadêmica, como meio de promover mudanças e melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem. Espera-se que este relato de experiência, realizado em um cenário específico, possa fornecer subsídios para o início de novas construções que visem uma assistência de enfermagem sistematizada, segura e eficaz.

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

Referências

1. Horta WA. Processo de Enfermagem – São Paulo : EPU 1979.
2. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. RESOLUÇÃO COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras.
3. _____NANDA. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2012-2014. Porto Alegre (RS): Ed. Artmed; 2013.
4. Pires AF, Santos BN, Santos PN, Brasil VR, Luna AA. Prevalência dos diagnósticos de enfermagem segundo nanda em pacientes internados em unidade de terapia intensiva: um relato de experiência. Rev Rede de Cuidados em Saúde. 2016;10(1): 252-9.
5. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc. Anna Nery. 2009; 13(1):816-8)
6. Botelho J, Veloso GBL, Favero L. Sistematização da assistência de enfermagem: o conhecimento da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. Rev Enfermagem em Foco. 2013; 4(3,4):198-201.

5. A LONGITUDINALIDADE NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS IDOSOS DO SUL DO BRASIL

THE LONGITUDINALITY IN THE PERSPECTIVE OF ELDER USERS FROM THE SOUTH OF BRAZIL

LA LONGITUDINALIDAD EN VISTA DE USUARIOS MAYORES DEL SUR DE BRASIL

KESSLER, Marciane¹; SANTOS, Amanda Amaral dos²; BENDER, Janaína Duarte²; WEILLER, Teresinha Heck³; LIMA, Suzinara Beatriz Soares de³; THUMÉ, Elaine⁴

Introdução: A longitudinalidade, atributo essencial da Atenção Primária à Saúde (APS), pressupõe uma relação interpessoal de confiança entre usuários e profissionais de saúde, para isso é fundamental a disponibilidade da oferta continuada de cuidados e sua utilização ao longo do tempo¹. Estudo de revisão sobre os benefícios da longitudinalidade demonstrou que, este atributo possibilita conhecer o indivíduo e a família, seus hábitos de vida e problemas de saúde, favorecendo o planejamento dos cuidados e uma intervenção adequada e resolutiva; além disso, proporciona um cuidado integral, redução de uso de serviços de alta complexidade, com diminuição de custos na saúde, permitindo concretizar ações de promoção em saúde e de prevenção de doenças². Considerando o envelhecimento populacional e o aumento do número de idosos se espera maior demanda para os serviços de saúde, relacionado às demais dificuldades do sistema de saúde que sofre reflexo de um modelo de atenção centrado na cura e cuidado individual, sendo necessário o fortalecimento da APS para enfrentamento destes desafios³. Neste sentido, estabelecer um cuidado longitudinal pode favorecer a efetividade das ações prestadas pela equipe de saúde e a possibilidade de ampliar a resolutividade das necessidades de saúde do idoso. **Objetivo:** Avaliar a longitudinalidade na APS, na perspectiva dos usuários idosos, em uma região de saúde do sul do Brasil. Tem-se como hipótese deste estudo a presença de um alto escore na avaliação da longitudinalidade, uma vez que os usuários idosos tendem procurar a APS com maior frequência devido suas demandas em saúde, o que pode permitir a construção de vínculo entre profissional e usuário. **Método:** Estudo transversal realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos 21 municípios da região de saúde Verdes Campos do Estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. A população estudada foram os usuários idosos da APS, sendo entrevistados 124 indivíduos, homens e mulheres. Os critérios de inclusão foram: ser usuário da unidade e ter idade ≥ 60 anos na data da entrevista e excluíram-se usuários em que fosse primeiro acesso junto aos serviços de saúde alvos deste estudo e sem condições de saúde cognitiva para responder ao instrumento de pesquisa. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a junho de 2015, por meio do instrumento de pesquisa *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), versão adulto⁴, aplicado em formato de

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil. E-mail: marciiane.kessler@hotmail.com

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Epidemiologia. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil.

entrevista. Foram coletadas variáveis demográficas, socioeconômicas e a variável dependente estudada foi a longitudinalidade (processo de atenção) nos serviços de APS. O escore deste atributo foi definido por meio da média aritmética dos 14 itens constantes no instrumento, sendo as respostas em escala Likert: “com certeza não” (valor=um), “provavelmente não” (valor=dois), “provavelmente sim” (valor=três) e “com certeza sim” (valor=quatro). Quando a soma de respostas “não sei/não lembro” (valor=nove) atingiu 50% ou mais do total de itens para avaliação da longitudinalidade, o questionário foi excluído, caso contrário estas respostas foram consideradas como “provavelmente não”⁴. Após, o escore da longitudinalidade foi transformada em uma escala quantitativa contínua de zero a dez, através da fórmula: (escore obtido - 1)*10/4-1. Os valores <6,6 foram considerados insatisfatórios (escores baixo) e ≥6,6 satisfatórios (escores alto)⁴. Os dados foram analisados com o programa Statistical Package for the Social Sciences 16.0. As variáveis qualitativas foram expressas como frequências absolutas e relativas e as variáveis quantitativas como medianas, médias e desvio padrão (DP), com intervalo de confiança (IC) de 95%. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, seguindo os preceitos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após serem informados quanto aos objetivos da pesquisa. O projeto recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, edital universal 2014. **Resultados:** Entre as características demográficas e socioeconômicas, 66,1% (82) eram do sexo feminino; com idade média de 67,5 (DP:±6,4) anos, mínima 60 e máxima 91 anos; 81,5% (101) se autodeclararam brancos; 50,4% (62) eram casados; 30,9% (38) recebiam até um salário mínimo e 69,1% (85) recebiam mais que um salário mínimo mensal; 50,8% (63) possuíam 3 filhos ou mais; 95,1% (116) não possuíam mais emprego formal; 75,0% (93) possuíam até ensino fundamental, 15,3% (19) possuíam ensino médio, 4,8% (6) possuíam ensino superior e 4,0% (5) não possuíam escolaridade. Entre os participantes, 42,7% (53) foram entrevistados na UBS Tradicional, 33,9% (42) na ESF e 23,4% (29) na UBS Mista; e 53,2% (66) buscavam a unidade de saúde a pé e 30,6% (38) usavam transporte próprio. Em relação a avaliação da longitudinalidade na perspectiva dos idosos, 54,8% (68) referiram alto escore e 45,2% (56) baixo escore. O escore médio da longitudinalidade foi 6,5 (DP:±2,2) e mediana 6,9. **Conclusão:** Os resultados indicam que, apesar de próximo ao ponto de corte (6,6), o escore da longitudinalidade foi considerado baixo. Era esperada a obtenção de alto escore neste estudo, uma vez que, em idade mais avançada pode ocorrer uma relação de maior vínculo entre profissional e usuário, por essa população ser mais acometida por doenças crônicas que requerem maior acompanhamento e frequentam mais assiduamente os serviços de atenção primária³. Estudo realizado em um município de Natal (RN) com usuários idosos da APS evidenciou alto escore (7,3) para a longitudinalidade³; outra pesquisa realizada em Porto Alegre (RS), apesar da longitudinalidade não alcançar alto escore em todos os tipos de serviços estudados, os escores da APS eram maiores para idosos em relação aos alcançados quando se estudaram os adultos maiores de 18 anos⁵. O sistema de saúde precisa ser remodelado para enfrentar os desafios do processo de envelhecimento e para isso, é preciso explorar o potencial da APS na gestão do cuidado dos idosos e na organização das redes de atenção à saúde⁵. Os achados reforçam a necessidade de melhoria da qualidade da atenção à saúde oferecida à população idosa na região estudada e os resultados podem subsidiar os gestores do sistema de saúde na tomada de decisão, além da reorganização do modelo assistencial ofertado nos municípios estudados e na reorientação do modelo de formação profissional, que deve contemplar os princípios do Sistema Único de Saúde e da Saúde da Família.

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

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Idoso; Gestão em saúde; Enfermagem.

Referências

- 1 Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
- 2 Kessler M, Eberhardt TD, Soares RSA, Signor E, Lima SBS de, Weiller TH. Beneficios de la longitudinalidad como atributo de la Atención Primaria a Salud. Evidentia [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 15]; 13(53). Available from: <http://www.index-f.com/evidentia/n53/ev10182e.php>
- 3 Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida Júnior HJV. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 10];19(8):3521-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03521.pdf>
- 4 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 80p.
- 5 Oliveira EB, Bozzetti MC, Hauser L, Duncan BB, Harzheim E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. Rev bras med fam comunidade [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 10];8(29):264-73. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/826/586>



6. AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE GERMES MULTIRRESISTENTES AOS VISITANTES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

EDUCATIONAL ACTIONS ON MULTIRRESISTENT GERMS TO VISITORS OF INTENSIVE THERAPY UNIT: EXPERIENCE REPORT

ACCIONES EDUCATIVAS SOBRE GERMENES MULTIRRESISTENTES A LOS VISITANTES DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: INFORME DE EXPERIENCIA

NAZARIO, Elisa Gomes¹; NICOLETTI, Getúlio Simões²; DIAS, Gisele Loise³; CAMPONOGARA, Silviamar⁴; ILHA, Lidiane de Arruda⁵

Introdução: Os serviços de saúde apresentam diferentes formas de organização e características de acordo com o plano da atenção no qual estão inseridos. Porém, é possível afirmar que existem preocupações comuns a todos os serviços, como as relacionadas à segurança de usuários, pacientes, familiares ou visitantes. No cenário hospitalar, especificamente no ambiente de terapia intensiva, tais preocupações se acentuam na questão da disseminação de infecções. Em meio a isto está a ocorrência frequente de contaminação por germes multirresistentes (GMR). Os GMR podem ser conceituados como microorganismos resistentes a diferentes classes de antimicrobianos¹. Estes germes são causadores de infecções e também de colonização, dentre eles podem ser citados os *Enterococcus* spp. resistente aos glicopeptídeos, *Staphylococcus* spp. resistente ou com sensibilidade intermediária a vancomicina, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, Enterobactérias resistentes a carbapenêmicos (ertapenem, meropenem ou imipenem), e bactérias com a enzima *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase (KPC) (inativa todos os antibióticos betalactâmicos, incluindo os carbapenêmicos)¹. Assim, a UTI pode ser considerada como um dos principais locais de surgimento e permanência de GMR que acabam acarretando em inúmeras e graves infecções relacionadas à assistência a saúde². Considerando-se a gravidade dessas situações pelas limitações terapêuticas e alta mortalidade dos pacientes acometidos, acaba-se por exigir ainda mais cuidado e atenção nas ações preventivas dessas infecções. Nesse âmbito, emerge a discussão acerca da temática de biossegurança. Esta pode ser entendida como um conjunto de ações que visam a prevenção, diminuição ou eliminação dos riscos advindos da manipulação de agentes e materiais biológicos na prestação de serviços. Tais riscos são vistos como possíveis comprometedores, dentre outros, da saúde humana³. Fazem parte das normas de biossegurança as

¹Enfermeira, Bacharel, Residente no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. (nazario.elisa@gmail.com)

²Enfermeiro, Bacharel, Estudante no Programa de Pós-graduação do Centro Universitário Franciscano - Especialização em Terapia Intensiva: ênfase em oncologia e controle de infecção.

³Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

⁴Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

⁵Enfermeira, Bacharel, Residente no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria.

medidas de Precauções-Padrão (PP). As PP têm por finalidade a redução dos riscos de transmissão de agentes patogênicos⁴. Juntamente as PP, e também nos casos de precauções de contato, encontram-se os Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Estes têm a função de proteger a pele, as mucosas e roupas do contato com material biológico. Esses equipamentos e medidas de proteção, quando usados corretamente, são essenciais como formas de prevenção de infecções. Além disso, quando os próprios usuários dos serviços de saúde (pacientes, visitantes, familiares) são orientados, por meio de ações educativas, sobre a importância e uso dessas medidas, se torna tangível uma assistência mais segura aos pacientes⁵. **Objetivo:** relatar o desenvolvimento de ações educativas com familiares e visitantes de uma UTI adulta acerca dos GMR em experiência de estágio acadêmico de enfermagem. **Metodologia:** O presente trabalho trata-se de um relato de experiência. Aborda o desenvolvimento de ações educativas durante a realização de estágio curricular de conclusão de curso de graduação em enfermagem. O cenário de atuação foi uma UTI adulto, com dez leitos, de um hospital universitário da região sul do país. A equipe total da unidade no período era de 12 enfermeiros e 26 técnicos de enfermagem. De modo geral, por turno de trabalho, havia dois enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem. Os horários de visitas da unidade tinham duração de 30 minutos de manhã, tarde e noite. Em cada turno era previamente estipulado um profissional de enfermagem da unidade para orientar os visitantes quanto às rotinas de uso de precauções. As atividades educacionais foram realizadas pela acadêmica em conjunto com a equipe da unidade, especialmente junto ao profissional de enfermagem responsável pela orientação supracitada. O período da experiência ocorreu de outubro a novembro no ano de 2015. **Resultados:** Foram abordados visitantes de pacientes com infecções por GRM já confirmadas naquele momento e outros que estavam na fase de investigação (coorte). As intervenções foram voltadas aos visitantes dos pacientes internados na temática das PP. Os visitantes foram mobilizados durante o período de visita que permanecerem na unidade juntamente com os pacientes. Cada visitante foi abordado individualmente, levando em consideração seu estado emocional e condições de comunicação no momento da intervenção. Foi abordado apenas um visitante por turno de estágio, de forma a obter um bom aproveitamento do tempo disponível, não prejudicando os poucos momentos de interação entre o visitante e o paciente. Na abordagem do visitante foi exposto o objetivo da ação e como ela seria realizada. Após o primeiro contato, era explicada por meio de diálogo a razão dos cuidados utilizados com o paciente, o que são as PP e a importância de usá-las durante a visita, com ênfase nos casos de pacientes com GMR. Desse modo, além das orientações, foi entregue material informativo sobre as PP e GMR, bem como o esclarecimento de possíveis dúvidas quanto ao assunto. O material informativo foi um folder confeccionado em papel com texto e ilustrações impressos acerca dos equipamentos de proteção utilizados, técnica de higienização de mãos e cuidados a serem tomados durante a visita ao paciente. O conteúdo foi selecionado de acordo com a literatura científica disponível sobre o tema. Entretanto, foi levado em consideração o público alvo, sendo utilizada linguagem informal, clara, e com termos mais simples, que facilitaram a compreensão dos visitantes sobre a temática. **Conclusões:** Os momentos de intervenção receberam avaliação positiva dos visitantes abordados. O interesse na participação durante as orientações foi bastante satisfatório, sendo que a maior parte interagiu de forma ativa, dialogando e questionando pertinentemente sobre o assunto. Observou-se que após a realização das ações educativas, muitos dos visitantes que foram sensibilizados notaram com mais cautela a questão do uso de medidas de

proteção, bem como sua importância. Assim, comprehende-se que o controle da disseminação e diminuição da ocorrência de infecções no âmbito hospitalar inclui, além de orientações para profissionais de saúde, a educação em saúde junto aos pacientes, seus familiares e visitantes. As ações de informação aos visitantes acerca de medidas de proteção se mostram como essenciais para qualificar o cuidado, sendo possível tornar o visitante/familiar parte integrais do processo de recuperação do paciente, bem como auxiliar nos esforços de contenção da propagação dos GMR. Destaca-se que a abordagem da temática de segurança do paciente, especificamente de ações de prevenção de infecções, tem relevância atemporal. Entende-se que a discussão sobre estratégias que possam contribuir para o compartilhamento de experiências positivas serão sempre válidas e necessárias no que se refere a educação em saúde.

DESCRITORES: Unidades de Terapia Intensiva; Farmacorresistência Bacteriana; Infecção Hospitalar; Educação em Saúde.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências

- 1 - ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas para identificação, prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde por microrganismos multirresistentes. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2010.
- 2 - Sales VM, et al. Análise microbiológica de superfícies inanimadas de uma Unidade de Terapia Intensiva e a segurança do paciente. Rev Enf Ref. 2014; 4(3):45-53.
- 3 - Gallas SR, Fontana RT. Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador. Rev Bras Enferm. 2010; 63(5):786-92.
- 4 - Silva GS, Almeida AJ, Paula VS, Villar LM. Conhecimento e Utilização de Medidas de Precaução-Padrão por profissionais de saúde. Esc Anna Nery. 2012; 16(1):103-110.
- 5 - Marques RB, Lovatto CG, Prevê CP, Souza SBC. A compreensão dos familiares de pacientes portadores de germe multirresistente acerca do isolamento e das medidas de precaução. Rev Ciência & Saúde. 2014; 7(3):141-7.

7. AÇÕES EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA PARA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

HEALTH ACTIONS IN BASIC CARE FOR PREVENTION OF PREGNANCY IN ADOLESCENCE

ACCIONES EN SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA ADOLESCENCIA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO

BARRES, Kérolin¹; STREFLING, Ivanete²; SOARES, Marilu³. ESCOBAL, Ana⁴; VARGAS, Elisa⁵; FERREIRA, Milena⁶; SILVA, Isadora⁷; MELO, Paula⁸

Introdução: A gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública em diversos países devido ao risco elevado de morbimortalidade materna e infantil e por constituir um possível evento desestruturador da vida das adolescentes¹. Bebês de mães adolescentes têm maior risco de apresentar baixo peso ao nascer, prematuridade e, consequentemente, maior chance de morte do que filhos de mães adultas². Ao mesmo tempo, a imaturidade emocional da adolescente pode dificultar o estabelecimento de relações afetivas com o filho, baixa autoestima e despreparo no cuidado da criança e problemas sociais, como a evasão escolar, redução das oportunidades de qualificação profissional e consequente dificuldade no acesso ao mercado de trabalho, instabilidade conjugal e preconceito por parte da sociedade³. Mesmo com a instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, que visava à atenção à mulher em todas as fases do ciclo vital, a atenção à saúde das adolescentes mantinha-se com ações fragmentadas e desarticuladas. Em 1993, foi criado o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), com o apoio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) nos quais a ênfase era a importância da atenção diferenciada a esse grupo populacional incluindo os aspectos de crescimento e desenvolvimento, sexualidade e saúde reprodutiva, e incentivo às ações educativas e de promoção da saúde⁴. No panorama atual dos serviços de saúde, no Brasil, particularmente das gestantes adolescentes, percebe-se que é preciso investir em métodos, instrumentos de gestão e de organização do trabalho coletivo para produzir mudanças no interior do Sistema de Saúde. Com a implementação de políticas como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a integralidade da atenção vem sendo valorizada como eixo orientador das práticas, pois a ESF e PACS propõem a reorganização da Atenção Básica (AB), rompendo com o modelo clínico e prescritivo e acrescentando novos olhares dos diferentes profissionais que compõem as equipes da ESF. Assim, a integralidade ganha expressão quando efetivada pela ESF dentro do cenário da adolescência, na medida em que propõe promover atenção à saúde, respeitando especificidades das adolescentes e valorizando o contexto em que a gravidez se insere, incluídos

¹Acadêmica de Enfermagem, Universidade da Região da Campanha/ URCAMP Campus Bagé/RS. Email: kerolinhb@hotmail.com.

²Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Docente em Enfermagem, Universidade da Região da Campanha/ URCAMP Campus Bagé/RS.

³Enfermeira, Doutora em enfermagem, Docente em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/UFPEL.

⁴Enfermeira, doutoranda em enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/RS.

⁵Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Docente em Enfermagem, Universidade da Região da Campanha/ URCAMP Campus Bagé/RS.

⁶Enfermeira, Docente em Enfermagem, Universidade da Região da Campanha/ URCAMP Campus Bagé/RS.

⁷Acadêmica de Enfermagem, Universidade da Região da Campanha/ URCAMP Campus Bagé/RS.

⁸Acadêmica de Enfermagem, Universidade da Região da Campanha/ URCAMP Campus Bagé/RS.

fatores de ordem econômica, social e cultural, em meio nos quais as relações se desenvolvem⁵. De acordo com o Ministério da Saúde (MS) aproximadamente um milhão de adolescentes vivenciam a gravidez anualmente, antes dos 19 anos de idade. No município de Pelotas/RS segundo o Sistema de informação de Atenção Básica DATASUS (Tecnologia da Informação a Serviço do SUS) foram notificadas 76 gestações em mulheres com menos de 20 anos de idade no decorrer do mês de abril de 2015, sendo 72 destas informadas pela Estratégia de Saúde da Família. Frente ao exposto, o objetivo deste estudo foi construir um plano de ação para atender a alta demanda de gravidez na adolescência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Pelotas/RS vinculadas a ESF.

Metodologia: Trata-se de um estudo teórico realizado inicialmente por meio de consulta aos indicadores da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) a fim de conhecer os principais problemas de saúde que acometem a população do município de Pelotas/RS. A busca se deu no durante o mês de setembro de 2015. O município de Pelotas contém 341.180 mil habitantes, 68,74% recebem cobertura do Sistema de Saúde na Atenção Básica. No ano de 2014, o município contava com 46 UBS em funcionamento e 7 em construção. Foram elencados dez principais problemas de saúde da população e ao aplicar os critérios de transcendência, urgência e capacidade de enfrentamento, a gravidez na adolescência apareceu como uma das principais demandas do Sistema de Saúde do município, uma vez que, só no mês de abril de 2015, ocorreram 76 gestações em mulheres com menos de 20 anos. A partir desta constatação, realizou-se um levantamento dos principais determinantes do alto índice de gestações na adolescência nas áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde que são cobertas pela ESF. Com base nestes determinantes, foi realizado consulta na literatura científica e produziu-se um plano de ação segundo o modelo do planejamento estratégico proposto por Mattus. **Resultados:** como metas estratégicas do plano de ação recomendou-se apresentar um projeto de educação em saúde aos pais e aos jovens adolescentes em um espaço coletivo como escolas da área de abrangência da ESF para discutir a educação sexual e reprodutiva; Atender a demanda e disponibilizar consultas para todas adolescentes tanto para orientações em relação ao planejamento familiar, quanto relacionadas ao pré-natal e desenvolvimento gestacional; estimular a capacitação aos profissionais de saúde; realizar mecanismos de busca ativa e acolhimento aos jovens em situação de vulnerabilidade por meio dos agentes comunitários de saúde (ACSS). Como resultados esperados das metas propostas, almejasse adolescentes mais informadas (os) sobre a sexualidade; redução do início da vida sexual precoce e de indicadores de adolescentes grávidas sem planejamento; acompanhamento efetivo de todas as gestantes adolescentes com orientações quanto aos cuidados com a gestação atual e ações preventivas para evitar gestações não planejadas. Como responsáveis pela implementação das ações propostas, incluíram-se todos os membros da equipe de Estratégias de Saúde da Família, pais e responsáveis e professores das escolas da área de abrangência da ESF. Em relação ao período proposto para a realização das atividades, acredita-se que necessite serem iniciativas contínuas e ininterruptas desenvolvidas no cotidiano de atendimento da ESF e dos ACSS a fim de atingir cobertura total e qualificada quanto às ações educativas e de promoção à saúde. **Conclusão:** A contribuição efetiva do plano de ação centra-se na proposta de intervenção educativa com ações preventivas para adolescentes, a família e a escola que pertencem ao território de abrangência das ESFs do município de Pelotas/RS. As ações foram definidas considerando-se os fatores predisponentes que afetam este problema de saúde e direcionadas para a execução pela equipe de saúde das ESFs. Contudo, considerando que as repercuções na vida dos adolescentes são distintas e determinadas pelo contexto social no qual estão inseridos, são muitos os fatores que envolvem a gravidez na adolescência. Acredita-se que para o sucesso deste plano de ação, os atores responsáveis pela implantação e implementação de projeto no âmbito local precisam fomentar estratégias que promovam e garantam ações contextualizadas, continuadas e com participação de todos os segmentos envolvidos. A resposta da articulação dos âmbitos da educação e da saúde é de

fundamental importância, pois tal medida permitirá ampla cobertura, atuação em rede e, fundamentalmente, cria condições para a formação de uma cultura de prevenção no cotidiano das escolas e das famílias, favorecendo, desse modo, a adoção de práticas sexuais saudáveis e consequente melhoria na qualidade de vida dos adolescentes.

DESCRITORES: Gravidez na Adolescência; Atenção Primária a saúde; Educação em Saúde.

Eixo temático: Processo de cuidado em saúde e enfermagem.

Referências

1. Diniz E, Koller SH. Fatores Associados à Gravidez em Adolescentes Brasileiros de Baixa Renda. Paidéia. 2012; 22 (53): 305-314.
2. Baraldi ACP, Daud ZP, Almeida AM, Gomes FA, Nakano AMS. Gravidez na adolescência: estudo comparativo das usuárias das maternidades públicas e privadas. Rev Latino-Am Enfer. [online] 2007; 15. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_13.pdf.
3. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007; 23: 177-86.
4. Melo, MCP; Coelho, EAC. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro; 2011, v.16, n.5, p.2549-2558.
5. Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães, Júnior HMRJ, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2^a ed. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 150-157.



8. ACOLHIMENTO COMO UM ELEMENTO VINCULADO À HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL: NA ÓTICA DE GESTANTES

HOST AS AN ELEMENT LINKED TO THE HUMANIZATION OF PRENATAL ATTENTION: IN PERSPECTIVE OF PREGNANT WOMEN

ACOGIDA COMO UN ELEMENTO VINCULADO A LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL: EN PERSPECTIVA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS

TIMM, Marcella Simões¹; RESSEL, Lúcia Beatriz²; SCHIMITH, Maria Denise³; OLIVEIRA, Gabriela⁴; FREITAS, Taísa de Paula Paiva⁵; MINELLO, Andriele⁶; PRATES, Lisie Alende⁷; CREMONESE, Luiza⁸

Resumo

Introdução: a humanização da atenção pré-natal está relacionada à inclusão das gestantes e seus familiares, considerando as realidades sociais, culturais e econômicas, por meio de atitudes acolhedoras e respeitosas. **Objetivo:** conhecer os elementos vinculados à humanização da atenção pré-natal na perspectiva de gestantes. **Metodologia:** estudo qualitativo, descritivo, realizado com 14 gestantes em acompanhamento pré-natal da Atenção Básica, de Santa Maria. Para produção dos dados foi utilizada a técnica de criatividade e sensibilidade denominada "Almanaque", associada à entrevista individual semiestruturada. Os dados foram submetidos à proposta operativa. **Resultados/discussão:** um dos elementos vinculados à humanização da atenção pré-natal é o acolhimento da gestante no pré-natal. **Considerações finais:** o acolhimento enquanto elemento vinculado à humanização do pré-natal representa uma oportunidade de formação de vínculo, que possibilita a adesão e a continuidade do pré-natal. Esse fato converge com os programas, políticas e condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Descriptores: Humanização da assistência; cuidado pré-natal; Enfermagem e na Saúde

Abstract

Introduction: the humanization of prenatal care is related to the inclusion of pregnant and their families, taking into account the social, cultural and economic realities, through friendly and respectful attitudes. Objective: know the elements linked to the humanization of prenatal care for pregnant. Methodology: qualitative, descriptive study, conducted with 14 pregnant in prenatal monitoring, linked to primary health care, of Santa Maria. For the production of the data was used the technique of creativity and sensitivity called "Almanac", associated with the semi-structured interview. The data were submitted to the operational proposal. **Results/discussion:** one of the elements linked to the humanization of prenatal care is the host of the pregnant in prenatal care. **Final thoughts:** the host as an element linked to the humanization of prenatal care is an opportunity to link training, which allows the accession and the continuity of prenatal care. This indeed converges with the programs, policies and conduct the Ministry of health.

Descriptors: Humanization of assistance; Prenatal care; Nursing.

Resumen

Introducción: la humanización del prenatal se relaciona con la inclusión de las embarazadas y sus familias, teniendo en cuenta las realidades sociales, culturales y económicas, a través de la actitud amable y respetuosa. **Objetivo:** conocer los elementos relacionados con la humanización de la atención prenatal para mujeres embarazadas. **Metodología:** estudio cualitativo, descriptivo, realizado con 14 embarazadas en prenatal de la atención primaria de salud de Santa María. Para la producción de los datos se utilizó la técnica de creatividad y sensibilidad "Almanaque", asociada a la entrevista semi-

¹ Enfermeira, mestre em enfermagem, residente em enfermagem obstétrica. marcella.timm@hotmail.com.

² Enfermeira, doutora, docente na Universidade federal de Santa Maria (UFSM).

³ Enfermeira, doutora, docente na UFSM.

⁴ Enfermeira, mestrandona no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf/UFSM).

⁵ Enfermeira, mestrandona no PPGEnf/UFSM.

⁶ Acadêmica de Enfermagem da UFSM.

⁷ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo PPGEnf/UFSM.

⁸ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo PPGEnf/UFSM.

estructurada. Los datos fueron sometidos a la propuesta operativa. **Resultados y discusión:** uno de los elementos vinculados a la humanización del prenatal es el anfitrión de las embarazadas en prenatal. **Reflexiones finales:** la hostia como un elemento del humanización del prenatal es una oportunidad para vincular la capacitación, que permite la adhesión y la continuidad de la atención prenatal. Esto de hecho converge con los programas y políticas defendidos por el Ministerio de salud.

Descriptores: Humanización de la Atención; Atención Prenatal; Enfermería.

Introdução

A humanização na Atenção à Saúde vem ganhando destaque nas propostas de reconstrução das práticas de saúde vigentes no Brasil, propondo maior integralidade, acesso e qualidade nos cuidados de saúde.¹ Na área da saúde da mulher, tem sido dada maior ênfase à humanização no parto, não sendo destinada a mesma relevância à atenção pré-natal. Contudo, sabe-se que a humanização na atenção pré-natal se caracteriza como primordial para um nascimento saudável, menores índices de morbimortalidade materna e fetal, preparação para maternidade e paternidade, autonomia e a vivência segura da gestação.²

A ideia de “humanização” também pode estar relacionada ao modo de assistência que visa a qualidade do cuidado, com vistas ao reconhecimento dos direitos do usuário, sua subjetividade, cultura e valorização do profissional e do diálogo. Além disso, pode estar relacionada à dignidade, superação da técnica, ruptura do modelo mecanicista e fragmentado de cuidado ao ser humano, assim como à uma relação de igualdade, compartilhamento de decisões e responsabilidades, e participação nos cuidados em saúde.^{3,4}

No que se refere à humanização da atenção pré-natal, o Ministério da Saúde (MS) pode-se relacionar à condutas acolhedoras e procedimentos baseados em evidências. A partir da perspectiva de fortalecimento das relações baseadas em princípios éticos, evitando intervenções desnecessárias e preservando a privacidade e a autonomia dos indivíduos.⁵

Em um estudo realizado, os profissionais de saúde relacionaram a humanização no pré-natal à integralidade da mulher. Eles afirmaram que o cuidado humanizado busca prevenir, diagnosticar, recuperar e promover a saúde nos diversos níveis de densidade tecnológica. Além disso, ponderaram que a efetividade da humanização apresenta correlação à inclusão das gestantes e seus familiares, considerando as realidades sociais, culturais e econômicas, por meio de atitudes acolhedoras e respeitosas, incluindo a escuta qualificada e o atendimento às necessidades das gestantes.²

Destaca-se que a atenção à saúde da mulher sofreu diversas modificações e vem sendo foco de diversas políticas públicas e programas do MS. Todavia, o processo de implementação da

humanização nos serviços de saúde ainda é um grande desafio para o Sistema Único de Saúde e, especialmente, para os profissionais de saúde.

Percebe-se divergência entre as políticas e os programas de saúde do MS e a prática dos profissionais de saúde, a qual, muitas vezes, mostra-se distante dos preceitos da humanização na atenção pré-natal.⁶ Pois, caracteriza-se como um momento breve, comum e técnico, que não oportuniza a troca de conhecimentos e experiências, pois valoriza aferição e medições.

Nesta direção, pondera-se que a atenção à gestante necessita ocorrer de forma humanizada, aproximando-se das realidades dos programas e das políticas públicas do MS.^{2,6}

Diante dessas considerações, justifica-se a necessidade de investir em estudos envolvendo a humanização na atenção pré-natal, a fim de produzir maior conhecimento acerca da temática e fomentar discussões e reflexões, que possibilitem a qualificação do cuidado pré-natal.

Assim, propõe-se como questão de pesquisa: quais os elementos vinculados à humanização da atenção pré-natal na ótica de gestantes. E como objetivo: conhecer os elementos vinculados à humanização da atenção pré-natal na ótica de gestantes.

Metodologia

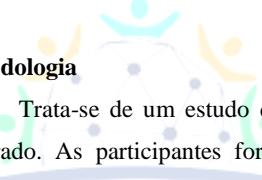
Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza descritiva, oriundo de uma dissertação de mestrado. As participantes foram 14 gestantes em atendimento pré-natal de risco habitual da Atenção Primária à Saúde (APS) de Santa Maria. Foram incluídas, na pesquisa, gestantes em acompanhamento pré-natal nos serviços de saúde sorteados para o desenvolvimento do estudo.

A escolha dos cenários de estudo ocorreu mediante sorteio de quatro serviços da APS de saúde do referido município. Cada serviço faz parte de uma região diferente da cidade. O sorteio foi realizado pelas pesquisadoras responsáveis e para isso, todos os nomes dos serviços foram redigidos em papéis, e o sorteio aconteceu em etapas. Primeiro foi sorteado um serviço da região norte, após o término naquela unidade foi realizado o segundo sorteio, sendo escolhido um serviço da região oeste, a seguir da região sul e por fim foi sorteado um serviço da região centro leste. No quarto serviço percebeu-se que os dados começaram a ficar redundantes e repetitivos e que o objetivo do estudo havia sido alcançado, caracterizando assim, o critério de saturação.⁷

A produção dos dados aconteceu de junho à setembro de 2016, por meio da técnica de criatividade e sensibilidade denominada Almanaque, associada à entrevista individual semiestruturada, a qual combinou perguntas abertas e fechadas. O Almanaque foi construído de maneira individual por cada participante, sendo orientado pelo tema central que envolveu a

III Seminário Internacional

Recreando Redes na Enfermagem e na Saúde



Recreando Redes na Enfermagem e na Saúde

humanização da atenção pré-natal. Disponibilizou-se à cada participante folhas de ofício e aproximadamente 100 gravuras, oriundas de revista e meios impressos, que foram mantidas na produção dos dados das demais participantes, a fim de propiciar a uniformidade dos dados.

A entrevista individual semiestruturada aconteceu à medida que as figuras eram escolhidas para a construção do Almanaque e se mantinha enquanto ele era apresentado e discutido com a pesquisadora. A produção dos dados foi audiogravada, com autorização das participantes, e após, transcrita para análise e interpretação.

Os dados produzidos nas entrevistas foram submetidos à proposta operativa.⁷ O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, em abril de 2016, sob número de CAAE 53941616.7.0000.5346 e parecer número 1.499.235, sendo respeitados os preceitos éticos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.⁸

No que se refere ao anonimato das participantes, essas foram identificadas pela letra E (de entrevistada), seguida de um número, conforme a ordem das entrevistas (E1, E2, E3, sucessivamente). As gestantes, maiores de 18 anos, receberam individualmente todas as orientações referentes à pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este termo também foi assinado pela responsável pela adolescente participante do estudo, a qual também assinou o Termo de Assentimento.

Resultados e discussão

A humanização do pré-natal ainda é atrelada pelas participantes como o **acolhimento** da gestante no serviço de saúde. Sendo representado nos depoimentos como a formação de vínculo com o profissional de saúde, o bom atendimento, ser tratada com atenção, carinho, gentileza, delicadeza e cuidado.

Ser bem tratada, bem atendida, me explicarem o que eu tenho que fazer, o que não tenho, o que não posso fazer, eu fui bem atendida [...] Atender as pessoas bem, não importa se a pessoa é pobre ou rica, negra ou branca, atender bem, isso que importa (E5).

A gente chega e se sente acolhida, a gente se sente cuidada [...]. Eu não tinha mais aquele amor pela gestação e através do Pré-natal eu voltei a ter aquele amor (...) foi a acolhida assim quando eu cheguei, aquilo me empolgou, até o meu marido teve a fase dele, de não aceitar e isso contribuiu porque eu estava, já tinha aceitado, estava mais animada e eu ajudei ele, juntos a gente conseguiu (...) Eu acho que isso é humanização. (E9)

É ser tratada com atenção, a pessoa chegar e perguntar todas as coisas bem certinho, não chegar xingando, brava, descontando as coisas de casa nos que estão aqui, porque as pessoas não gostam. Qualquer um se chegar em um lugar e ser mal atendido, chegar xingando, não sendo bem atendido. (E10)

Conforme os depoimentos, quando as gestantes são acolhidas no pré-natal com atenção, carinho, gentileza, delicadeza e cuidado é possível que se estabeleça uma relação de confiança e vínculo entre os profissionais de saúde e as gestantes. O que permite a adesão e continuidade do pré-natal da Atenção Primária à Saúde (APS).

Autores afirmam que APS deve ser a porta de entrada preferencial da gestante ao Sistema de Saúde. Visto ser o ponto de atenção ideal para melhor acolher suas necessidades e proporcionar um acompanhamento longitudinal e continuado durante a gestação.⁹

Quando a gestante é acolhida pelo profissional de saúde, inclusive na primeira consulta, passa a ter confiança no profissional e a voltar com frequência ao serviço de saúde, o que possibilita a promoção de sua saúde e também de sua família. Assim, no momento que os profissionais de saúde adotam o acolhimento em suas condutas, passam a visualizar a gestante de maneira individual em sua realidade, possibilitando sua escuta e fortalecendo a integralidade da mulher.¹⁰

Os achados desse estudo corroboram com os encontrados em outro, o qual afirma que o acolhimento para as gestantes também foi sinônimo de cuidado humanizado, no entanto elas utilizavam de outras palavras para significar o termo. Ainda revelaram que a adesão ao pré-natal depende muito da receptividade que se estabelece na consulta, pois, o fato de serem recebidas com atenção, bom humor, paciência e com linguagem acessível possibilita mudanças benéficas no comportamento e melhora nas relações.⁴

Esses elementos são conhecimentos como tecnologias levas, que fazem diferença no cuidado por serem tecnologias das relações, que não demandam avanços tecnológicos no processo de cuidar¹⁰. São importantes para o fortalecimento das relações interpessoais, sendo recomendadas pelo Ministério da Saúde por meio da Rede Cegonha.¹¹

A Política Nacional de Humanização toma o acolhimento como postura prática nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, o que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços. O acolhimento da gestante na APS reflete na responsabilização pela integralidade do cuidado, a partir do vínculo e avaliação das vulnerabilidades, de acordo com sua realidade social.⁹

Na compreensão das gestantes, para que o acolhimento seja um elemento efetivo na humanização do pré-natal são necessárias determinadas qualidades. Essas incluem o carisma, a gentileza, a sinceridade, a disponibilidade de tempo, o respeito, a compreensão, a calma e a atenção.

Tem que ter um pouco de carisma, é profissional, mas tem que ser gentil com a pessoa, não tratar mal, tratar da melhor forma possível. Às vezes, tem que ser simpático e explicar mais, sentar e dizer: olha é assim [...] Tem muitos que nem tocam direito na gente, nem procuram direito o bebê, eu acho que teria que melhorar isso, os médicos precisam ter mais paciência e tempo. (E2)

Acho que mais social, de como tratar as pessoas, não que não saibam, mas seria legal, alguns cursos para os médicos em relação ao sus, de como tratar as pessoas, como funciona a humanização. (E12)

Uma pessoa que passe tranquilidade para o paciente também é bem importante [...] Uma pessoa calma, atenciosa, compreensiva, porque às vezes a gente pode chegar e falar alguma bobagem ou ter medo de falar alguma bobagem, uma pessoa que seja bem receptiva, acho que envolve isso. (E14)

Os depoimentos apontam que o carisma, a receptividade, a gentileza e a comunicação adequada, com explicação clara e condizente com o entendimento da gestante, a proximidade e o toque necessário para realizar a avaliação correta com respeito e delicadeza, são qualidades necessárias para o acolhimento. Essas possibilitam a abertura, o diálogo e o vínculo entre a gestante e o profissional que a atende.

Elas, ainda, destacaram como elementos essenciais para o acolhimento na humanização a orientação acerca das condições que estão sendo avaliadas, a calma, a paciência, a disponibilidade de tempo para estabelecer a interação durante a consulta e a empatia por meio da compreensão de suas necessidades.

Esse fato vai ao encontro dos resultados encontrados em outro estudo, que afirma que o profissional que acolhe a gestante deve ter algumas qualidades essenciais como olhar nos olhos, saber ouvir, ter calma, simpatia, ter disponibilidade de tempo, ser educado e ter bom humor. O contrário disso, caracteriza um cuidado desumanizado, conforme as gestantes do estudo.⁴

Considerações Finais

Os resultados desse estudo possibilitaram conhecer o acolhimento como um elemento vinculado à humanização da atenção pré-natal na ótica de gestantes, assim como as qualidades necessárias para os profissionais de saúde atenderem as gestantes. Assim, o estudo demonstra que o

significado de humanização para as gestantes converge com os programas, políticas e condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde, no que tange à humanização da atenção pré-natal.

Espera-se que o elemento representado pelas participantes embase a construção do conhecimento na temática. Ainda, almeja-se que os achados fomentem discussões e reflexões aos profissionais de saúde para que se tornem agentes de mudança na realidade da humanização da atenção pré-natal.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Goulart BMG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde - contribuições para reflexão. Ciênc Saúde Colet. 2010; 15(1): 255-68.
2. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2010 [Cited 2017 jan 03]; 10(3):359-67. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n3/v10n3a09.pdf>
3. Deslandes SF. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 2006.
4. Zampieri MF. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.
5. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e Puerpério atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
6. Martins LA. Opinião de profissionais da saúde sobre a humanização no parto e nascimento e sua operacionalização. Rev Enferm UFPE on line. 2011; 5(9): 2189-96.
7. Minayo MC. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 20 de outubro 2015.
9. Brasil. Ministério da saúde. Caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, nº 32, 1ª edição revista. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf.
10. Gonçalves ITJP, Souza KV, Amaral MA, Oliveira ARS, Ferreira WFC. Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem. Rev Rene [Internet]. 2013 [cited 2016 dez 21]; 14(3):620-9. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3503/2744>.
11. Ortiga EPF, Carvalho MDB, Pelloso SM. Percepção da assistência pré-natal de usuárias do serviço público de saúde. Rev Enferm UFSM 2015; 5 (4): 618-27.

9. ADOLESCENTES USUÁRIOS DE UM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO DO SUL DO BRASIL: NOTA PRÉVIA

ADOLESCENTS USERS A PEDIATRIC OUTPATIENT CLINIC IN SOUTHERN BRAZIL: PRIOR NOTICE

ADOLESCENTES USUARIOS DE UMA CLÍNICA PEDIÁTRICA DEL SUR DE BRASIL: NOTA PRELIMINAR

RIBEIRO, Caroline Felix¹; SILVEIRA, Andressa da²; SILVA, Júlia Heinz da³; KEGLER, Jaquiele⁴; BUBOLTZ, Fernanda Luisa⁵; SILVA, Karen Ticyane da⁶; ¹BERTOLDO, Caren⁷; NEVES, Eliane Tatsch⁸

Introdução: A adolescência é um fenômeno complexo permeado por significativas transformações, sendo essas essenciais para que o adolescente atinja a fase adulta. Todas as mudanças que ocorrem durante esse período corroboram para o que o indivíduo se tornará na fase adulta de sua vida, pois é durante essa etapa que desenvolve-se o amadurecimento psicológico dessas então crianças, com a formulação de opiniões próprias e dos seus princípios, baseado no que foi transmitido por seus pais durante a infância, amadurecimento social, com a busca da sua identidade perante a sociedade na qual está inserido, assim como também ocorre o amadurecimento morfológico durante a puberdade, marco inicial da adolescência, com a transição do corpo infantil para o corpo adulto. O Estatuto da criança e do adolescente (ECA), lei 8.069 de 1990, considera adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade, o qual assegura direitos de proteção à vida e à saúde. O artigo 11º discorre sobre o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde¹. A projeção mundial é que em 2050 haverá nove bilhões de pessoas, aproximadamente 2,7 bilhões terão menos de 18 anos². Nesse sentido, as políticas públicas, o sistema de saúde e os profissionais de saúde devem estar preparados para atuar junto à população

¹ Acadêmica do terceiro semestre do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: caroline.f.r@outlook.com;

²Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Franciscano, Mestre em enfermagem pelo programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Professora assistente nível II do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa.

³Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria, Especialista em saúde da criança e do adolescente pelo programa de Residência Multiprofissional do Hospital São Lucas da PUCRS.

⁴Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria, Especialista em enfermagem em UTI Pediátrica e Neonatal pela Faculdade Unyleya.

⁵Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria, Mestre em enfermagem pelo programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Enfermeira do departamento de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

⁶Acadêmica do oitavo semestre do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria.

⁷Acadêmica do sétimo semestre do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria.

⁸Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria, Doutora em Enfermagem. Pós- doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

adolescente. No que se refere às mudanças demográficas, salienta-se a sobrevida de crianças antes consideradas inviáveis. Isso foi possível por meio dos avanços científicos e tecnológicos que refletiram na sobrevivência de crianças/adolescentes. Denominados de *Children With Special Health Care Needs* (CSHCN)³ traduzido para o português como Crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES), a população que apresenta demandas de cuidados de saúde e requer assistência de serviços de saúde especializados e diversificados. Nos Estados Unidos da América (EUA), a faixa etária considerada para esta classificação perpassa dos 0-17 anos, incluindo, portanto, os adolescentes. No cenário brasileiro, os estudos desenvolvidos com CRIANES estão atrelados a crianças, o que denota lacuna do conhecimento a população adolescente usuária dos serviços de saúde, mesmo que se saiba, superficialmente, que as condições crônicas na adolescência estão cada vez maiores. Os adolescentes com necessidades especiais de saúde caracterizam-se por possuir diferentes diagnósticos de saúde e são classificadas de acordo com a suas necessidades e não seu diagnóstico médico. Foram classificados por Cano et al.⁴ em seis áreas: a) acompanhamento por especialistas; b) medicamentos de uso contínuo; c) alimentação especial; d) dependência de tecnologia; e) reabilitação por limitação física; f) acompanhamento de educação especial. Frente ao exposto, entende-se que em consequência da menor taxa de mortalidade infantil e o aumento da sobrevida das CRIANES, essas crianças estão chegando à adolescência e tendo em vista que não foram encontrados muitos estudos que caracterizem esta população é importante o desenvolvimento de investigações que descrevam e caracterizem esses indivíduos e suas necessidades, afinal é inegável a singularidade desse grupo de pessoas, que muitas vezes são incompreendidas devido à falta de estudos sobre tal assunto. Frente ao exposto, questiona-se: qual o perfil dos adolescentes em um hospital de ensino? **Objetivo geral:** analisar o perfil de adolescentes acompanhados em ambulatório de um hospital de ensino. **Objetivos específicos:** caracterizar os adolescentes quanto as variáveis de nascimento, sociodemográficas e clínicas; descrever as demandas de cuidados dos adolescentes com necessidades especiais de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo que tem como característica avaliar causa e efeito simultaneamente, em um recorte único de tempo, não existindo um período de acompanhamento dos indivíduos⁵. Este estudo será realizado no arquivo do Hospital Universitário de Santa Maria. Este serviço funciona todos os dias da semana, inclusive em feriados. O horário de funcionamento é das 07:00 às 19:00. Serão utilizados prontuários de adolescentes na faixa etária entre 12 e 18 anos, adotando assim o conceito de adolescência do Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990. Serão analisados todos os prontuários de adolescentes que tiverem consultado pelo menos uma vez no ambulatório de janeiro a dezembro de 2016 e os adolescentes que consultarem mais de uma vez no período de coletas serão considerados apenas uma vez. Os dados serão digitados e organizados no programa Epi-info® (versão 7.0), com dupla digitação independente. Verificados os erros e inconsistências na digitação, a análise dos dados será realizada no programa *SPSS Statistics 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences)*. A distribuição da normalidade dos dados será verificada pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis qualitativas serão analisadas por meio de frequências absoluta (N) e relativa (%). E as variáveis quantitativas por meio das medidas de tendência central e de dispersão, utilizando média e desvio padrão quando apresentarem distribuição normal e mediana, mínimo e máximo quando não apresentarem distribuição normal. Após verificação da normalidade dos dados serão escolhidos os testes paramétricos ou não-paramétricos para comparação das

variáveis. A pesquisa é uma emenda do projeto intitulado "Empoderamento de adolescentes com necessidades especiais de saúde", que já possui aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM), sob n.º da CAAE: 57774916.7.0000.5346. **Resultados esperados:** A pesquisa encontra-se na etapa de coleta de dados. Espera-se que os resultados do estudo contribuam para a caracterização desta população, considerando a escassez de pesquisas com esta temática, assim como o fomento de estratégias para o atendimento e cuidado dos adolescentes que utilizam o ambulatório pediátrico. Vislumbra-se dar visibilidade sobre quem são os adolescentes com necessidades especiais de saúde dentre a população que está sendo estudada, e a partir dessa caracterização obtida através deste estudo possa se desenvolver um cuidado adequado a esses indivíduos. É também esperado que diante de tantos casos diferentes que possam ser encontrados nesses prontuários hospitalares crie- se um banco de dados que colabore com futuros trabalhos ou pesquisas acadêmicas que possam ajudar a melhorar a saúde do adolescente. Ressalta-se a importância de a Enfermagem estar preparada para contemplar as demandas de cuidados da saúde do adolescente, pois ela é de essencial importância no auxílio do desenvolvimento desse cuidado que este indivíduo e seu núcleo familiar deverão realizar a partir do momento em que a demanda de cuidado for identificada.

DESCRITORES: Adolescente; Saúde do Adolescente; Enfermagem.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

- 1- 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. 1ª ed. 1990
- 2- UNICEF. United Nations Children's Fund. Infância e adolescência no Brasil. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities.html>.
- 3- McPherson MG, Arango P, Fox H, Lauver C, McManus M, Newacheck PW, et al. A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics*[Interet]. v.102, n.1, p137-41, jul 1998. Disponível em: <http://www.pediatrics.aappublications.org/content/102/1/137>
- 4- Cano JCF, Calvo ML, Zamora NR, Anguita MEA, Pazc MG, Yanez SB, et al. Modelo de atención y clasificación de Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud-NANEAS: recomendaciones del Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría. *Rev Chil Pediatr.* 2016 [citado 2017 abr 06];87(3):224-32; 2016. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v87n3/art14.pdf>
- 5- Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

10. ANÁLISE DO NÍVEL DE ESTRESSE DOS ENFERMEIROS DOS HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

ANALYSIS OF THE STRESS LEVEL OF NURSES OF THE HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

ANÁLISIS DE LA TENSIÓN DE NIVEL DE ENFERMERAS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

**PEDROZA, Géssica de Almeida¹; ANASTÁCIO, Fernanda Seidel²; BUFFON, Marina Raffin³;
LINDENBERG, Catarina⁴; SANTIN, Jaine⁵; SOUZA, Sônia Beatriz Cúcaro de⁶**

Introdução: O estresse é um elemento inerente a toda doença e que produz certas modificações na estrutura e na composição química do corpo e interfere no funcionamento cognitivo e fisiológico e pode contribuir para a diminuição de rendimento em suas atividades laborais e prejuízo das relações interpessoais. A carga de trabalho pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de estresse psicossocial, contribuindo para ocorrência de danos agudos, intensos e que desaparecem rapidamente, e crônicos, não tão intensos, mas que podem perdurar por períodos de tempo mais prolongado. Na enfermagem, a carga de trabalho se relaciona com o tempo dispensado pela equipe para a realização das atividades e demandas do local de trabalho, que dizem respeito à assistência ao paciente, sofrendo influência do grau de dependência destes em relação aos cuidados, da complexidade da doença e tratamento/intervenções escolhidas, da política de assistência da instituição, do perfil do profissional da equipe, da área física e rotinas da unidade, além das tecnologias disponíveis. Muitos Enfermeiros, com as atividades laborais cotidianas, acabam sofrendo por estresse em relação ao cuidado direto com o paciente, a sobrecarga de trabalho, as tarefas e horas trabalhadas, e isso não é observado pela equipe e algumas vezes pelos próprios familiares, fazendo com que o indivíduo somatize sinais e sintomas sem procurar tratamento adequado com os profissionais certos. **Objetivo:** Analisar o nível de estresse dos profissionais de Enfermagem no desempenho das rotinas de trabalho em uma unidade de internação clínica adulta. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa cujos dados foram consultados e analisados a partir de um banco de dados de um estudo previamente aprovado. O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Na amostra foram incluídos os dados de 48 Enfermeiros e 76 Técnicos de Enfermagem que estavam ativos e atuando na assistência direta aos pacientes internados em Unidades de Internação Clínica Adulto do HCPA no período da coleta dos dados. Foi elaborado um formulário com as variáveis de interesse para buscar no banco de dados, incluindo sexo, idade, duplo emprego, tempo de serviço, nível socioeconômico e categoria profissional. O nível de estresse foi avaliado a partir dos dados coletados por meio do Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE). Os dados desta pesquisa foram organizados e digitados em forma

¹ Acadêmica de enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: gessica_almeida@hotmail.com.br

² Acadêmica de enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS.

³ Acadêmica de enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS.

⁴ Acadêmica de enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS.

⁵ Acadêmica de enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS.

⁶ Enfermeira. Doutora em Psiquiatria. Professora Associada na Escola de Enfermagem -UFRGS.

de tabelas no Programa Excel da Microsoft Windows e processados e analisados no Programa SPSS “Statistical Package for the Social Sciences” versão 18. Esse estudo seguiu as normas propostas pela Resolução nº466/2012 (BRASIL, 2012), aprovada pela Plenária do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas éticas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resultados:** Dos 124 profissionais de enfermagem participantes do estudo, 29 sujeitos realizavam suas atividades laborais no turno da manhã, 14 no turno da tarde e 81 no turno da noite. Em relação ao gênero, dos 14 homens entrevistados, 4 (28,6%), trabalhavam no turno da manhã, 1 (7,1%) à tarde e 9 (64,3%) à noite. Dentre os 124 profissionais da Enfermagem que participaram do estudo identificaram-se 110 (88,7%) do sexo feminino. Esse resultado reforça as tendências de estudos constatadas por outras literaturas sobre a área, as quais reafirmam a profissão da enfermagem como predominantemente feminina. As 110 mulheres incluídas neste estudo estavam distribuídas da seguinte forma: 25 (22,7%) trabalhavam pela manhã, 13 (11,8%) à tarde e 72 (65,5%) no turno da noite. A idade média dos sujeitos da pesquisa foi de 45 anos no turno da manhã e 48 anos no turno da tarde, mostrando um predomínio de adultos maduros atuando nas unidades de internação adulta do HCPA. Nas divisões realizadas por categorias socioeconômicas são considerados os itens como grau de escolaridade e objetos de posse, dentre os entrevistados, 84 sujeitos encontram-se no nível socioeconômico “A”, sendo que destes 66,7% trabalham no turno da noite, esse predomínio possivelmente foi devido às remunerações diferenciadas referentes ao adicional noturno. Observando-se a categoria profissional, os Enfermeiros totalizaram 48 sujeitos entrevistados e os técnicos em Enfermagem 76. No cenário acadêmico da Enfermagem ainda é possível observar que a inserção masculina é pouco expressiva, apesar de o número de homens no curso estar aumentando. Na distribuição de frequência do nível de estresse dos profissionais por turno de trabalho (manhã, tarde e noite) no HCPA, verifica-se, com a aplicação do IEE, que dos 51 participantes com alto nível de estresse 51% (26) estavam trabalhando no turno da noite seguidos pelos do turno da manhã (17, 33,3%). Na distribuição do nível de estresse por categoria profissional, verificou-se que 75,3% (55) dos técnicos/auxiliares de enfermagem apresentaram baixo nível de estresse, enquanto que 58,8% (30) dos Enfermeiros apresentavam alto nível de estresse. Profissionais do turno noturno do HCPA apresentam faixa etária mais elevada, recebem adicional noturno, fazem plantões de 12 horas e 15 minutos com 60 minutos de descanso, trabalham uma noite e folgam duas e tem mais tempo de convivência com a família. A maioria já atuou em outros turnos e permanece no turno da noite por opção. É possível que estes fatores influenciem na qualidade de vida destes profissionais e no nível de estresse pelo qual eles estão submetidos. **Conclusão:** O presente estudo teve como objetivo analisar o nível de estresse dos profissionais de enfermagem no desempenho das rotinas de trabalho em uma unidade de internação clínica adulta e obteve como principal resultado que o alto nível de estresse encontra-se associado com pertencer à categoria enfermeiro e trabalhar no turno da noite. Os resultados encontrados foram parcialmente coincidentes com a hipótese de trabalho que sugere: quanto maior demanda associada, maior o nível de estresse envolvido. Além disso, o baixo controle sobre o trabalho e a falta de apoio social também podem aumentar a percepção do estresse pelo indivíduo. A falta de reconhecimento profissional, da sociedade e principalmente da própria pessoa, pode acarretar em características ainda mais intensas do estresse laboral. Essa avaliação pode ser útil para a prevenção precoce de problemas relacionados ao estresse ocasionado pelas atividades laborais da equipe de Enfermagem. Os resultados apontam para a importância em se revisar o processo de trabalho dos Enfermeiros e o turno que as atividades são exercidas.

DESCRITORES: Enfermagem; Estresse; Estresse ocupacional.

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

Referências

1. França ACL, Rodrigues AL. Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Ed. Atlas, 1996.
2. Guido LA. Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica. São Paulo, 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.
3. Magalhães AMM. Perfil dos profissionais de enfermagem no turno noturno do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Revista do HCPA. 2007; 2(27): 16-20.
4. Stacciarini JMR, Tróccoli BT. Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE). Rev. latino-am. Enfermagem. 2000, 8(6):40-49. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12347.pdf>>. Acesso em 17 de março de 2016.
5. Zorzi GMF, et al. Comparação entre os níveis de ansiedade e stress apresentados e percebidos pela equipe de enfermagem. Enfermería Global: Revista Eletrônica Semestral de Enfermería. 2004, 5:1-12.



11. AS METODOLOGIAS ATIVAS COMO CAMINHO PARA A AUTONOMIA DO ESTUDANTE: REFLEXÃO TEÓRICA

THE ACTIVE METHODOLOGIES AS A WAY FOR STUDENT AUTONOMY: THEORETICAL REFLECTION

LAS METODOLOGÍAS ACTIVAS COMO CAMINO PARA LA AUTONOMÍA DEL ESTUDIANTE: REFLEXIÓN TEÓRICA

COELHO, Alexa Pupiara Flores¹; BECK, Carmem Lúcia Colomé²; SILVA, Rosângela Marion da³; VEDOOTTTO, Denise de Oliveira⁴; TRINDADE, Liliane Ribeiro⁵; VASCONCELOS, Raíssa Ottes⁵; AOZANE, Fabiele⁵; GOES, Núbia Cristina de³; FREITAS, Paula Hübner⁶; FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva⁷; SILVA, Jonatan da Rosa Pereira da;⁸ PESERICO; Anahlú.⁹

Resumo

Introdução: as metodologias compreendem um conjunto de processos interativos que possibilitam o desenvolvimento da autonomia e aprendizagem significativa do estudante, consistindo em uma possibilidade para a qualificação do ensino na saúde. **Objetivo:** refletir acerca das metodologias ativas como caminho para a autonomia do estudante. **Método:** estudo de reflexão teórica construído a partir das leituras, sínteses reflexivas e teorização realizadas em ocasião da participação na disciplina "Formação docente tutorial com metodologias ativas de aprendizagem para a área da saúde" do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. **Resultados:** coexistem desafios e possibilidades para o desenvolvimento das metodologias ativas e, portanto, da autonomia do estudante. O docente é destacado como um facilitador na abertura dos caminhos para a autonomia do estudante, mediando seu processo de aprendizado. **Conclusão:** o uso das metodologias ativas no ensino em saúde desponta como um caminho para o desenvolvimento da autonomia do estudante.

Descriptores: Enfermagem; Estudantes de Ciências da Saúde; Educação Superior. Aprendizagem.

Abstract

Introduction: the methodologies comprise a set of interactive processes that enable the development of autonomy and meaningful learning of the student, consisting of a possibility for the qualification of teaching in health. **Objective:** to reflect on active methodologies as a way for student autonomy. **Method:** a theoretical reflection study based on the readings, reflective syntheses and theorization carried out on the occasion of the participation in the subject "Training teacher tutorial with active learning methodologies for the health area" of the Graduate Program in Nursing of the Federal University of Santa Maria. **Results:** challenges and possibilities coexist for the development of active methodologies and, therefore, of student autonomy. The teacher is highlighted as a facilitator in opening the way to the

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: alexap.coelho@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira na Prefeitura Municipal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

⁵ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil.

⁶ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Discente do Colégio Politécnico da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil.

⁷ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Enfermeiro na Prefeitura Municipal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

⁸ Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil.

⁹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Santa Maria, RS, Brasil.

autonomy of the student, mediating his learning process. **Conclusion:** the use of active methodologies in health teaching emerges as a path to the development of student autonomy.

Descriptors: Nursing; Students Health Occupations; Education Higher. Learning.

Resumen

Introducción: las metodologías activas comprenden un conjunto de procesos interactivos que permiten el desarrollo de la autonomía y el aprendizaje significativa del estudiante, que consiste en una oportunidad para la calificación de la educación en la salud. **Objetivo:** reflexionar sobre las metodologías activas como caminho para la autonomía del estudiante. **Método:** estudio de reflexión teórica construida a partir de las lecturas, síntesis, reflexión y teorización llevadas a cabo a partir de la participación en la disciplina "Formación docente tutorial com metodologías activas de aprendizaje para la salud" del Programa de Postgrado de la Universidade Federal de Santa Maria. **Resultados:** coexisten retos y posibilidades para el desarrollo de metodologías activas y por tanto de la autonomía del estudiante. El docente se destaca como un facilitador en la apertura de caminos para la autonomía del estudiante, la mediación de su proceso de aprendizaje. **Conclusión:** el uso de metodologías activas en la educación em salud emerge como un camino para el desarrollo de la autonomía del estudiante.

Descriptores: Enfermería; Estudiantes del Área de la Salud; Educación Superior. Aprendizaje.

Introdução

No desafio do ensino em enfermagem, identifica-se a necessidade de que se priorize a formação de trabalhadores críticos, autônomos, reflexivos e preparados para a complexidade das demandas dos diferentes cenários de atenção à saúde. O Brasil apresenta contextos marcados por vulnerabilidades e desigualdades sociais e econômicas, o que gera impactos nos determinantes do processo saúde e doença. Frente ao desafio de formar trabalhadores de enfermagem preparados para atuar nestes cenários, fazem-se necessárias ferramentas de ensino capazes de despertar o senso crítico, a autonomia e a criatividade profissional durante o processo formativo. Estas ferramentas podem ser representadas pelas metodologias ativas.

As metodologias ativas podem ser definidas como um processo de inclusão do estudante de forma ativa em seu processo formativo, de maneira que o mesmo busque respostas para os problemas do aprendizado. O objetivo é que ele coloque em prática, ainda na formação, sua capacidade de reflexão, crítica e criação.¹ Segundo essa modalidade de fazer em educação, o professor atua como um facilitador para que o estudante faça pesquisas, reflita e decida por ele mesmo, na busca pelo alcance de um objetivo.²

Considera-se que as metodologias ativas ancoram-se na problematização como estratégia de ensino/aprendizagem, a partir da qual provoca-se o estudante a examinar determinado problema e refletir, relacionando sua própria história e ressignificando suas descobertas. Assim, a problematização atua no sentido de levar o aluno ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento.¹

As metodologias ativas se ancoram em Paulo Freire, segundo o qual, no que tange a educação de adultos, o que motiva a aprendizagem é a superação dos desafios, a resolução de

problemas e a construção de conhecimentos novos a partir de experiências e conhecimentos prévios.³ Assim, as metodologias ativas surgem com a proposta de despertar a curiosidade do estudante na medida em que o mesmo insere-se na teorização e traz para a aula elementos novos, ainda não considerados pelo professor, e que contribui para a valorização do seu engajamento, percepção de competência e de pertencimento.²

Levando em consideração que as metodologias ativas representam uma possibilidade para a qualificação do ensino na área da saúde, este trabalho tem por objetivo refletir acerca das metodologias ativas como caminho para a autonomia do estudante.

Metodologia

O presente estudo consiste em uma reflexão teórica acerca das metodologias ativas como caminho para a autonomia docente. É resultado das leituras, sínteses reflexivas e teorização realizadas em ocasião da participação na disciplina “Formação docente tutorial com metodologias ativas de aprendizagem para a área da saúde”. Esta disciplina é ofertada anualmente pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria como disciplina optativa, perfazendo um total de 45 horas e contabilizando 3 créditos para o curso de Mestrado e Doutorado.

A participação da autora nesta disciplina nos anos de 2015 e 2016 oportunizou sua inserção em discussões e debates acerca desta temática, além da construção de materiais teóricos que deram sustentação a este estudo de reflexão. A consolidação do material teórico foi resultado de leituras aprofundadas em livros e artigos científicos produzidos por autores de referência na área das metodologias ativas, com destaque para o ensino na saúde e na enfermagem.

Resultados e discussão

Este estudo apresenta as reflexões estruturadas em dois eixos teóricos: o primeiro, discutem-se as principais barreiras e possibilidades para o desenvolvimento das metodologias ativas; o segundo destaca o papel do professor na consolidação das metodologias ativas. A autonomia do estudante é a discussão transversal ao longo da reflexão, destacando os caminhos para concretizá-la.

Barreiras e possibilidades para o desenvolvimento das metodologias ativas: como caminhar para a autonomia do estudante?

A concepção de educação superior em saúde pautada em metodologias ativas de ensino-aprendizagem converge com a intenção de se transformar profissionais e serviços, por meio da

valorização de competências técnicas aliadas ao compromisso ético e à concepção ampliada de saúde. Assim, almeja-se que o profissional de saúde seja capaz de cuidar e criar vínculo, se responsabilizando pela integralidade das ações. Para que isso se efetive, no entanto, é necessário que ferramentas diferenciadas de ensino-aprendizagem sejam utilizadas no ensino superior.⁴

No campo pedagógico, não existe um método que seja hegemonicamente eficaz para ensinar e aprender. No entanto, o que importa destacar é que, para que o processo de mudança se efetive, é fundamental “despertar o interesse do discente para o pensar, questionar, aprender, fazer e assumir uma responsabilidade profissional”.⁵ Portanto, evidencia-se que o processo de mudança exige ações articuladas que envolvam, entre outros elementos, o engajamento dos discentes.

A este desafio, confrontam-se os tradicionais modelos de ensino e a consequente supressão da autonomia e senso crítico dos discentes, habituados, muitas vezes, com a transmissão vertical dos conhecimentos. No modelo de ensino tradicional, a estrutura curricular não estimula adequadamente o desenvolvimento da autonomia, a capacidade de análise, o raciocínio crítico, investigativo e criativo. Ainda, este modelo supervaloriza os aspectos biológicos e a fragmentação dos conhecimentos e, por conseguinte, deixa em segundo plano os diferentes determinantes do processo saúde-doença.⁶⁻⁷

Talvez como resultado deste modelo, observa-se que, em determinadas realidades, os próprios discentes podem não estar suficientemente preparados para as propostas ancoradas em metodologias ativas, em decorrência de suas vivências sedimentadas nos modelos tradicionais. Pesquisa qualitativa realizada com discentes de enfermagem evidenciou que, para estes indivíduos, autonomia no processo de formação significa conduzir o seu próprio processo de ensino-aprendizagem, isto é, construir o próprio conhecimento a partir da reflexão acerca das situações vivenciadas na prática. A mesma pesquisa enfatizou, no entanto, que alguns discentes encontravam dificuldades para compreender as metodologias participativas, tendo, algumas vezes, a ideia de que estavam desamparados ou que não havia exigência sobre seu rendimento. Os discentes esperavam que o docente cumprisse o papel de transferir conhecimentos.⁸

Diante destes dados, identifica-se que os discentes da área da saúde, em especial da enfermagem, muitas vezes consideram que um ensino de qualidade e excelência é aquele em que o docente detém e oferta o conhecimento. Portanto, o desafio da construção da autonomia do mesmo perpassa, entre outros elementos, as diferentes concepções sobre o que é um ensino de qualidade e de excelência.

Segundo autores, o modelo pedagógico tradicional é centralizado na figura do professor; portanto, o desenvolvimento crítico e reflexivo do discente é limitado.⁵ Tendo isso em vista, deve-se refletir que o engajamento do discente para a mudança do processo ensino-aprendizagem passa, primeiramente, pelo desafio do seu deslocamento do currículo tradicional, da figura idealizada do professor como detentor de conhecimentos e de sua postura limitada à recepção e absorção de informações.

Para que este deslocamento seja efetivamente realizado pelos próprios discentes, é fundamental que o processo de mudança do modelo de ensino seja conduzido de maneira gradual e com a participação ativa dos discentes. Pesquisa realizada com estudantes de graduação em Enfermagem e Medicina evidenciou que, para os mesmos, existiram fragilidades na implantação das metodologias ativas. Para eles, ocorre uma abrupta transição do método tradicional para as metodologias ativas, de maneira que se sentiam perdidos frente à responsabilidade da busca do conhecimento, sobretudo nas disciplinas básicas.⁹

Segundo autores, a pouca familiaridade dos discentes com metodologias inovadoras podem suscitar nos estudantes a sensação de que sabem menos do que deveriam. Ainda, destacam que o insucesso na aplicação do método pode estar relacionado à carência de suporte teórico dos profissionais formadores no processo de sua implementação.¹⁰

Neste sentido, destaca-se o desafio de se construir uma ponte motivadora que seja capaz de estimular o discente ao despertar e saída do estado de passividade e alcance de habilidades e competências necessárias.¹¹ Frente a esta conjuntura, autores apontam determinadas estratégias que podem contribuir para o engajamento destes discentes no processo de mudança do modelo de ensino-aprendizagem. Algumas estratégias promissoras podem incluir a abertura para que os discentes possam ministrar aulas conjuntas com os docentes, de maneira a desenvolverem autonomia no processo de desenvolver determinado conhecimento.⁵

No entanto, nas tentativas de engajamento dos discentes residem, muitas vezes, entraves da própria atuação docente. Muitas vezes o professor universitário sabe o que ensinar, mas não domina a pedagogia do ensinar. A aprendizagem significativa representa uma das principais estratégias para o processo de ensino. A promoção da aprendizagem significativa exige a articulação de uma metodologia de ensino capaz de envolver o discente enquanto protagonista de seu próprio aprendizado, desenvolvendo o senso crítico do que é aprendido e, ainda, a capacidade de relacionar o conteúdo à sua realidade. Assim, a aprendizagem significativa implica a articulação entre o que o discente já sabe e o conhecimento que está adquirindo; ou seja, o antigo e o novo.¹¹

Citam-se, ainda, outras ferramentas relevantes, como a aprendizagem baseada em problemas, a aprendizagem entre pares, os estudos de caso e simulações, a problematização e o Arco de Maguerez.^{4,11} Portanto, observa-se que os diferentes autores convergem para o entendimento de que o processo de engajamento do discente com a mudança do modelo de ensino pode ser mediado pelo uso planejado de ferramentas inovadoras de ensino-aprendizagem, as quais podem mediar o desenvolvimento de sua autonomia.

Cabe destacar, ainda, que estudo de reflexão apontou que o diferencial na formação do profissional da saúde é resultado, principalmente, de mudanças na grade curricular em que se usam algumas estratégias de mudança, como a inserção do discente no serviço e no campo desde o início da graduação e uso de técnicas como a aprendizagem baseada em problemas.⁴ Isso mostra que a transformação das experiências do discente ao longo do processo formativo faz parte da mudança do modelo.

O papel do professor na abertura dos caminhos para a autonomia

O engajamento do estudante em relação as novas aprendizagens é a condição fundamental para o desenvolvimento de sua autonomia na tomada de decisões frente ao processo que vivencia, preparando-se para o exercício profissional. Para que isso aconteça, o estudante deverá contar com a postura pedagógica dos seus professores, pautada em características contrárias as de controle.²

A proposta de práticas docentes inovadoras são um ponto de partida para o desconhecido, o que implica, muitas vezes, em uma ameaça ao posto conquistado. Em relação a isso, deve-se refletir sobre o *status* que as mais diferentes culturas ao redor do mundo atribuem ao professor, sobretudo em países orientais. Mesmo no ocidente, precedeu-se um passado recente em que a figura do professor era absoluta ao ponto de que ao mesmo era permitida a imposição de humilhações e castigos, inclusive físicos. As mudanças sociais e culturais das últimas décadas transformaram radicalmente as relações no processo de ensino, no entanto, determinadas disposições hierárquicas estão se modificando lentamente, sobretudo no ensino superior, contexto em que o *status* do docente está atrelado ao do pesquisador, produtor de conhecimento, aquele que é referência. Assim, considera-se que a efetivação das metodologias ativas na prática docente passa, primeiramente, pela necessidade de que o professor renuncie, em parte, a um *status* historicamente conquistado, uma vez que outro personagem – o discente – necessita tomar o seu lugar na construção do conhecimento.¹

Na ótica da pedagogia crítica, relações democráticas entre docentes e discentes e as metodologias ativas de ensino-aprendizagem são fundamentais para a otimização do ensino, uma vez que estas conformações possibilitam que o discente atue como coparticipante no processo de construção do conhecimento.¹² No que tange às relações democráticas entre docente e discentes, considera-se que as mesmas são fundamentais para o estabelecimento de laços de confiança e apoio no processo de ensino-aprendizagem, movimento fundamental para que, neste processo, todos os indivíduos envolvidos sejam valorizados em sua singularidade.

Considera-se que a maneira como o docente se porta e orienta as tarefas é importante para o processo ensino-aprendizagem, pois o estudante espera apoio do docente.¹³ Isso leva a lembrar que os discentes depositam expectativas na postura e no fazer do professor, esperando dele um modelo profissional e de saber. O discente de enfermagem espera que o professor seja capaz de conduzi-lo no aprendizado, dando-lhe suporte e apoio. Nesse sentido, considera-se que mediar a construção da autonomia do discente e o desafio do ensino perpassa, também, a necessidade de trabalhar estas expectativas junto ao discente, problematizando o real papel do professor, desmitificando sua própria figura e, gradualmente, diminuindo as relações de dependência, ao passo em que o estudante passa a compreender que a construção do conhecimento deve ser um movimento que parta, também, de si próprio.

Portanto, considera-se aqui um ponto fundamental para a questão de aprendizagem: esta diferença entre o dirigir/induzir e apoiar/esclarecer pode ser o diferencial para que o docente possa mediar a construção da autonomia do estudante e a manutenção da qualidade do ensino. Se ancorado no pressuposto de que esta qualidade no ensino inclui o desenvolvimento de atributos fundamentais (como habilidades técnicas e relacionais, capacidade de teorização e abstração, além de criticidade e reflexão), pode-se considerar que a superação do dirigir/induzir para o alcance do apoiar/esclarecer seja o movimento determinante para a mediação estas duas necessidades, apesar de consistir em um tarefa complexa que perpassa o caminho da teorização-reflexão, aliada à experiência.

Nesse sentido, coloca-se que a participação coletiva e democrática é o ponto de partida para esta transformação, já que no processo de ensino-aprendizagem, os indivíduos estão conectados em rede.¹ Nesse sentido,

A discussão em torno da transformação é a pedra filosofal do processo. A reflexão coletiva, o diálogo, o reconhecimento do contexto e de novas perspectivas são a base para a reconstrução de novos caminhos, na busca pela integralidade entre corpo e mente, teoria e prática, ensino e aprendizagem, razão e emoção, ciência e fé, competência e amorosidade. Somente por meio

de uma prática reflexiva, crítica e comprometida pode-se promover a autonomia, a liberdade, o diálogo e o enfrentamento de resistências e de conflitos.^{1:2141}

Por fim, destaca-se que a educação superior em saúde busca uma nova direção de crescimento e está sujeita a constantes avaliações. É fundamental ao discente estar atualizado quanto aos problemas de seu tempo e sociedade. Frente a este desafio, cabe ao docente atuar como um orientador e facilitador, pois o desenvolvimento das futuras competências profissionais exige atualização quanto aos avanços da ciência e sociedade.⁵

Considerações Finais

O desenvolvimento da autonomia do estudante desponta como uma necessidade no processo de formação em saúde e, em especial, em enfermagem. A autonomia é visualizada como habilidade privilegiada na constituição de um trabalhador crítico, reflexivo e transformador de sua realidade. Frente ao desafio de formação deste trabalhador, despontam as metodologias ativas que, apesar de encontrarem desafios e barreiras para sua consolidação, representam caminhos para o desenvolvimento da autonomia docente.

Este estudo de reflexão mostrou que as estratégias para a implementação das metodologias ativas devem centrar-se em dois objetivos principais: provocar nos educadores uma mudança de postura centrada no controle para uma postura de parceria, corresponsabilização, participação, construção conjunta, escuta e diálogo. E, a partir disso, promover o engajamento do estudante, condição fundamental para a educação transformadora, por meio da aproximação do contexto de ensino de sua realidade e valorização de seus conhecimentos e experiências.

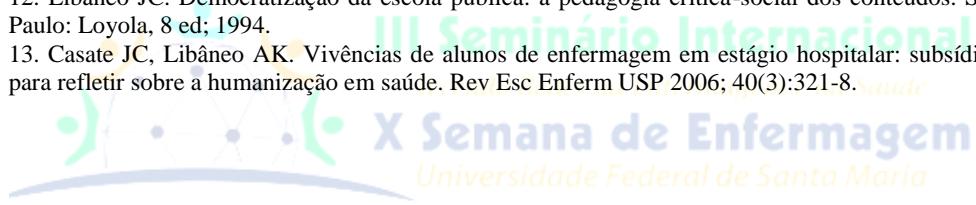
Ressalta-se que, frente a esses objetivos, é fundamental facilitar a teorização do professor acerca dos conceitos de metodologias ativas e seus usos. A construção de bases teóricas fortes é condição indispensável para que o processo seja efetivo e, sobretudo, permanente.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Mitre SMI, Siqueira-Batista R, Girardide Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciência e Saúde Coletiva. 2008; 13(supl.):2133-44.
2. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia dos estudantes. Semina: Ciências Sociais e Humanas. 2011; 32(1):25-40.
3. Freire P. Pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

4. Gomes AP, Rego S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2011; 35(4):557-66.
5. Freitas VP, Carvalho RB, Gomes MJ, Figueiredo MC, Faustino-Silva DD. Mudança no processo ensino-aprendizagem nos cursos de graduação em odontologia com utilização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem. *RFO*. 2009; 14(2):163-67.
6. Mamede S, Penaforte J, Schmidt H, Caprara A, Tomaz JB, Sá H. Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Escola de Saúde Pública/São Paulo: Editora Hucitec; 2001.
7. Costa NMSC. A formação e as práticas educativas de professores de Medicina: uma abordagem etnográfica. Tese [doutorado] – Pontifícia Universidade Católica (PUC) – São Paulo; 2005. 201 pp.
8. Semim GM, Souza MCBM, Corrêa AK. Professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem: visão do estudante de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(3): 484-91.
9. Marin MJS, Lima EFG, Paviotti AB, Matsuyama DT, Silva LKD, Gonzales C, et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2010; 34(1):13-20.
10. Wood EJ. Problem-Based Learning. *Acta Biochim Pol*. 2004; 51(2):xxi-xxvi.
11. Pinto ASS, Bueno MRP, Silva MAFA; Sellman MZ, Koehler SMF. Inovação didática – projeto de reflexão e aplicação de metodologias ativas de aprendizagem no ensino superior: uma experiência com “peer instruction”. *Janus*. 2012; ano 6(15).
12. Libâneo JC. Democratização da escola pública: a pedagogia crítica-social dos conteúdos. São Paulo: Loyola, 8 ed; 1994.
13. Casate JC, Libâneo AK. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(3):321-8.



12. ASSÉDIO MORAL ENTRE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO: UMA REVISÃO NARRATIVA

BULLYING AMONG UNDERGRADUATE STUDENTS: A NARRATIVE REVIEW

LA INTIMIDACIÓN ENTRE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: UNA REVISIÓN NARRATIVA

GONÇALVES, Naiane Glaciele da Costa¹; MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza²; LANES, Taís Carpes³; MUNHOZ, Oclaris Lopes⁴; TUCHTENHAGEN, Patrícia⁵; GRECO, Patrícia Bitencourt Toscani⁶.

Introdução: O assédio moral passou a ser objeto de investigação e publicação na literatura científica internacional há mais de três décadas, destacando-se os estudos de Hirigoyen, a partir de 1998, em que assédio moral é caracterizado como um processo de insultos, ameaças e agressões à dignidade ou integridade física ou psíquica de um indivíduo.¹ No Brasil, essa produção é ainda mais recente, com destaque aos estudos de Barreto, em pleno desenvolvimento.^{2,3} Pesquisas nacionais sobre a temática revelaram ênfase em revisões teóricas, enfocando origens, aspectos conceituais, retrospectivas e tendências de estudos.²⁻⁵ Ao estudar as origens do assédio moral, percebe-se a necessidade da construção de um modelo teórico comprensivo visando explicar essa forma de violência, sugerindo pesquisas sobre assediadores e avaliação das estratégias de intervenções implementadas nas organizações.² Nesse sentido, o assédio moral consiste em um fenômeno relevante, pouco conhecido e discutido na área da educação, em especial no ensino superior. Frequentemente, a vítima por vezes desconhece que está sofrendo assédio moral, podendo inclusive adoecer em decorrência deste e pode apresentar: estresse, falta de vontade de estudar ou de trabalhar, ocasionando baixa autoestima, depressão, insatisfação e desistência do seu fazer.⁴ Diante ao exposto, considera-se que a temática “assédio moral” mostra-se relevante e que este estudo poderá possibilitar a visualização de um panorama geral das publicações acerca do assédio moral entre estudantes de graduação. Nesse contexto, emergiu a seguinte questão de pesquisa: quais são as características das produções científicas nacionais e internacionais acerca do assédio moral entre estudantes de graduação? **Objetivo:** caracterizar as produções científicas nacionais e internacionais acerca do assédio moral entre estudantes de graduação. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão narrativa, de caráter descritivo, o qual foi proposto por uma disciplina do Curso de Doutorado em Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior pública, localizada no interior do Rio Grande do Sul. O processo de busca dos artigos científicos ocorreu por meio do Portal de Periódicos Capes com o *login* da universidade, por permitir o acesso gratuito a um maior número de publicações. A busca foi realizada na base Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e SCOPUS, entre maio e junho de 2016. A estratégia de busca que melhor se adequou para este estudo foi: Bullying or “assédio moral” or cyberbullying and student or academic or estudantes and universidade or graduação or university or college. Adotou-se como critérios

¹ Enfermeira, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (bolsista CAPES). E-mail da relatora: naianegaciele@gmail.com.

² Enfermeira, Doutora, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

³ Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria.

⁴ Enfermeiro, Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (bolsista CAPES).

⁵ Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

⁶ Enfermeira, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Professora da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- Campus Santiago.

inclusão: artigos derivados de pesquisas originais, que abordam a temática assédio moral com estudantes de graduação publicado em português, inglês ou espanhol até 2015. Como critérios de exclusão: artigos científicos duplicados (foi considerado apenas um deles) e que não estivessem disponíveis na íntegra o resumo ou o texto completo *online* e gratuitamente. Com o intuito de assegurar a confiabilidade deste estudo, a busca e seleção dos artigos foi realizada pela revisora principal e por uma segunda revisora, bolsista de Iniciação Científica e membro do grupo de pesquisa. **Resultados:** Na LILACS foram encontrados 15 publicações, aplicando os critérios descritos acima foram selecionados 3 (três) artigos científicos. Ao realizar a busca na SCOPUS foram encontrados 435 artigos científicos e após serem aplicados os critérios citados anteriormente, foram selecionados 41 artigos científicos. Totalizando 44 artigos científicos, os quais foram analisados. Os artigos selecionados têm como tema central o bullying e cyberbullying, duas temáticas que estão sendo amplamente debatidas pela mídia na atualidade. O bullying, um dos sinônimos para assédio moral e tema central deste estudo de revisão foi abordado em 70% das publicações. Com o advento da internet, o surgimento das redes sociais e propagação das mesmas, o cyberbullying (bullying através da internet) tornou-se objeto de pesquisa, pois aproximadamente 30% das publicações desta revisão abordavam o cyberbullying entre estudantes de graduação. As publicações em relação ao assédio moral nas bases de dados pesquisadas começaram a ser publicadas em 2007 (n=1), chegando ao seu ápice no ano de 2014 (n=10). Nota-se um predomínio de publicações científicas nos Estados Unidos (n=13), Austrália (n=6) e no Reino Unido (n=4). No Brasil, foi encontrado um artigo que abordasse a temática assédio moral entre estudantes de graduação. O idioma predominante nas publicações que abordavam o assédio moral com estudantes universitários foi o inglês (86%), seguido do espanhol (9%) e do português (5%). Fato que pode ser atribuído aos países em que as pesquisas foram desenvolvidas. As abordagens das pesquisas foram principalmente quantitativas (77%), seguido pela qualitativa (18%) e por último a mista (5%). O tipo de estudo prevalente foi o transversal descritivo (70%), seguido do descritivo exploratório (18%). Com o intuito de verificar a presença do assédio moral entre estudantes de graduação, foram desenvolvidas pesquisas predominantemente com os estudantes da área da saúde, sendo que o curso mais pesquisado foi o de psicologia (23%), seguido do de enfermagem (20%) e de medicina (18%). Estudo realizado com estudantes universitários colombianos constatou que 87% dos estudantes foram vítimas de assédio moral na graduação, destes 12% consideravam-se agressores e 10% percebiam-se como vítimas. Nota-se que há uma disparidade entre o percentual de casos de assédio moral e o percentual de estudantes universitários que percebiam-se como vítimas ou agressões, o que corrobora com a definição de assédio moral descrita por Hirigoyen, pois a autora destaca que o assédio moral pode ser cometido de modo intencional ou não e que muitas a vítima nem percebe que está sofrendo assédio.^{6,1} De acordo com uma pesquisa desenvolvida com estudantes de medicina, os estudantes referem que sofrem com maior frequência assédio moral de modo verbal e que sente-se humilhados diante da situação.⁷ Um estudo realizado com acadêmicos de enfermagem constatou que 50% destes foram vítimas de assédio moral nos últimos 12 meses e que o agressor era predominantemente um superior hierárquico, ou seja, um professor ou um veterano. Dentre as consequências destacadas pelos acadêmicos (71,5%) relataram que se sentiram ansiosos e (53,6%) ficaram deprimidos após sofrer assédio moral. Além disso, (46,9%) dos acadêmicos de enfermagem que foram vítimas de assédio moral durante a graduação em enfermagem, referiram isso influenciou na qualidade da assistência prestada aos pacientes.⁸ **Conclusão:** Pode-se perceber com esse estudo que há uma lacuna em relação a pesquisas sobre o assédio moral entre estudantes de Pós-Graduação, pois dentre os artigos selecionados para essa pesquisa apenas um foi desenvolvido com estudantes de Mestrado e Doutorado. Desenvolver pesquisas com estudantes de graduação e pós-graduação com a temática assédio moral possibilitará caracterizar essa população e identificar se ela sofre assédio moral durante o seu processo

formativo, o que possibilitará desenvolver estratégias de enfrentamento das situações de assédio moral vivenciadas pelos estudantes e poderá repercutir positivamente em seu desempenho acadêmico, na sua motivação e na sua saúde. Além de propiciar um ambiente acolhedor e harmonioso para docentes e discentes nas Instituições de Ensino Superior.

DESCRITORES: Dano moral; Educação Superior; Ética.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Hirigoyen MF. Assédio moral: a violência perversa no cotidiano. Tradução de Maria Helena Kühner. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.
2. Soares A. As origens do conceito de assédio moral no trabalho. *Rev. bras. Saúde ocup.* 2012; 37(126):284-6. Acesso em: 28 jul 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S03036572012000200009&script=sci_arttext.
3. Cahú GRP, Leite AIT, Nóbrega MML, Fernandes MGM, Costa KNFM, Costa SFG. Assédio moral: análise de conceito na perspectiva evolucionista de Rodgers. *Acta paul. enferm.* 2012; 25(4):555-9. Acesso em: 25 de jul de 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400012.
4. Fontes KB, Peloso SM, Carvalho MDB. Tendência dos estudos sobre assédio moral e trabalhadores de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011; 32(4):815-22. Acesso em: 10 mai 2016. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472011000400024&script=sci_arttext.
5. Garcia IS, Tolfo SR. Assédio moral no trabalho: uma responsabilidade coletiva. *Psicología & Sociedad.* 2011; 23(1):190-2. Acesso em: 24 jun 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a21v23n1.pdf>.
6. Ríos, OLHL; Martínez, ML; Mackenzie, SJV. El maltrato entre iguales por abuso de poder en el contexto universitario: incidencia, manifestaciones y estrategias de solución. *Universitas Psychologica.* 2012; 11(3):793-802.
7. Aredes, OL; Sanabria-Ferrand, PA; Gonzalez-Quevedo, LA; Moreno Rehalpe, SP. "Bullying" en las facultades de medicina colombianas: mito o realidad. *Rev.fac.med.* 2010, vol.18, n.2, p.161-172.
8. Budden, LM, et al. Australian nursing students' experience of bullying and/or harassment during clinical placement. *Collegian* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2015.11.004>.

13. ASSÉDIO MORAL NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR: UM ESTUDO DE TENDÊNCIAS

BULLYING IN INSTITUTIONS OF HIGHER EDUCATION: A STUDY OF TRENDS

INTIMIDACIÓN EN LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR: UN ESTUDIO DE LAS TENDENCIAS

GONÇALVES, Naiane Glaciele da Costa¹; MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza²; LANES, Taís Carpes³; MUNHOZ, Oclaris Lopes⁴; TUCHTENHAGEN, Patrícia⁵; GRECO, Patrícia Bitencourt Toscani⁶.

Introdução: O assédio moral é produto de um momento histórico e de um contexto social e econômico que definem o modo de organização do trabalho, permeando as relações entre as pessoas nesse contexto. A discussão acerca do assédio moral emergiu e tomou uma dimensão considerável no contexto das organizações do trabalho a partir da década de 90, “exigindo do trabalhador maior produtividade e adequação a normas vigentes, o que propicia que as relações humanas tornem-se mais fragilizadas e marcadas pela violência”.¹ Ele pode ser definido como um ato perverso que ocasiona “violência psicológica, sutil, dissimulada, intencional, de caráter repetitivo e prolongado, com a intenção de humilhar e excluir socialmente uma pessoa no contexto da atividade laboral, provocando-lhe estresse psicossocial e prejuízo à sociedade e à organização”.² Para o Ministério da Saúde o assédio moral é definido como toda e qualquer conduta abusiva que interfira na dignidade e integridade física ou psicológica de uma pessoa, o que pode acontecer por meio de palavras, gestos, comportamento ou atitudes no ambiente laboral e que, independente da intencionalidade do assediador, possa ameaçar ou degradar o clima de trabalho.³ Existem diversas compreensões e aspectos que definem assédio moral. Para Hirigoyen (2011) uma única situação pode ocasionar um efeito danoso no assediado e configurar assédio moral, dentre elas: comportamentos hostis e rudes, efeitos na saúde, um ato de violência que pode produzir humilhação e constrangimento.⁴ No entanto, Glina (2012) considera que assédio moral não é uma prática esporádica, mas, sim, um processo progressivo de gravidade, recorrente e persistente.⁵ Apesar de não haver um consenso em relação à sua frequência e duração, assédio moral é caracterizado como uma questão ética que diz respeito à dignidade humana, podendo ser desde um único ato negativo até ter uma incidência semanal, predominando como critério uma durabilidade maior do que seis meses.⁵ O assédio moral consiste em um fenômeno de grande relevância, porém, ainda pouco discutido no contexto histórico da saúde, especialmente, na Enfermagem. O fato da vítima não saber que está sofrendo assédio moral, pode levá-la ao adoecimento em decorrência de uma carga de estresse, da falta de vontade de estudar ou de trabalhar, ocasionando baixa autoestima, depressão, insatisfação e desistência do seu fazer.⁵ Diante ao exposto, considera-se que a temática “assédio moral” mostra-se relevante e que

¹ Enfermeira, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (bolsista CAPES). E-mail da relatora: naiane.glaciele@gmail.com.

² Enfermeira, Doutora, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

³ Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria.

⁴ Enfermeiro, Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (bolsista CAPES).

⁵ Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

⁶ Enfermeira, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Professora da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- Campus Santiago.

este estudo poderá proporcionar maior visibilidade das produções dos Programas de Pós-Graduação brasileiros acerca do assédio moral nas Instituições de Ensino Superior. Nesse contexto, emergiu a seguinte questão de pesquisa: quais são as características das tendências da produção científica acerca do assédio moral nas Instituições de Ensino Superior? **Objetivo:** Caracterizar as tendências da produção científica acerca do assédio moral nas Instituições de Ensino Superior. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão narrativa, de caráter descritivo, o qual foi proposto por uma disciplina do Curso de Doutorado em Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior pública, localizada no interior do Rio Grande do Sul. Foi realizada uma busca no Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (CEPEn/ABEn) nas dissertações e teses disponíveis nos catálogos entre 2001 e 2014, e no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES), a qual disponibiliza teses de dissertações sustentadas entre os anos de 2013 e 2016. A busca dos dados ocorreu nos títulos e resumos do CEPEn/ABEn e no formulário de pesquisa da CAPES, para tanto foi utilizada a palavra-chave “assédio moral”. Como critério de inclusão adotou-se: Teses ou Dissertações publicadas até o ano de 2015 e que abordasse a temática assédio moral em instituições de ensino superior. Adotou-se como critério de exclusão: tese ou dissertação que não estivesse disponível *online* e na íntegra ou que o assédio moral houvesse ocorrido não apenas em Instituições de Ensino Superior. Os dados foram coletados entre os meses de abril e maio de 2016. As teses e dissertações foram selecionadas a partir da leitura de seus títulos, resumos e do texto na íntegra quando necessário. Com a palavra-chave “assédio moral” foram encontradas 103 dissertações e teses no CEPEn/ABEn e no Banco de Teses e Dissertações. **Resultados:** Aplicando os critérios de inclusão e exclusão foram selecionadas 13 teses e dissertações. Destas, 11 eram dissertações e duas eram teses. Essas produções fazem parte de diversas áreas de concentração, segundo a CAPES, sendo as mais frequentes voltadas para a administração e psicologia. As dissertações e teses produzidas acerca do assédio moral nas Instituições de Ensino Superior ocorrem predominantemente em Programas de Pós-Graduação privados, principalmente nas regiões Sudeste e Sul do Brasil. O número de dissertações e teses que abordam o assédio moral nas Instituições de Ensino Superior ainda é reduzido, de 2007 a 2011 foram encontradas duas teses e dissertações e 2014 a 2015 esse número subiu para 11. As abordagens do assédio moral nas Instituições de Ensino Superior que prevalecem dizem respeito à percepção dos indivíduos, a sua ocorrência nas instituições de ensino, bem como as suas consequências. As teses e dissertações à respeito do assédio moral são desenvolvidas predominantemente com servidores e docentes de Instituições de Ensino Superior públicos e privados. Nas teses e dissertações disponíveis no CEPEn/ABEn e no Portal da CAPES, que trabalham com a temática assédio moral em Instituições de Ensino Superior são desenvolvidas principalmente utilizando uma abordagem qualitativa e a técnica de coleta de dados predominante é a de entrevista. De acordo com os resultados das teses e dissertações nota-se que o assédio moral está presente nas instituições de ensino superior e que são vítimas professores, estudantes e servidores. Dentre as formas de assédio moral vivenciadas, as que mais predominam são: abusos de poder, humilhações, perseguições, desprezo e indiferença. Vivenciar assédio moral pode provocar danos físicos e psíquicos de acordo com os resultados das teses e dissertações, algumas vítimas buscam tratamento com psicólogos e/ou psiquiatras, trocam o setor de trabalho e nos casos mais graves, pedem a aposentadoria devido à falta de motivação para desempenhar as suas atividades. **Conclusão:** Caracterizar as teses e dissertações produzidas pelos Programas de Pós-Graduação brasileiros, acerca do assédio moral em Instituições de ensino Superior possibilitou conhecer as suas peculiaridades. Esses resultados podem servir como base científica para pesquisas futuras, bem como possibilitar investimentos de órgãos de fomento governamentais e não governamentais com a finalidade de tornar o ambiente laboral saudável. O assédio moral pode estar sendo vivenciado não apenas com trabalhadores que atuam em Instituições de ensino Superior;

possivelmente, resultados similares aos achados com esse estudo possam ser encontrados com discentes. Sugere-se que novas pesquisas sejam desenvolvidas, com a finalidade de comparar os resultados do assédio moral vivenciado por trabalhadores com as possíveis vivencias de assédio moral por estudantes graduação.

DESCRITORES: Dano moral; Educação Superior; Ética.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Carrieri AP, Aguiar ARC, Diniz APR. Reflexões sobre o indivíduo desejante e o sofrimento no trabalho: o assédio moral, a violência simbólica e o movimento homossexual. *Cad. EBAPE.BR.* 2013; 11(1):165- 80.
2. Cahú GRP; Leite, AIT; Nóbrega, MML; Fernandes, MGM; Costa, KNFM; Costa, SFG. Assédio moral: análise de conceito na perspectiva evolucionista de Rodgers. *Acta paul. enferm.* 2012; 25(4): 555- 9.
3. Brasil. et al. Assédio : violência e sofrimento no ambiente de trabalho: assédio moral / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Editora do Ministério da Saúde, 2009.
4. Hirigoyen MF. Assédio moral: a violência perversa no cotidiano. Tradução de Maria Helena Kühner. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.
5. Glina, DMR; Soboll, LA. Intervenções em assédio moral no trabalho: uma revisão da literatura. *Rev. bras. Saúde ocup.* 2012; 37(126), p. 269-83.



14. 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 Rosa¹; GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi²

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 children 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; adolescent; 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

¹ Enfermeira. Universidade Federal de Pelotas.

² Enfermeira. Universidade Federal de Pelotas.

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

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/ Idioma	Objetivo/Tipo de estudo
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	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.

		Inglês	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	Analizar o cotidiano das famílias com filho portador de Anemia Falciforme. Estudo qualitativo
Experiences of Pediatric Patients With Sickle Cell Disease in Rural Emergency Departments – Psicologia e Medicina ⁽¹²⁾	2015 Journal of Pediatric Hematology Oncology	MEDLINE VI Estados Unidos Inglês	Descrever as percepções dos pais de uma amostra de jovens com Anemia Falciforme que vivem em municípios rurais acerca das 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.



III Seminário Internacional

“Tecnologia na Enfermagem e na Saúde”

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&tlang=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.

15. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM HIV: TENDÊNCIA DAS PRODUÇÕES DE ENFERMAGEM

EVALUATION OF PEOPLE'S WITH HIV QUALITY OF LIFE: TRENDS ON NURSING SCIENTIFIC PRODUCTION

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON VIH: TENDENCIA DE LAS PRODUCCIONES DE LA ENFERMERÍA

PRIMEIRA, Marcelo Ribeiro¹; OLIVEIRA, Rafael da Silva²; PADOIN, Stela Maris de Mello³

Introdução: Ao melhorar a expectativa de vida, por proporcionar melhora clínica, virológica e imunológica, o uso da terapia antirretroviral (TARV) parece provocar mudanças positivas às pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), que passam a perceber sua condição de saúde não mais de forma letal.¹ O entendimento que uma adesão adequada melhora a sobrevida e também a qualidade de vida (QV) resultou em uma crescente preocupação em relação ao estudo desta questão em pessoas que vivem com HIV, principalmente nos últimos anos. As condições que influenciam negativamente a QV podem afetar diretamente a adesão à TARV, significando em aumento de morbidade, mortalidade e custos mais elevados com saúde.² O fato de não existir cura para a maior parte das doenças crônicas, incluindo morbidades relacionadas ao HIV, demonstra que a avaliação da QV é indispensável para a criação de estratégias de tratamento, direcionando recursos e promovendo a implementação de programas de saúde que possam abranger não apenas aspectos físicos, mas também aqueles pautados nas dimensões psicosociais, possibilitando às equipes de saúde planejar o cuidado integral às pessoas com HIV.³ A Organização Mundial da Saúde (OMS), em função da importância médica do HIV, do impacto na QV, de seu estigma e das peculiaridades que envolvem o contágio, criou um módulo específico do instrumento de avaliação de QV (WHOQOL-HIV), derivado do original, sendo posteriormente reduzido (WHOQOL-HIV-Bref) para facilitar sua aplicação no cotidiano da atenção à saúde de pessoas com HIV.⁴ Além do WHOQOL-HIV-Bref, dentre os questionários específicos para pessoas com HIV, destaca-se o HAT-QoL, cujos domínios foram construídos totalmente a partir de sugestões de pacientes.⁵ Portanto, munidos de instrumentos validados para este fim, a QV é um aspecto a ser avaliado no contínuo processo terapêutico para o manejo do HIV, sendo um dos aspectos subjetivos mais utilizados na avaliação do impacto de doenças crônicas, permitindo ser usada como parâmetro para a tomada de decisões quanto ao tratamento e aprovação de novas TARVs alternativas.² Justifica-se o desenvolvimento deste estudo, pois a enfermagem se coloca como uma importante ferramenta potencializadora de pesquisa, pois se reconhece como campo de processo de produção de conhecimento. Dessa forma, diante do exposto, o presente estudo, a partir da seguinte pergunta de pesquisa, “Quais as características das produções que avaliaram qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV?”, tem como **Objetivo** caracterizar as produções que avaliaram QV de pessoas

¹ Enfermeiro. Aluno de Pós-Graduação do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado às Pessoas Famílias e Sociedade (GP-PEFAS). mrp_sm@hotmail.com

² Enfermeiro. Aluno de Pós-Graduação do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do GP-PEFAS.

³ Enfermeira. Doutora Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Líder do GP-PEFAS.

que vivem com HIV com a finalidade de identificar o modo como o conhecimento científico é difundido. **Método:** A metodologia do presente estudo objetiva a obtenção de indicadores de avaliação da produção científica e realiza a análise da atividade científica ou sua técnica a partir do estudo quantitativo dos constructos. Para a busca nas bases de dados, foram utilizadas as expressões “qualidade de vida”, “HIV” e “AIDS”, tanto no banco de teses e dissertações do portal da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) quanto nos Catálogo de Teses e Dissertações (CEPEn) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Também foram utilizados os operadores booleanos “AND” e “OR” entre as expressões. O método de busca no portal CAPES configurou-se com a inserção das expressões “qualidade de vida”, “HIV” e “AIDS” caixa de busca, adicionando os filtros por Área de Concentração que continham enfermagem na escrita. Logo, o método utilizado para a busca nos catálogos da ABEn foi desenvolvido a partir do índice por assunto. Cada dissertação ou tese recebe um número específico de classificação, dessa forma foi gerada uma tabela com os números de classificação de cada uma das expressões “qualidade de vida”, “HIV” e “AIDS”. Após foram realizadas comparações dos números de classificação que pertencessem às expressões de forma simultânea, simulando o operador booleano “AND”. Os critérios de inclusão foram: teses ou dissertações originadas de pesquisas de campo; estudos que respondessem à questão de pesquisa deste estudo e que tivessem relação com a temática abordada. A coleta de dados ocorreu no mês de maio de 2016 e seus resultados compuseram o banco de dados para posterior análise. A análise iniciou a partir da leitura criteriosa da literatura selecionada a partir dos títulos e resumos das produções. Posteriormente, dando continuidade à análise, foram geradas variáveis descritas na Tabela 01 para a caracterização das produções. Os dados foram tabulados e analisados segundo a estatística descritiva. **Resultados:** Inicialmente, no portal CAPES, foram encontradas 417, posteriormente à aplicação do filtro por Área de Concentração, com a utilização apenas daqueles com enfermagem na descrição, o número reduziu para 34 produções. Ao fim da leitura dos títulos e resumos, compuseram o banco de dados 10 constructos. A pesquisa nos catálogos da ABEn resultou em 08 produções, destas, uma não estava disponível nos catálogos e outra não correspondia aos critérios de inclusão deste estudo. A análise a partir do banco de dados mostra que há predomínio de estudos com abordagem quantitativa (81%). As instituições que mais produziram dissertações ou teses na temática de Qualidade de Vida e HIV se concentram no estado do Ceará e no estado de São Paulo, com 02 instituições que somadas, representam metade das produções desta temática, conforme este estudo. Os estudos estão igualmente divididos entre Teses e Dissertações, sendo que o ano com mais produções nesta temática foi o ano de 2013. Fica evidente a prevalência do uso do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da OMS, seguido do HAT-QoL com 03 produções, sendo que em uma produção é compartilhada junto com o instrumento da OMS. Também é possível constatar, através da análise, que a grande maioria dos estudos, teve como campo de coleta de dados os Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), sendo que em alguns resumos não há inferência ao cenário de pesquisa. Ainda, verifica-se, um grande número de instrumentos de coletas de dados que são utilizados em conjunto com os instrumentos para avaliação de Qualidade de Vida, são instrumentos que avaliam a adesão, depressão, autocuidado, suporte social, entre outras avaliações que possam ter correlação com a Qualidade de Vida das pessoas que vivem com HIV. Nota-se também a variação entre o número mínimo e máximo de participantes de cada estudo, que varia entre 29 a 314 participantes. Por fim, não há registros concretos sobre características das populações estudadas, tais como idade inicial ou final para caracterizar a amostra em idosos, jovens, adultos ou crianças, ficando o único dado aparente uma faixa-etária predominante ou uma média de valores. **Considerações Finais:** A disseminação da temática em outras instituições do País é de grande relevância. Essa disseminação pode ser de forma qualitativa, visto o número predominante de estudos quantitativos. Estudos multicêntricos, no sentido de abranger serviços especializados de diferentes municípios para uma

possível comparação podem ser propostos. O uso de outros instrumentos, ou a comparação entre eles também carece de produções nesse sentido. Os cenários podem ser mais bem descritos e mais diversificados, proporcionando também, comparações de aplicação de instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida com vistas a comparar esses resultados na mesma população, porém em serviços distintos.

DESCRITORES: Qualidade de vida; HIV; AIDS; Enfermagem.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Jelsma J; et al. An investigation into the health-related quality of life of individuals living with HIV who are receiving HAART. *AIDS Care*, 17(5):579-88, 2005.
2. Geocze L; et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes portadores de HIV. *Rev. Saúde Pública*, 44(4):743-9, 2010.
3. Canini SRMS. et al. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. *Rev. latinoam. enferm*, 12(6):940-45, 2004.
4. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 5(1), 2000.
5. Moser AMM; Traebert J. Adaptação transcultural do questionário HIV/AIDS-Target Quality of Life para avaliação da qualidade de vida em pacientes com HIV/aids. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011.



16. BUSCA ATIVA DE PACIENTES EM MORTE ENCEFÁLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ACTIVE SEARCH OF PATIENTS IN ENCEPHALIC DEATH: EXPERIENCE REPORT

BUSQUEDA ACTIVA EN PACIENTES DE MUERTE CEREBRAL: RELATO DE EXPERIENCIA

FLORES, Cintia Maria Lovato¹; ALVARENGA, Marina Sanes²; MACHADO, Rosângela Marques³.

Introdução: O transplante de órgãos e tecidos é um dos procedimentos mais complexos dos últimos séculos, comparados a grandes feitos científicos. A doação e alocação de órgãos configuram-se como um processo trabalhoso e delicado que depende da confiança da população no sistema e do comprometimento dos profissionais de saúde no diagnóstico de morte encefálica. O Brasil é o segundo país do mundo em número de transplantes e, para consolidar essa conquista, é fundamental a atuação do Ministério da Saúde, das esferas estaduais, entidades e profissionais de saúde em todo o processo de doação e transplantes.¹ Atualmente, o número de pacientes em lista de espera aguardando transplante de órgãos é maior que o número de doações. A Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) relata que havia no Brasil no ano de 2016, 39.056 mil pessoas aguardando por um órgão.¹ Neste contexto, estratégias foram criadas para aumentar as doações de órgãos e tecidos e consequentemente os transplantes. Assim no ano 2000 são criadas as Comissões Intra Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) por meio da portaria 905 de 2000.² Dentre as ações da CIHDOTT, destaca-se a busca ativa de morte encefálica, com o intuito de melhorar a efetivação de doadores de órgãos. Esta atitude, pode aumentar as notificações de morte encefálica, proporcionando a possibilidade de se obter doadores efetivos, além de garantir o direito do diagnóstico de morte encefálica para o paciente e o direito de decisão das famílias dos falecidos de doar seus órgãos ou não.³ Entendendo que a busca ativa pode mudar a realidade da doação e transplante de órgãos, e possibilitar um aumento no número de transplantes, justifica-se o presente estudo. Assim objetiva-se relatar os benefícios da busca ativa no processo de doação de órgãos em um Hospital Universitário. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Esse relato foi descrito por meio da experiência das autoras atuantes nas Comissões Intra Hospitalares de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplantes CIHCOT em um Hospital Universitário no interior do Estado do Rio Grande do Sul, no enfoque da busca ativa dos possíveis pacientes em morte encefálica internados neste hospital. A busca ativa vem sendo realizada três vezes na semana, por uma enfermeira da Comissão Intra Hospitalar de Captação de Órgãos e Tecidos (CIHCOT) desde julho de 2015 até o presente momento. **Resultados e discussão:**

¹ Enfermeira Especialista em Administração de Serviços de Enfermagem pela Faculdades Franciscanas-FAFRA.

Enfermeira Assistencial da Unidade de Terapia Intensiva Adulto HUSM. lovatoflores@bol.com.br

² Enfermeira Especialista em Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS pelo IEP do Hospital Sírio Libanês. Enfermeira Assistencial da Unidade de Cardiologia Intensiva HUSM.

³ Enfermeira Especialista em Segurança do Paciente pela FIOCRUZ. Enfermeira Chefe da Unidade de Pronto Socorro do HUSM.

A busca ativa é realizada por meio de visitas às Unidades de Terapia Intensiva Adulto (UTI); Unidade Cardiológica Intensiva (UCI); Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI Ped) e Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI Neo), Unidades de Internação Clínica e Cirúrgica Adulto, Sala de Recuperação Anestésica (SRA) e Pronto Socorro. Nesta visita é solicitado a enfermeira (o) do setor a identificação dos pacientes que se encontram em ventilação mecânica. A seguir é realizada a avaliação desses pacientes informados e quando identificado um paciente em possível morte encefálica a CIHCOT entra em contato com a equipe assistente no intuito de definir as condutas para a abertura do protocolo para o diagnóstico de morte encefálica. Não obstante se a equipe está parcialmente ou não capacitada para a abertura do protocolo, a CIHCOT faz as orientações necessárias para a abertura do mesmo. Tais orientações incluem: necessidade de conhecimento da causa do coma, ausência de hipotermia, drogas sedativas ou hipnóticas, bloqueadores musculares, hiponatremia ou hipernatremia, choque severo, acidose metabólica grave. Neste interim, a portaria 2600 de 2009, traz que a CIHCOT deve se articular com as equipes médicas da instituição de saúde, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação.⁴ Além disso, existe a obrigatoriedade de notificação compulsória das mortes encefálicas independente do paciente vir a se tornar um doador de órgãos. A notificação da morte encefálica é compulsória, mas a realidade é desanimadora, pois a falta de notificação é um dos principais fatores da significante desproporção entre o número de pacientes na lista de espera e o número de cirurgias realizadas.⁵ A abertura do protocolo de ME representa um desafio diário para os coordenadores intra-hospitalares, uma vez que o diagnóstico de morte encefálica é de competência médica conhecida e ainda existem muitos casos de subnotificação³. Portanto, o principal objetivo da Busca Ativa realizada pela CIHCOT é identificar e notificar os potenciais doadores de órgãos internados no hospital. Num primeiro momento, aproximadamente seis meses, iniciou-se um trabalho de reconhecimento da realidade dos setores, identificando-se a necessidade de realizar anotações e controle mais rigoroso dos casos em que eram necessários o diagnóstico de morte encefálica e os motivos da não abertura do protocolo. Durante o ano de 2016 na instituição referenciada foi possível constatar que em grande número de pacientes com sinais de morte encefálica não foi realizado o diagnóstico, totalizando um 'n' de dezoito pessoas e quando comparados aos realizados (14 protocolos). Mais de 50% dos casos de morte encefálica estima-se não estarem sendo identificados em tempo hábil. Tal fato pode ser associado à falta de conhecimento sobre o processo pelos profissionais de saúde. Observou-se uma melhoria no número de notificações de morte encefálica após a implementação do processo de busca ativa. Esses resultados crescentes apresentados em números de notificação da morte encefálica e doadores efetivos podem ser explicados por diferentes autores pelas intervenções educacionais e estruturais aplicadas pelos enfermeiros especializados, tais como a formação do pessoal hospitalar; introdução de registros institucionais específicos para gerir o processo de doação de órgãos e implementação de prescrições médicas padronizadas baseadas em evidência para a manutenção do potencial doador de órgão.³ Corroborando com a literatura destaca-se que a busca ativa também propiciou espaço para orientações às equipes sobre o processo de doação de órgãos e em particular sobre morte encefálica e manutenção de potencial doador, por meio de conversas informais com as equipes multiprofissionais, bem como o despertar do interesse pelo tema. Identificou-se que a característica de atendimento clínico influenciou na abertura do protocolo de morte encefálica visto que a maioria

dos protocolos são realizados na UTI adulto e a maioria dos protocolos que não foram realizados está no Pronto Socorro. Estes dados possibilitaram o mapeamento dos setores dentro do hospital com maior e menor dificuldade de identificar o momento de abertura do protocolo de morte encefálica e realizá-lo. **Conclusão:** A busca ativa de pacientes em morte encefálica gerou interesse pelo tema colocando em evidência a doação de órgãos e os transplantes. É notória a necessidade de capacitações para tornar o processo de protocolo de morte encefálica mais efetivo, visto que existem muitas lacunas a serem preenchidas. Observou-se também uma maior conscientização das equipes em iniciar o protocolo para constatação de morte encefálica, possibilitando assim maiores chances de diminuir a fila de espera por um órgão. Existem ainda pacientes com possível morte encefálica que não foram diagnosticados, mesmo assim os números de notificações aumentaram após o início da realização da busca ativa.

DESCRITORES: Obtenção de Tecidos e Órgãos; Transplantes; Enfermagem.

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

Referências

1. Garcia VD, Pacheco L, editores. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2009-2016). Ano XXI; n. 4. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos: RBT, Jan-Dez 2016.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 905 de 16 de agosto de 2000. Dispõe sobre a Comissão Intra-hospitalar de Transplantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt905.html>.
3. Silva V, Moura LC, Martins LR, dos Santos RCC, Schirmer J, de Aguiar Roza B. Projeto de coordenação intra-hospitalar para doação de órgãos e tecidos: responsabilidade social e resultados promissores. Rev Latino-Am Enferm. 2016; 24: 2773.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2600 de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplante. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_209.html.
5. Neves ARD, Duarte E, Mattia ALD. Notificação de morte encefálica em doação de órgãos. Rev Min Enferm. Abr-Jun 2008; 12(2): 213-8.

17. CAPACIDADE FAMILIAR NO CUIDADO DESENVOLVIDO ÀS CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV

FAMILY CAPACITY OF CARING FOR CHILDREN EXPOSED TO HIV

CAPACIDAD FAMILIAR EN EL CUIDADO DESARROLLADO A LOS NIÑOS EXPUESTOS AL VIH

TOEBE, Thayla Rafaella Pasa¹; PAULA, Cristiane Cardoso de²; FERREIRA, Tamiris³; SILVA, Fernanda Severo da⁴; HAUSEN, Camila Freitas⁵; SAMPAIO, Clécia⁶; PADOIN, Stela Maris de Mello⁷

Introdução: A população de crianças verticalmente expostas ao HIV demanda cuidados em saúde além do habitual. A mãe ou outro membro da família, como sujeito ativo, e cuidador da criança, por conseguinte, podem assumir o controle da transmissão vertical, facilitando a adesão às recomendações¹. Entre as recomendações brasileiras da prevenção da transmissão vertical estão a não amamentação e substituição pelo aleitamento com fórmula láctea infantil ou leite humano pasteurizado que seja originário de banco de leite credenciado². Salienta-se que toda criança exposta à transmissão vertical do HIV tem garantido por lei o direito de receber gratuitamente a fórmula láctea até os seis meses de idade, podendo esse prazo ser estendido por 12 meses ou mais em alguns casos. A profilaxia antirretroviral com Zidovudina (AZT) solução oral deve ser ofertada ao recém-nascido de preferência ainda na sala de parto ou até as primeiras quatro horas de vida, permanecendo até os vinte e oito dias de vida. Em casos específicos para mães que apresentarem sua carga viral detectável no último trimestre de gravidez ou a mesma for desconhecida, a criança ainda deverá fazer uso de três doses de nevirapina, sendo a primeira dose administrada até 48h de vida, a segunda dose 48 h após a primeira e a terceira 96h após a segunda³. A criança verticalmente exposta ao HIV necessita de acompanhamento em um serviço especializado, mediante a realização de consultas periódicas, as quais devem contemplar a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, a adequada realização das recomendações da prevenção da transmissão vertical, a alimentação com fórmula láctea infantil e posteriormente da introdução da alimentação complementar aos seis meses². As consultas nesse serviço também devem abranger profilaxia primária para prevenção da pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*, mediante orientações quanto administração e posologia do antibiótico Sulfametoxazol (SMX) e Trimetropim (TMP)². Deve-se atentar para sinais de possíveis coinfeções, realização de anamnese e exame físico detalhado e solicitação e avaliação de exames laboratoriais, bem como, exames quantitativos e qualitativos para HIV. Até os 18 meses de vida da criança recomenda-se a realização de testes quantitativos de carga viral uma vez que, existe a possibilidade da persistência de anticorpos maternos. Portanto, o primeiro teste deve ser realizado com até seis semanas de vida e o segundo, com intervalo mínimo de um mês. Em caso de resultado detectável, o teste deve ser repetido imediatamente, sendo o 2º

¹Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista de iniciação científica PROBIC/Fapergs. E-mail: thaylatoebe@gmail.com

²Enfermeira Drª Profª no Departamento de Enfermagem da UFSM.

³Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem na UFSM.

⁴Acadêmica de Enfermagem na UFSM. Bolsista de iniciação científica PIBIC/CNPq

⁵Acadêmica de Enfermagem na UFSM. Bolsista de iniciação científica PIBIC/CNPq.

⁶Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem na UFSM.

⁷Enfermeira Drª Profª no Departamento de Enfermagem da UFSM.

resultado detectável, considera-se a criança infectada pelo HIV. Já em caso de resultado indetectável nos dois testes, a criança é considerada não infectada, entretanto, deve realizar sorologia para HIV após os 12 meses de idade². Até os 18 meses a criança mantém um esquema vacinal diferenciado, após essa idade e comprovação da negatividade para o HIV, deve-se seguir o esquema básico vacinal proposto pelo Ministério da Saúde, à exceção de algumas vacinas, como a da varicela e poliomielite. O acompanhamento para crianças não infectadas passa a ser realizado nos serviços de Atenção Primária à Saúde com consultas anuais até a adolescência no serviço especializado².

Objetivo: avaliar a capacidade familiar para cuidar de crianças expostas ao HIV.

Método: Trata-se de um estudo de corte transversal com abordagem quantitativa. Está sendo desenvolvido no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), sendo este referência no atendimento a crianças expostas ao HIV para a região central do Rio Grande do Sul. A população do estudo é composta por cuidadores que prestam cuidados a crianças expostas ao HIV. Os critérios de inclusão do estudo são: ser cuidador da criança e ter capacidade de sozinho prestar os cuidados. Pretende-se coletar a totalidade da população de familiares/cuidadores de crianças verticalmente expostas ao HIV, obtidas com base no número de notificações de partos de gestantes com HIV, desde junho de 2014 até outubro de 2017, portanto, não será realizado cálculo amostral. A etapa de coleta de dados já se encontra em andamento, com previsão em término em outubro de 2017. A abordagem do cuidador/familiar pode ocorrer no momento em que este leva a criança para a consulta de acompanhamento. Aqueles participantes que não forem acessados no serviço de saúde tentar-se-á 10 tentativas de contato telefônico, qual poderá ser obtido mediante as notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e do cadastro dos participantes no serviço de saúde. Na coleta de dados está sendo utilizada a Escala de Avaliação da Capacidade para Cuidar de Crianças Expostas ao HIV, desenvolvida e validada no Brasil, que aborda os cuidados fornecidos as crianças nascidas verticalmente expostas ao HIV. Esta escala possui pontuação de 1 a 5, atribuindo-se para os itens com significado favorável as categorias: 1 - nunca, 2 - raramente, 3 - às vezes, 4 - muitas vezes e 5 - sempre. Sendo assim, é possível dividir o número de dimensões da capacidade para cuidar em baixa, moderada e alta capacidade¹. A inserção dos dados está sendo realizada no programa Epi-Info®, versão 3.5, com dupla digitação independente e para a análise dos dados o programa PASW Statistics® for Windows. Este estudo possui aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria nº parecer 1.963.382 e CAAE 50609615.1.0000.5346. O desenvolvimento do estudo está de acordo com os aspectos éticos envolvendo seres humanos⁴. Ressalta-se que o estudo permanece em processo de coleta até o segundo semestre de 2017, portanto, o presente trabalho expõe dados parciais da pesquisa.

Resultados: Dos cuidadores participantes, 58 responderam o instrumento, destes, 50,7% (n=29) apresentou capacidade de cuidar moderada, 34% (n=20) com alta capacidade e 15,3% (n=9) a capacidade foi baixa. O fator capacidade para administrar a profilaxia antirretroviral foi alto 72,8% (n=42), moderado 13,6% (n=8) e baixo 6,8% (n=4). O fator capacidade para preparar e administrar alimentação láctea foi alto 54,1% (n=31), moderado 39,1% (n=23) e baixo 5,10% (n=3). O fator capacidade para preparar e administrar alimentação complementar foi moderado 55,8% (n=32), alto 18,7% (n=11) e baixo 8,5% (n=5). O fator capacidade para administrar antibiótico foi moderado 52,4% (n=30), alto 40,8% (n=24) e baixo 3,4% (n=2). Ao comparar os achados desta pesquisa com um estudo realizado em Fortaleza (CE), em dois hospitais de referência no atendimento a soropositivos para o HIV, que também utilizou como instrumento de coleta a Escala de Avaliação da Capacidade para Cuidar de Crianças Expostas ao HIV, observou-se que das 62 mães participantes, 72,7% destas ofertaram adequadamente AZT xarope; 86,0% possuíam alta capacidade para preparar e administrar o leite em pó; 44,4% possuíam moderada capacidade para preparar e administrar a alimentação complementar; 76,5% revelaram alta capacidade para administrar a profilaxia com Sulfametoxazol (SMX) e Trimetropim (TMP) e 95,3% demonstraram

alta capacidade para o acompanhamento clínico e a vacinação da criança⁵. Assim, no presente estudo a principal dificuldade encontrada foi em relação a administração do antibiótico, divergindo com o estudo comparativo, onde a dificuldade apresentada estava relacionada a capacidade de preparar e administrar a alimentação complementar. O que demonstra a importância de reconhecer as particularidades de cada região e população, a fim de poder intervir proporcionando a conduta mais adequada. No presente estudo, todos os cuidadores (n=58) apresentaram alta capacidade para garantir a adesão ao acompanhamento clínico e vacinação, dado que converge com os achados no estudo realizado em Fortaleza⁵. **Conclusão:** A capacidade de cuidar foi percebida de forma geral como moderada ou alta pelos cuidadores, achado que enfatiza a necessidade de propostas e intervenções educacionais destinadas a melhorar ou alterar o seu desempenho, visto que mais de 15% percebeu ainda, uma capacidade baixa de cuidar. Destaca-se o papel do enfermeiro na prática de educação em saúde com os cuidadores, prestando apoio e orientações a fim de qualificar os cuidados prestados a essas crianças, contribuindo assim para a redução da transmissão vertical do HIV.

DESCRITORES: Enfermagem; Saúde da Criança; HIV; Família; Educação em Saúde.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Barroso, LMM.; Freitas, JG; Galvão, MTG. Escala para avaliação da capacidade para cuidar de crianças expostas ao HIV. Rev enferm UFPE on line. 2013; 7(1): 722-730. [www.ufpe.br/revistas/revista_enfermagem/index.php?nro=7\(1\)&artigo=10](http://www.ufpe.br/revistas/revista_enfermagem/index.php?nro=7(1)&artigo=10)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes. Brasília (DF); 2014.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical. Brasília (DF); 2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012.
5. Freitas, JG.; Barroso, LMM.; Galvão, MTG. Capacidade de mães para cuidar de crianças expostas ao HIV. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013; 21(4):[09 telas].

18. CONSTRUÇÃO DO CUIDADO DOMICILIAR E A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

CONSTRUCTION OF DOMICILIARY CARE AND MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE: EXPERIENCE REPORT

CONSTRUCCIÓN DE CUIDADO EN EL HOGAR Y RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL: RELATO DE EXPERIENCIA

SILVA, Jordana Lima da¹; SCHIMITH, Maria Denise ²; MAIA, Dyan Jamilles Brum³; NEVES, Gabriela Leal⁴; OLIVEIRA, Gabriela⁵; SILVEIRA, Vanessa Nascimento do⁶.

Introdução: A Política Nacional de Atenção Básica traz o trabalho interdisciplinar como ferramenta necessária para a garantia da integralidade do cuidado. Caracterizando-se como conjunto de ações de saúde, não apenas individuais, mas também coletivas, com vistas à promoção em saúde, a prevenção e tratamento de doenças e, a redução de danos ou de sofrimento¹. Com a finalidade de fortalecer as estratégias da Atenção Básica, em 2009, foi instituída a Portaria Interministerial nº 1.077, a qual criava a Residência Multiprofissional em Saúde, esta modalidade de ensino visa formar profissionais capazes de atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) de forma interdisciplinar, por meio da atuação entre profissionais de áreas distintas em diferentes cenários da saúde². Uma ferramenta que possibilita a atuação de forma interdisciplinar são os atendimentos domiciliares, pois aproximam os profissionais de saúde ao contexto em que o usuário está inserido, além de servir como base para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde³. Os atendimentos domiciliares realizado por uma equipe multiprofissional proporcionam assistência integral e humanizada, além disso, aproxima o profissional da vida familiar e social em que o usuário está inserido³. **Objetivo:** relatar a importância da interdisciplinaridade que a residência multiprofissional proporciona, por meio dos diversos núcleos profissionais inseridos no cuidado domiciliar. **Metodologia:** Trata-se de um relato sobre a atuação interdisciplinar de residentes das áreas de enfermagem, psicologia e assistente social. A partir da inserção destas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), está implícita a necessidade da atuação multidisciplinar destes profissionais a fim de proporcionar um cuidado mais resolutivo e colaborativo. Destaca-se aqui, o caso de uma usuária idosa, ocorrido no ano de 2015, em Santa Maria, município da região central do estado do Rio Grande do Sul, a partir do Programa de Residência Multiprofissional Integrada da Universidade Federal de Santa Maria/RS. O processo de trabalho das residentes baseou-se na interdisciplinaridade, integralidade e humanização do cuidado. **Resultados e discussão:** Essa senhora encontrava-se fazendo uso de um andador para

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem. E-mail: jordananalimas@hotmail.com.

² Orientadora. Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento do curso de Enfermagem UFSM. Coordenadora do curso de graduação em Enfermagem CCS/UFSM.

³ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

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

⁵ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

⁶ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

locomover-se e possuía diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Este relato emergiu a partir do atendimento domiciliar diário a uma idosa para a realização de curativo, inicialmente, os atendimentos eram realizados por uma residente de enfermagem e por uma técnica de enfermagem da Unidade de Saúde. A realização do atendimento domiciliar é uma tecnologia de interação que amplia a forma se prestar assistência, possibilitando a integralidade do cuidado⁴. A mesma possuía um curador, o qual administrava os bens da idosa. Curador é a pessoa que administra os bens, pensão ou aposentadoria (caso o interditado possua), protege e vela o bem-estar físico, psíquico, social e emocional do interditado. Curador é um cuidador secundário, responsabilizado perante o Juiz por uma determinada pessoa, o qual deve representá-la e zelar pelos seus direitos e garantias fundamentais⁵. Percebeu-se, porém que este curador não demonstrava participação quanto à prestação de cuidado da idosa. A idosa relatou sentir-se sozinha, e, por esse motivo, a visita para a realização do procedimento também era destinado à escuta, em que, por muitas vezes, ela se emocionava. A lesão, a qual o curativo era realizado, decorre de uma lesão vascular no membro inferior direito. O cuidado à lesão era realizado todos os dias, há mais de três anos, pela equipe de saúde e não apresentava boa evolução. Conforme as visitas foram ocorrendo, as residentes da área da psicologia e da assistência social tiveram acompanhamento do agente comunitário de saúde. Essa aproximação de diferentes núcleos profissionais nas visitas domiciliares começou a acontecer frequentemente, sendo possível que fosse estabelecido uma relação de vínculo entre as residentes e a usuária. Dessa forma, houve a possibilidade de uma avaliação ampliada do cuidado, no qual se pode observar as fragilidades existentes naquele ambiente, deixando de ser realizado cuidado com foco no curativo. A assistente social avaliou o ambiente onde a idosa estava inserida, neste ambiente observou que a idosa não tinha condimentos necessários para realizar uma refeição saudável. Observou-se que os alimentos disponíveis eram um pacote de salgadinho, frutas em processo de decomposição e um pedaço de carne. Foi realizado questionamentos acerca do papel que o curador vinha desempenhando, visto que em uma das visitas foi possível observar algumas situações de desagrado por estar ali da parte dele. A partir desse momento, notou-se que não lhe eram oferecidos higiene e alimentação adequada, os quais poderiam auxiliar na cicatrização da lesão. Houve a constatação de que a alimentação, deficientes em nutrientes, e as más condições de higiene associado às falas, que remetem ao sentimento de solidão, estavam diretamente relacionadas a não cicatrização da lesão. Com base nas informações obtidas, foi solicitado que o curador se fizesse mais presente, disponibilizando a idosa uma alimentação mais nutritiva e lhe auxiliasse tanto na realização dos cuidados com a higiene pessoal, como na limpeza da residência. É importante saber que o desempenho insatisfatório e a falta de zelo para com a pessoa interditada poderão ocasionar na substituição e/ou remoção do curador, desde que comprovada a incompatibilidade da situação com o exercício da curatela⁵. A equipe de saúde, portanto, precisa envolver o curador nos cuidados. O curador não demonstrou o comprometimento com o cuidado da idosa, mesmo após ter requisitada, pela equipe de saúde, sua maior participação na realização dos cuidados, o que acabou gerando uma situação de desconforto entre os profissionais e o curador. O curador, então, referiu que a melhor solução seria a internação da idosa em uma casa de longa permanência. Ao escutar sobre essa possibilidade, a idosa chorava e dizia que “não gostaria de ficar em um asilo, que tinha a casa dela e que não sairia do local”. Diante da complexidade da situação, foi efetuada uma busca na rede familiar da idosa, a fim de encontrar alguém pudesse desempenhar um cuidado mais eficiente. Por fim, uma familiar que estava afastada comprometeu-se em ajudar no cuidado e limpeza da casa. Com o passar do tempo a realização diária do curativo foi suspensa, devido à cicatrização da ferida. Esta familiar ficou grata à equipe de residentes, pois desconhecia as condições que a idosa se encontrava, sendo possibilitado à ela ofertar um cuidado mais digno e efetivo. Devido ao vínculo que fora constituído entre a equipe e a usuária, as visitas continuaram acontecendo, sendo solicitadas pela usuária, que agora utilizava o tempo para relatar que estava tudo ocorrendo como

ela sempre desejou. O atendimento domiciliar possibilita que a equipe atue de modo diferenciado o que implica na mudança no processo de trabalho. Importante salientar que a presença dos profissionais em domicílio, não deve ser uma nova forma de controlar o usuário, bem como, propiciar a atuação vertical destes profissionais, mas sim, um modo de valorizar o poder de escolha e incentivar a autonomia do usuário³. A partir da ação conjunta dos diferentes núcleos profissionais, o atendimento interdisciplinar envolvido propiciou a integralidade do cuidado, em diferentes segmentos, além de ampliar a assistência oferecida. Apesar da complexidade do caso, por meio da equipe profissional, foi possível observar a forma como era realizada a prática do cuidado domiciliar, e por fim, foi garantido melhora na qualidade de vida da usuária. Esse relato revela a função importante da Atenção Primária à Saúde que proporciona, por meio do vínculo e cogestão do cuidado, a longitudinalidade na Rede de Atenção à Saúde¹. Ademais, a residência multiprofissional possibilita a aproximação das relações entre os diferentes núcleos profissionais, oportunizando, um olhar ampliado frente ao usuário⁴. **Considerações finais:** A importância da residência multiprofissional se consolida a partir da realização da assistência fundamentada nas diretrizes do SUS: interdisciplinaridade, integralidade e humanização. A atuação de forma interdisciplinar possibilitou diferentes formas de assistência em saúde, além disso, oportunizou a troca de saberes entre profissionais. Essa experiência contribuiu para a educação permanente dos profissionais de saúde, pois foi oportunizado momentos de aprendizagem coletiva. Atividades que envolvem diferentes núcleos de conhecimento proporcionam o que muito se busca no SUS, uma prática de saúde com vistas à integralidade do sujeito. As práticas de cuidado, na perspectiva interdisciplinar, possibilitam novas formas de organização do trabalho, na saúde, modificando o processo de trabalho centrado em procedimentos para um processo centrado no usuário.

DESCRITORES: Enfermagem; Visita Domiciliar; Cuidados de Enfermagem.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2007.
2. Brasil. Portaria Interministerial n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo; 2009.
3. Cunha MS da, Sá M de C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. Interface (Botucatu). 2013; 17(44): 61-7.
4. Matos E, Pires DEP de, Campos GW de S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. Rev bras enferm. 2009, 62(6): 863-69.
5. Brasil. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Cartilha de Orientação aos curadores. Brasília; 2013.

19. CONSTRUINDO COMPETENCIAS INVESTIGATIVAS NO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO NA ATENÇÃO HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

BUILDING INVESTIGATIVE COMPETENCES IN THE CURRICULAR STAGE SUPERVISED IN HOSPITAL CARE: EXPERIENCE REPORT

CONSTRUCCIÓN DE CAPACIDAD EN INVESTIGACIÓN EN ETAPA CURRICULAR SUPERVISADA EN ASISTENCIA HOSPITALARIA: RELATO DE EXPERIENCIA

ZOCCHE, Denise¹; PERTILLE, Fabiane²; FRIGO, Jucimar³; ZUGE, Samuel Spiegelberg⁴.

Resumo

O estágio supervisionado é uma etapa importante para consolidação de competências, e habilidades necessárias para a implementação da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE). **Objetivo:** descrever a experiência de um grupo de docentes supervisores do estágio supervisionado I, que utilizam a pesquisa como estratégia para o desenvolvimento de competências e habilidades no estágio supervisionado da atenção hospitalar. **Método:** a experiência envolve quatro docentes da nona fase do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Catarina e a incorporação de atividades investigativas no estágio supervisionado na atenção hospitalar. **Discussão:** a inserção das atividades investigativas oportuniza vivenciar e conhecer a prática gerencial do enfermeiro a partir de evidências científicas, contribuindo para o fortalecimento e consolidação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Considerações finais:** a pesquisa contribui para a formação dos enfermeiros no âmbito da gerência em enfermagem, que é um dos aspectos primordiais para o fortalecimento da SAE.

Descriptores: Enfermagem; Supervisão de enfermagem; Educação baseada em Competências, Serviços de integração docente-assistencial.

III Seminário Internacional

Abstract

The supervised internship is an important step for the consolidation of competences, and skills necessary for the implementation of the Systematization of Nursing Assistance (SAE – in Portuguese). **Objective:** to describe the experience of a group of teachers, supervisors in the supervised stage I, who use research as a strategy for the development of skills and abilities in the supervised stage of hospital care. **Method:** the experiment involves four teachers from the ninth phase of the undergraduate course in Nursing at the State University of Santa Catarina and the incorporation of to the strengthening and consolidation of Nursing Care Systematization. **Result:** the investigative activities at the supervised stage in hospital care. **Discussion:** the insertion of the research activities allows to experience and to know the managerial practice of the nurse based on scientific evidence, contributing research contributes to the training of nurses in nursing management, this is one of the key aspects for strengthening SAE. **Final considerations:** the research contributes to the training of nurses within nursing management, which is one of the key aspects for strengthening SAE.

Descriptors: Nursing; Nursing, supervisory; Competency-Based Education; Teaching Care Integration Services

Resumen

El entrenamiento supervisado es un paso importante para la consolidación de las habilidades y capacidades necesarias para la ejecución de la ayuda SAE (SAE). **Objetivo:** describir la experiencia de un grupo de profesores supervisores de prácticas supervisadas que, utilizando la investigación como estrategia para el desarrollo de destrezas y habilidades en el entrenamiento supervisado de la atención hospitalaria. **Método:** la experiencia implica cuatro maestros de la novena etapa del curso de graduación en la Universidad del Estado de Santa Catarina de enfermería y la incorporación de las actividades de investigación en supervisada en la atención hospitalaria. **Resultado:** el lugar de las actividades de

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do curso de enfermagem da Universidade do estado de Santa Catarina. E-mail: denise.zocche@udesc.br.

² Enfermeira. Especialização em Auditoria em Serviços de Saúde. Professora Colaboradora do curso de enfermagem da Universidade do estado de Santa Catarina.

³ Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva. Professora Colaboradora do curso de enfermagem da Universidade do estado de Santa Catarina.

⁴ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor Colaborador do curso de enfermagem da Universidade do estado de Santa Catarina.

investigación ofrece la oportunidad de experimentar y conocer las prácticas de gestión de las enfermeras de la evidencia científica, lo que contribuye al fortalecimiento y consolidación de la sistematización de la asistencia de enfermería. **Consideraciones finales:** la investigación contribuye a la formación de enfermeras en la gestión en enfermería, los aspectos principales para el fortalecimiento de la SAE.

Descriptores: Enfermagem; Supervisión de enfermagem; Formación en Competencias, Servicios de integración docente-assistencial.

Introdução

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação em Enfermagem nas Instituições de Ensino Superior (IES) tem proposto atividades pedagógicas de forma a desenvolver habilidades e competências para atuar em busca da autonomia e discernimento profissional.¹ Desta forma, pretendem assegurar a integralidade da atenção e a humanização do atendimento à saúde de indivíduos, famílias e comunidade.

Nesse cenário, os Estágios Curriculares Supervisionados (ECS) dentre outros aspectos, valorizam o desenvolvimento de atividades assistenciais, gerenciais, educativas, e investigativas a fim de construir compromissos e valores humanos, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses estágios devem ser realizados em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidade, totalizando uma carga horária equivalente a 20% da carga horária total do curso sendo previsto uma carga horária mínima de 468 horas/aula.¹

No processo de supervisão do acadêmico, pelo professor, deve-se assegurar efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde o qual se desenvolve o referido estágio e, além disso, oportunizar o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente.

Este cenário exige dos docentes/supervisores um planejamento didático pedagógico de supervisão que atenda as diversas necessidades de aprendizagem, bem como, as expectativas dos serviços que acolhem os estudantes, a fim de possibilitar o desenvolvimento das atividades práticas. Nesse contexto, destaca-se o compromisso e o desafio do docente da área da saúde em formar profissionais crítico-criativos e reflexivos, para fazer frente às demandas profissionais, bem como serem capazes de atender aos princípios doutrinários do SUS.²

O docente/supervisor precisa ser capaz de desenvolver estratégias que atendam a este tipo de formação, ao longo de sua jornada acadêmica e que abarquem as demandas cotidianas dos serviços pois ao ingressar com estudantes nos serviços, as equipes de saúde são despertadas (e passam a refletir sobre) à existência de outros problemas frente ao mundo do trabalho em saúde e enfermagem.

Para promover avanços significativos na profissão e atender as expectativas dos serviços de saúde em relação a formação de profissionais da enfermagem, é preciso estabelecer objetivos de formação fundamentados numa abordagem de ensino mais libertadora, criativa e reflexiva, capaz de propiciar aos enfermeiros, conhecimentos, habilidade e atitudes condizentes com as expectativas da profissão e da sociedade. Neste sentido, o planejamento das atividades práticas precisa levar em consideração as DCn, o contexto dos serviços e a capacidade dos acadêmicos de agir diante de cenários tão diversos e cada vez mais complexos. Portanto, se faz necessário, o uso de estratégias de aprendizagem ativa que inclua a integração entre teoria e prática.³

A partir do exposto, os professores supervisores da nona fase do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), no estágio supervisionado I, propõem a incorporação de atividades investigativas para fomentar o desenvolvimento de competências e habilidades que contemplem as diversas dimensões relacionada às práticas de gestão e gerenciamento. Para tanto desde 2015, em um processo de integração ensino-serviço, têm elaborado e implementado instrumentos e procedimento didático-pedagógicos, com vistas a fortalecer a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), na atenção hospitalar.

Assim, este trabalho tem como objetivo descrever a experiência de um grupo de docentes supervisores do estágio supervisionado I, que utilizam a pesquisa como estratégia para o desenvolvimento de competências e habilidades no estágio supervisionado da atenção hospitalar.

Metodologia

Estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto da disciplina Estágio Curricular Supervisionado I, ministrada na nona fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UDESC. Esta disciplina tem o objetivo de capacitar o acadêmico para desenvolver habilidades e competências para o exercício da gestão e gerência em saúde e enfermagem na atenção hospitalar.³

Sua proposta pedagógica visa oportunizar aos acadêmicos cenários de prática, o qual possam ser desenvolvidas competências e habilidades necessárias que os acadêmicos necessitam desenvolver (assistenciais, gerenciais, educativas e de investigação). A fim de contribuir para este processo tem-se utilizado a construção de instrumentos (protocolos assistenciais e os Procedimentos Operacionais Padrão- POPs), que favoreçam o ensino/aprendizagem dos acadêmicos para a construção destas habilidades e competências.

Resultados e discussão

As atividades desenvolvidas envolvem a criação de projetos de intervenção administrativa ou assistencial; elaborar de instrumentos gerenciais e assistências, além do desenvolvimento de atividades educativas.

As atividades assistenciais desenvolvidas se reportam a dimensão do cuidado ofertado ao paciente\família\comunidade, pautado nos princípios da integralidade da atenção. Nesse aspecto o acadêmico é estimulado a desenvolver as habilidades técnicas científicas associadas ao raciocínio clínico para a tomada de decisão no cuidado prestado diariamente aos usuários.

Para tanto, incorporou-se as atividades investigativas, por meio de pesquisa bibliográficas, com o intuito de desenvolver habilidades necessárias para uma prática de enfermagem baseada em evidências científicas. Tais atividades tem ainda como objetivo fortalecer o embasamento teórico na realização das atividades privativas do enfermeiro.

Neste sentido, ao longo do estágio é fomentado o desenvolvimento de instrumento que favoreçam a realização da SAE. A primeira parte do instrumento é referente a coleta de dados e histórico de enfermagem. Este instrumento foi construído em parceria com o serviço hospitalar, no entanto, cada acadêmico deve adaptar ao local onde está realizando o seu estágio. A segunda parte é relacionada aos diagnósticos de enfermagem, intervenções e avaliação dos resultados.

No que tange as atividades gerenciais, o acadêmico vivencia a oportunidade de desenvolver ações de organização do serviço de enfermagem, a partir dos instrumentos criados, agregando suas produções aos que já tem sido utilizado, ou mesmo, incorporando-os pela primeira vez nas unidades hospitalares, visto que muitas ainda não possuem tais instrumentos instituídos nos seus serviços.

Esta atividade investigativa auxilia em outras atividades relacionadas ao gerenciamento, como por exemplo, o cálculo de dimensionamento da equipe; no planejamento de escalas de serviço e de trabalho; no controle dos indicadores da unidade; e no mapeamento da clientela atendida, qualificando assim o processo de gestão da equipe de enfermagem. Neste contexto, as atividades gerenciais são de uma abordagem criteriosa e reflexiva, e exigem habilidades como comunicação, liderança, coordenação, planejamento, organização, tomada de decisão e controle sob os processos e fluxos que permeiam a atividade profissional do enfermeiro.

Articulada às atividades investigativas, estão as atividades educativas, que são realizadas com o intuito de promover a produção e incorporação de saberes, entre e pela equipe de enfermagem. O acadêmico participa ativamente destas atividades, planejando capacitações, treinamentos ou rodas de conversa sobre temas, demandados pelos enfermeiros supervisores locais ou pela própria equipe de enfermagem, cabe destacar que além de conduzir tais atividades, os

acadêmicos elaboram material educativo a partir de revisões de literatura, que passam a ser incorporadas em outros instrumentos (POPs ou protocolos assistenciais).

Destaca-se que todas as atividades desenvolvidas estão articuladas com as atividades investigativas, que são pautadas no princípio das Prática Baseada em Evidência (PBE), o qual consiste na construção de uma revisão de bibliografia da literatura, acerca de um tema ou situação problema enfrentada no campo de prática., ou ainda, algum tema de interesse do serviço, como por exemplo cuidados de enfermagem dirigidos a determinados pacientes.

Neste sentido, a atividade investigativa em sua complexidade e em seu dinamismo próprio, fornece informações relevantes para a tomada de decisão. Cabe destacar, que tal atividade contribui para fundamentar as discussões e reflexões sobre a prática do cuidado em enfermagem junto a equipe. Os enfermeiros devem ser eternos aprendizes, com capacidade de refletir, avaliar e mudar a própria prática, com base em novos conhecimentos revelados pela prática de pesquisas sistemáticas na área da saúde e enfermagem.⁵

Portanto, o estágio supervisionado é decisivo no processo de formação do enfermeiro, uma vez que oportuniza a inserção do acadêmico nas práticas profissionais e na realidade cotidiana antes da conclusão do curso de graduação, oportunizando sua inserção no serviço de forma a integrar as equipes de trabalho, atuando concretamente dentro de uma perspectiva de integralidade do cuidado.⁶ A experiência do estágio instiga o acadêmico de enfermagem a refletir sobre as diferentes situações que se apresentam no contexto do trabalho em saúde, conduzindo-o a planejar suas ações para apenas posteriormente implementá-las.

Por conseguinte, com o ECS, o acadêmico consegue aperfeiçoar e oferecer um cuidado integral aos seus usuários, mediante organização e gestão centradas na atenção à saúde hospitalar.

Considerações finais

A inserção do acadêmico na realidade dos trabalhadores do SUS tem favorecido experiências de caráter multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo professores, estudantes e profissionais num movimento o qual um capacita o outro em suas atividades diárias, com o compartilhamento de saberes, atendendo os pressupostos da educação permanente.

As vivências subsidiam o crescimento acadêmico, pois possibilitam a intervenção em problemas do cotidiano do processo de trabalho das equipes de saúde. O enfrentamento de problemas, considerando a participação de todos os envolvidos e numa perspectiva inovadora e

abordagem crítico-reflexiva, contribui para o desenvolvimento de competências como a liderança e sobretudo, para a autonomia do futuro profissional.

O ECS I possibilita ao acadêmico a vivência no cenário real da profissão e o contato com as interfaces do cuidado de enfermagem, oportunizando ao mesmo, uma experiência rica em aprendizado e saberes multiprofissionais e interdisciplinares.

As atividades desenvolvidas no estágio articulam-se em prol de uma prática de enfermagem baseada em evidências científicas. Tais atividades exigem a constante busca de conhecimento atualizado e reconhecido pela comunidade científica da área da saúde, o que requer dedicação e compromisso por parte do grupo de acadêmicos.

Os movimentos originados pelas atividades investigativas, geram inserções de outros membros da equipe, em especial dos enfermeiros assistenciais, e técnicos de enfermagem, pois o produto de tais atividades é socializado e compartilhado com todos os membros da equipe, sendo incorporado na elaboração de instrumentos gerenciais e de tomada de decisão dos enfermeiros.

Portanto, a inserção de atividades investigativas por meio de estudos de caso aliados a aplicação de todas as etapas do processo de enfermagem, contribuem para o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias às práticas de pesquisa em saúde e enfermagem, pois oportunizam o desenvolvimento do raciocínio clínico, da autonomia nos acadêmicos, atributos tão necessários aos futuros profissionais enfermeiros.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. [cited 2017 Feb 26]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
2. Bosquetti LS, Braga EM. Reações comunicativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio curricular. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2008 Dec [cited 2014 Sept 16];42(4):690-696. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&t&pid=S0080-62342008000400011&lng=en.
3. Fontes WD, Leadebal ODCP, Ferreira JA. Competências para aplicação do processo de enfermagem: auto avaliação de discentes concluintes do curso de graduação. Rev Rene. 2010; 11(3):86-94.
4. UDESC. RESOLUÇÃO Nº 090/2011 – CONSUNI. Aprova reformulação curricular do Curso de Enfermagem com ênfase em Saúde Pública, do Centro de Educação Superior do Oeste - CEO, da Fundação Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, que passa a se denominar Curso de Enfermagem. 2011. Disponível em: <http://www.secon.udesc.br/consuni/resol/2011/090-2011-cni.pdf>
5. Benito, GA et al. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. Rev bras enferm. 2012;65(1):172-178.

6. Polit, DF., Cheryl TB. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.



20. CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

CONTRIBUTIONS OF RESIDENCE IN NURSING FOR PROFESSIONAL PRACTICE: A REPORT OF EXPERIENCE

RESIDENCIA DE CONTRIBUCIONES EN ENFERMERÍA PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL: UN RELATO DE EXPERIENCIA

VASCONCELOS, Raíssa Ottes¹; COELHO, Alexa Pupiara Flores²; SOUTO, Valquíria Toledo³; BECK, Carmem Lúcia Colome⁴.

Resumo

Introdução: A residência constitui-se como meio de aprendizado, caracterizado pela imersão na realidade do cotidiano dos serviços de saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência como residente de um programa de residência profissional em enfermagem do interior do estado do Paraná, Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência como residente de enfermagem de março de 2015 a fevereiro de 2017. **Resultados/Discussão:** As aulas teóricas proporcionaram grande aprendizado, exigiram participação ativa, discussão de casos, oportunizaram trazer vivências da prática. As disciplinas juntamente com outros residentes da área da saúde favoreceram a comunicação efetiva. A vivência nos setores contribuiu para ampliar o olhar sobre o papel do enfermeiro no gerenciamento da assistência, tanto direta, quanto indireta. As atividades complementares somaram para o processo de formação, evidenciaram a importância da pesquisa aliada à prática no cotidiano do enfermeiro. **Considerações Finais:** A proposta da residência claramente contribuiu para a formação do enfermeiro.

Descriptores: Enfermagem; Especialização; Qualidade da Assistência à Saúde.

Abstract

Introduction: The residence is a means of learning, characterized by immersion in the reality of daily health services.

Objective: To report the experience as a resident of a professional nursing residency program in the interior of the state of Paraná, Brazil. **Methodology:** This is an experience report as a nursing resident from March 2015 to February 2017. **Results / Discussion:** The theoretical classes provided great learning, demanded active participation, discussion of cases, opportunities to bring experiences of the practice. The disciplines along with other residents of the health area favored effective communication. The experience in the sectors contributed to broadening the view on the role of nurses in the management of care, both direct and indirect. The complementary activities added to the training process, evidenced the importance of research allied to the daily practice of nurses. **Final Considerations:** The proposal of the residence clearly contributes to the training of nurses.

Descriptors: Nursing; Specialization; Quality of Health Care.

Resumen

Introducción: La residencia se constituye como un medio de aprendizaje caracterizado por la inmersión en la realidad cotidiana de los servicios de salud. **Objetivo:** Presentar la experiencia como residente de un programa de residencia profesional en la enfermería del interior del estado de Paraná, Brasil. **Metodología:** Se trata de un relato de experiencia como residente de enfermería de marzo de el año 2015 hasta febrero de 2017. **Resultados / Discusión:** Las conferencias proporcionan un gran aprendizaje, exigieron la participación activa, discusión de casos, oportunizaron traer las experiencias prácticas. Disciplinas, junto con otros residentes de cuidados de salud a favor de la comunicación efectiva.

¹ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Email: raissa_07@msn.com.

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

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

⁴ Enfermeira, Doutora em Filosofia da Enfermagem, Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

La experiencia en los sectores ayudó a ampliar las perspectivas sobre el papel de las enfermeras en la gestión de la asistencia, tanto de forma directa, e indirectamente. Las actividades complementarias ascendieron a proceso de formación, pusieron de relieve la importancia de la investigación aliada a la práctica diaria de la enfermería.

Consideraciones finales: La propuesta de la residencia claramente contribuye a la formación de las enfermeras.

Descriptores: Enfermería; Especialización; Calidad de la Atención de Salud.

Introdução

No contexto atual, as exigências do mundo do trabalho, caracterizado pela crescente procura e competição por oportunidades de emprego têm modificado as estratégias de gestão de recursos humanos nos serviços de saúde, aumentando as exigências no que concerne ao perfil de profissional requerido nos processos de seleção e contratação. Destarte, para buscar suprir estas necessidades, faz-se necessário profissionais qualificados, com habilidades desenvolvidas para tomada de decisão, com vistas à resolutividade na assistência, e com abertura para construção e desconstrução de conhecimento.¹

Assim sendo, a residência em área profissional da saúde, constituindo-se como uma modalidade de pós-graduação lato sensu, com dedicação exclusiva, duração de no mínimo dois anos e carga horária semanal de 60 horas, caracterizada por ensino em serviço em instituições de saúde e realizada sob orientação e respaldo de profissionais qualificados,² constitui-se como meio de aprendizado, onde há imersão na realidade do cotidiano dos serviços de saúde, no qual os profissionais têm a oportunidade de aprimorar seu conhecimento vivenciando a prática em uma área específica de atuação desejada.

Os Programas de Residência em área profissional em Enfermagem, conforme a Resolução 259/2001 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em seu artigo 2º, destinam-se a enfermeiros e objetivam o desenvolvimento de competência técnico-científica e ética, propiciadas pelo treinamento em serviço.³ A residência em enfermagem propicia ao enfermeiro recém-formado desenvolver atividades práticas nos serviços de saúde, vivenciando a realidade e a dinâmica laboral, atentando para os princípios éticos da profissão, estando supervisionado e amparado por profissionais capacitados e docentes. Além do preparo técnico científico, o profissional adquire segurança para desempenhar as atividades de sua atribuição e desenvolve competências profissionais gerenciais e colabora com processos de mudança e melhorias no processo de trabalho e qualidade do cuidado, o que é essencial diante da complexidade da saúde hodiernamente.⁴

Diante do exposto, considerando a importância de investimento na qualificação profissional em prol da melhoria da qualidade da assistência em saúde, o objetivo do presente trabalho é relatar a experiência como residente de um programa de residência profissional em enfermagem do interior do estado do Paraná, Brasil.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência como residente de um programa de residência profissional em enfermagem do interior do estado do Paraná, Brasil, no período de março de 2015 a fevereiro de 2017. A instituição de saúde na qual foram desenvolvidas as atividades é de nível terciário, conta com 210 leitos ativos exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), é referência na região em traumatologia, neurocirurgia, atendimento ao HIV e gestação de alto risco.

Os treinamentos em serviço da referida pós-graduação ocorreram no primeiro ano nos setores: Unidade de Centro Cirúrgico, Pronto-socorro - emergência, Pronto-socorro, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Ala de Internação de Neurologia e Ortopedia e Ala de Internação de Clínica Médica e Cirúrgica, e no segundo ano: Ambulatório, Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Central de Materiais e Esterilização, Serviço de Hemovigilância e Serviço de Padronização de Produtos para a Saúde, permanecendo o residente dois meses em cada setor, totalizando semanalmente 42 horas de treinamento em serviço e 18 horas de aulas teóricas, contando com disciplinas pertinentes aos campos de atuação da residência, além da de gerenciamento, permeando os dois anos de pós-graduação.

Resultados e discussão

Durante o período de residência profissional em enfermagem, as aulas teóricas proporcionaram grande aprendizado e exigiram participação ativa, com discussão de casos, elaboração de trabalhos, o que instigou a pensar, pesquisar e aprender mais e oportunizou trazer algumas vivências da prática nos setores, enriquecendo estes momentos. Além disso, tivemos algumas disciplinas em conjunto com residentes de farmácia, fisioterapia e odontologia, o que foi muito interessante, pois entender também a visão dos outros profissionais favoreceu a comunicação de forma efetiva nos cenários de treinamento em serviço e contribuiu para melhor atuação no contexto assistencial.

O embasamento teórico para a prática assistencial é uma das contribuições e diferencial do curso de residência, contribuindo para a segurança na realização das atividades e desenvolvimento de identidade profissional. Ainda, para o desenvolvimento de um olhar ampliado do cuidado para além da esfera biológica, propiciando a reflexão e o rever das práticas e atitudes a partir da vivência assistencial, buscando conhecer o indivíduo em sua totalidade, o que é essencial quando se almeja melhores resultados.¹

As particularidades de cada setor de treinamento em serviço contribuíram para identificar e exercitar o papel do enfermeiro no gerenciamento da assistência, tanto direta, com diferentes pacientes e especificidades de cada unidade, quanto indireta, corroborando para o maior entendimento sobre a dinâmica de funcionamento de uma instituição de saúde, em sua complexidade. Também, as atividades de treinamento em serviço permitiram o desenvolvimento de habilidades e competências e aprimoramento profissional com as situações do dia-a-dia laboral. O convívio com diferentes profissionais com experiência na assistência e a receptividade da equipe nas unidades foram muito importantes e contribuem para o melhor aproveitamento e aprendizagem do residente. O fato de experienciar diferentes unidades permite entendimento da dinâmica de funcionamento da instituição e propicia prestar maior auxílio para as equipes de enfermagem em ações de melhoria.

É necessário integrar ensino e serviço, pois é também diante da identificação de necessidades do próprio contexto do trabalho em saúde que são desenvolvidas competências.⁵ A residência permite complementaridade na formação do enfermeiro, na área de trabalho específica almejada por meio da vivência do cotidiano de trabalho em saúde, amparado por profissionais capacitados.⁶ É evidente a contribuição dos programas de residência, tanto multiprofissionais quanto em área profissional, para o crescimento e qualificação para o mercado de trabalho e para a melhoria da qualidade do cuidado nos serviços de saúde, de maneira integral, humanizada e pautado nos princípios do SUS. Os residentes, estando atuantes e imersos nos setores de treinamento em serviço, são promotores de mudanças e incentivo ao aperfeiçoamento dos trabalhadores destes espaços.⁷

Cabe destacar o incentivo do programa para o envolvimento enquanto residente de enfermagem de atividades complementares, como participação em projetos de pesquisa e extensão, desenvolvidos para atendimento a pacientes estomizados, no qual realizávamos cuidados, orientávamos e desenvolvíamos ações de educação em saúde para os pacientes e familiares, assim como auxiliávamos nas reuniões mensais, nas quais eram abordados temas de interesse comum. Além deste, o de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual se encontra em processo de implantação na instituição, no qual participamos ativamente na elaboração de atividades de sensibilização e descrição da SAE e desenvolvimento das mesmas com as equipes de enfermagem dos setores da instituição.

Participar destas atividades contribuiu para a identificação, tanto com os pacientes, quanto com as equipes de enfermagem, de fragilidades do serviço, suas necessidades, assim como

potencialidades existentes, o que é de extrema relevância para o enfermeiro, enquanto gerente do cuidado. A partir disso, há possibilidade de planejamento, por meio de estratégias assertivas de intervenção.

Também atuamos como membros em comissões da instituição, como de farmacovigilância, tecnovigilância, humanização, óbitos e prontuários, curativos, entre outras, atividades com as quais comumente não temos contato durante a graduação. Além disso, participamos em eventos locais, regionais, nacionais e internacionais, tanto como ouvintes, quanto como apresentador de trabalhos e como membros de comissão organizadora, cursos, reuniões, treinamentos, tanto da própria demanda dos setores de treinamento em serviço, quanto relacionados ao setor de qualidade e segurança do paciente e publicações em periódicos de enfermagem. Todas estas atividades vieram a somar para o processo de formação e evidenciar a importância da pesquisa aliada à prática no cotidiano do enfermeiro.

Corroborando com o exposto, a residência possui papel importantíssimo ao sensibilizar o residente para a incorporação do meio científico na prática laboral. Infere-se que possa despertar o interesse pela academia e auxilio no desenvolvimento de pesquisas científicos também dos trabalhadores atuantes dos cenários de treinamento em serviço, oportunizando o embasamento científico na realização de ações assistenciais. Ainda, pode vir a incentivar o residente para a procura por aprimoramento, por meio da realização de cursos de mestrado e doutorado.⁸

Ademais, no que diz respeito a divulgação do conhecimento por meio da apresentação de trabalhos e publicações em periódicos, oportuniza a outros profissionais conhecer a realidade em que estamos inseridos, avaliando e questionando problemas que podem vir a ter em seus contextos ou ainda, auxiliando a solucionar problemas já existentes.⁹

Quanto aos métodos de avaliação empregados, cabe destacar a realização do portfólio semanalmente, como em outras instituições,⁹ o que foi pertinente, considerando seu auxilio no processo de reflexão das atividades realizadas e do funcionamento dos setores como um todo, vislumbrando outras possibilidades de atuação. Além disso, propiciou maior envolvimento dos tutores no processo de aprendizagem e melhor comunicação entre estes e residentes e entre estes e enfermeiros preceptores.

Considerações Finais

Realizar este curso de Pós-Graduação foi enriquecedor, tanto pessoal, quanto profissionalmente. Para o enfermeiro recém-formado, a proposta da residência claramente contribui

para a formação. Ao integrar ensino e serviço, permite um olhar diferenciado, pois reflete nesse processo as diferentes atribuições profissionais, no cuidado, na pesquisa e na educação, resultando em práticas embasadas cientificamente e aprendizado constante.

No decorrer do percurso, permite reconhecer erros, dificuldades e fragilidades, assim como potencialidades. Este reconhecer a si mesmo como profissional instiga a busca por conhecimento, propicia maior autonomia, capacidade de mediar conflitos e comunicar-se e lucidez nas tomadas de decisões. A reflexão contribui para a ação e este passa a ser um processo constante.

Por fim, foi um período muito construtivo e que exigiu esforço e dedicação. Todas as atividades realizadas, treinamento em serviço, aulas teóricas, atividades teórico-práticas, cursos, treinamentos, participação em eventos, apresentação de trabalhos, publicação de artigos, participação em atividades de projeto de pesquisa e extensão, entre outras, complementaram-se e colaboraram para um período de intensa busca pelo conhecimento e aprendizado.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

- 1 Silva RM, Cordeiro AL, Fernandes JD, Silva LS, Teixeira GA. Contribuição do curso especialização, modalidade de residência para o saber profissional. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(4):362-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0362.pdf>. Acesso em: 15 abr 2017.
- 2 Ministério da Educação (BR). Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução no 2 de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192. Acesso em 15 abr 2017.
- 3 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução 259/2001. Estabelece padrões mínimos para registro de Enfermeiro Especialista, na modalidade de Residência em Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2592001_4297.html. Acesso em 15 abr 2017.
- 4 Haddad, MCFL. A residência de enfermagem na formação profissional. Cienc Cuid Saude. 2012 Abr/Jun; 11(2):223-223. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20051/pdf>. Acesso em: 9 abr 2017.
- 5 Sade PMC, Peres AM, Wolff LDG. A formação das competências gerenciais do enfermeiro: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line. 2014 jun;8(6):1739-45. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13649/16515>. Acesso em: 17 abr 2017.
- 6 Sassi MM, Machado RR. Residência multiprofissional em urgência e emergência: a visão do profissional de saúde residente. Rev enferm UFPE on line. 2017 Fev;11(2):785-91. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12000/14575>. Acesso em: 15 abr 2017.

- 7 Silva LS da. Contribuição da residência em enfermagem para as organizações hospitalares [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/20091/1/Dissertação_%20Enf_%20%20Lázaro%20Souza%20da%20Silva.pdf. Acesso em: 15 abr 2017.
- 8 Zanoni CS, Haddad MCL, Rossaneis MA, Vannuchi MTO, Gvozd R. Contribuições da residência em enfermagem na atuação profissional de egressos. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. 2015 Ago;36(1supl):215-224. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/19283/16927>. Acesso em: 15 abr 2017.
9. Zanoni CS, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Silva LGC, Dellaroza MSG, Rossaneis MA. Produção científica da residência em gerência dos serviços de enfermagem de 2006 a 2011. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. 2015 Ago;36(1supl):63-72. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/18979/16990>. Acesso em: 15 abr 2017.



21. CONTRIBUTOS MULTIDISCIPLINARES NA VISITA DOMICILIAR

MULTIDISCIPLINARY CONTRIBUTIONS IN HOME VISITS

CONTRIBUTOS MULTIDISCIPLINARIOS EN VISITA DOMICILIARIA

SANTOS, Fabiano Pereira dos¹; SCHMIDT, Catiele Raquel²; LUZ, Emanuelli Mancio Ferreira da³;
MUNHOZ, Oclaris Lopes⁴; KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat⁵; MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza⁶.

Resumo

O envelhecimento em escala mundial encontra-se em evolução, portanto é necessário pensar modalidades de atenção capazes de atender essa faixa etária. **Objetivo:** este estudo tem como objetivo descrever práticas realizadas durante o Estágio Supervisionado Curricular III, por meio da utilização da metodologia da problematização. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência, a partir das vivências acadêmicas no setor preventivo de um hospital geral. **Resultados/discussão:** a partir da observação da realidade nas visitas domiciliares foi elencado uma situação problema por meio da metodologia da problematização e foi elaborado um instrumento que agregou de maneira multidisciplinar os diversos saberes da saúde. **Considerações Finais:** tecnologias em saúde empregadas pelos profissionais com foco na multidisciplinariedade, apresentam ganho e satisfação da equipe de saúde no serviço e do paciente/usuário com foco nas relações interpessoais desenvolvidas a partir das condutas na busca por informações sobre a condição de saúde.

Descriptores: Assistência Integral à Saúde; Visita Domiciliar; Serviços de Assistência Domiciliar.

Abstract

The global ageing is evolving, so it is necessary to think of care modalities that are able to meet this age group's needs. **Objective:** this study aims to describe the practices carried out during the Supervised Internship Course III, through the use of the methodology of the questioning. **Methodology:** the case studies from the academic experiences in the preventive sector of a general hospital. **Results/discussion:** from the observation of reality in the home visits was ranked as a problem situation by questioning methodology and an instrument has been developed that has added, in a manner, the various multidisciplinary health knowledge. **Final considerations:** health technologies employed by professionals with a focus on multi-disciplinarity, gain and satisfaction of health service staff and the patient/user with a focus on interpersonal relationships developed from the vents in the search for information about a health condition.

Descriptors: Comprehensive Health Care; Home Visit; Home Care Services.

Resumen

El envejecimiento global está evolucionando, por lo que es necesario pensar en las modalidades de atención capaces de atender esta edad. **Objetivo:** este estudio pretende describir las prácticas realizadas durante la cátedra de Supervisión III, mediante el uso de la metodología de la problematización. **Metodología:** los estudios de caso de experiencias académicas en el sector de un hospital general. **Resultados y discusión:** A partir de la observación de la realidad en las visitas domiciliarias se ubicó una situación problema cuestionando la metodología y se ha desarrollado un instrumento que ha añadido de diferentes formas el conocimiento multidisciplinario de salud. **Consideraciones finales:** tecnologías para la salud empleadas por los profesionales con un enfoque en la multidisciplinariedad, presentan ganancia y satisfacción del equipo de salud en el servicio y del paciente/ usuaria com enfoque en las relaciones interpersonales desarrolladas a partir de las conductas en la investigación por informaciones sobre una condición de salud.

Descriptores: Atención Integral de Salud; Visita Domiciliaria; Servicios de Atención de Salud a Domicilio.

¹ Enfermeiro, Mestrando, Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. E-mail: fabiano.santos@unijui.edu.br

² Graduanda, curso de Enfermagem na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/UNIJUÍ.

³ Enfermeira, Doutoranda, Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria/UFSM.

⁴ Enfermeiro, Mestrando, Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria/UFSM.

⁵ Enfermeira, Professora Doutora, Programa de Pós-Graduação Atenção Integral à Saúde na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/UNIJUÍ

⁶ Enfermeira, Professora Doutora, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria.

Introdução

Na atualidade, em escala mundial o envelhecimento encontra-se em constante evolução. Aos profissionais de saúde compete observar este movimento e planejar a assistência com foco na saúde inclusiva, utilizando mecanismos e estratégias que darão assistência adequada a essa população.¹ Tendo em vista que, a população adulta ao chegar em sua velhice, conta com carga tripla de doenças (diabetes melito, doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral), evidenciados com a correlação inversa entre qualidade de vida, fragilidades, depressão e outros fatores predisponentes, causam o aumento de internações e gastos hospitalares.² A partir dessa problemática exposta são necessárias ações preventivas convergentes na Visita domiciliar (VD), por meio da Atenção Domiciliar (AD).³

Neste contexto a (VD), torna-se um instrumento fundamental no acompanhamento longitudinal da população. Ela oferece possibilidades de ações em saúde desfocada do modelo biomédico, hospitalar e direciona os cuidados na atenção singular de acordo com a cultura, economia, religião e outros costumes, que caracterizam os indivíduos, a partir de suas individualidades.⁴ Nesse sentido, é fundamental o respeito às individualidades, a partir das necessidades de cada usuário do serviço de saúde.

Na formação acadêmica dos profissionais de saúde, estes aspectos devem ser tratados com certa prioridade, pois os objetivos dos cursos, são formar profissionais com atitudes críticas, reflexivas e comprometidos com a realidade sociocultural e epidemiológica da população.⁵ Muitos são os métodos em que estão sendo usados por meio da educação problematizadora e ativa, a fim de co-responsabilizar os estudantes pela sua aprendizagem e para tanto o desenvolvimento de atitudes críticas reflexivas.

O uso da metodologia da problematização (MP) vem ao encontro do pensar, refletir e praticar ideias inovadoras, com intuito de promover ações preventivas por meio do desenvolvimento de novas tecnologias para o cuidado assistencial. Porque extraí, a partir da realidade, situações que podem ser pensadas no campo das ideias, com posterior retorno aplicável nas situações problemas encontrados nos diversos campos de atuação dos profissionais da saúde.⁶

A partir deste contexto, o objetivo deste trabalho é descrever práticas realizadas durante o Estágio Supervisionado Curricular III (ESC III), por meio da utilização da MP, para qualificar a AD durante as VDs desenvolvidas pelos profissionais da saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, a partir de vivências em uma unidade preventiva de um hospital geral, desenvolvido no decorrer do componente Estágio Supervisionado Curricular III (ESC III), em uma instituição hospitalar. Este Estágio objetiva o desenvolvimento de habilidades e competências assistências e gerenciais inerentes ao enfermeiro atuante em esfera setorial hospitalar preventiva.

As atividades do estágio totalizaram 210 horas. Em cenário de prática, foram realizadas seis horas diárias de segunda a sexta-feira no turno da manhã. A cada semana, ocorria a integração entre ensino-serviço. Ocorriam reuniões com a enfermeira supervisora de estágio, a enfermeira responsável pelo setor e o acadêmico de enfermagem, para socializações, discussões e reflexões sobre as vivências, inquietações, desafios e conquistas realizadas no período.

O estágio foi desenvolvido no setor intitulado como “Medicina Preventiva” de um hospital geral da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. As atividades foram desenvolvidas no segundo semestre de 2016, de setembro a dezembro, por um acadêmico do décimo semestre do curso de enfermagem da referida universidade. Esse serviço presta assistência à uma população adscrita de aproximadamente 2.000 pessoas, divididas em zona urbana e rural. Na adscrição, têm-se o mapeamento dos usuários com mais de 60 anos, em situação de descaso familiar, entre outras situações.

A prática desenvolvida pelo estudante envolveu ações de educação em saúde, procedimentos técnicos, consultas de enfermagem, sistematização da assistência de enfermagem, visitas domiciliares e integração entre setores do âmbito hospitalar. No decorrer do estágio utilizou-se a Metodologia da Problematização (MP), por meio das etapas de observação da realidade, levantamento de problemas, teorização, hipóteses de solução e aplicabilidade e aplicação na realidade, para desenvolvimento de instrumento facilitador em visitas domiciliares.

Resultados e discussão

A caminhada acadêmica perpassa por diversas dimensões do conhecimento humano e conduz o estudante na diversidade de realidades do serviço brasileiro em saúde. Nesse caminhar, é necessário refletir, discutir e pensar ações multidisciplinares na construção de modelos assistenciais comprometidos com a qualificação do cuidado oferecido a população que acessa o serviço disponibilizado. Denota com esse agir profissional empenho, empatia, solidariedade com o outro, além de garantir a interação horizontal entre profissional-usuário na atenção em saúde.⁷

Com a necessidade de pensar novas tecnologias em saúde como facilitadoras do serviço, as metodologias ativas por meio do observador desempenham papel fundamental na construção de instrumentos capazes de agregar diversos saberes na condução de práticas preventivas e na gestão do trabalho da equipe.⁶ Os resultados serão apresentados conforme as etapas da MP: observação da realidade, levantamento de problemas, teorizações, hipóteses de solução e aplicação na realidade. No item correspondente a hipóteses de solução e para auxiliar nas VD, foi utilizado um questionário norteador dos dados na atenção domiciliar.

Observação da realidade

A partir da realidade observada nas VDs, foi possível detectar a dificuldade de diálogo multidisciplinar na equipe sobre determinados casos atendidos e a quantidade de trabalhos duplicados efetivados pelos diversos saberes disciplinares que compõem o grupo profissional do setor quanto ao lançamento de dados coletados nas VDs. As informações sobre o quadro clínico do indivíduo e/ou família visitada eram anotadas em cadernos individuais e, posteriormente, transcritos ao sistema informatizado do setor. Porém, quando havia a necessidade de práticas multidisciplinares, ou quando não existia dados armazenados no sistema de informação interno, por esquecimento ou falta de tempo para o lançamento dos mesmos, era necessário realizar ligações telefônicas, visitas ou outro meio de contato para esclarecimento e acompanhamento multidisciplinar.

Levantamento de Problemas

As observações descritas acima demonstram os problemas na comunicação, constituindo barreiras para a obtenção da qualidade na prestação da atenção em VD, além do aumento de tempo entre o processo de anotação e transcrição dos dados para o computador. Assim, o trabalho duplicado das entrevistas, por diversos profissionais, para um único usuário/paciente, ocasionava repetições de dados no sistema e recomendações clínicas sobre saúde. Portanto, é observado as falhas na comunicação sobre VDs com a atuação multiprofissional, decorrente da pouca interação interdisciplinar, trabalhos isolados e com consequência perda de informações importantes e de qualidade na AD.

Teorizações

Ao contextualizarmos a prática observada com teorias, têm-se a busca pela definição de VD. Ela possui a finalidade de constituir vínculos entre equipe de saúde e usuário/paciente/família, através de um fio condutor que busque orientar, prevenir agravos e acompanhar cuidados delegados aos familiares.⁸ A partir dessa premissa, é possível compartilhar o pensamento multiprofissional dotado da necessidade de conhecer a realidade *“in loco”* do paciente/usuário do serviço. Conhecer as singularidades dos indivíduos e registrar fatores importantes para atuação/ação de cada saber em saúde, registrando em prontuários e sistema informatizado as informações pertinentes ao acompanhamento do paciente/usuário. Faz-se dessa maneira atenção qualificada em AD.⁹

A discussão sobre trabalho interdisciplinar e multidisciplinar na AD é fundamental na construção de vínculos entre paciente/usuário e equipe. Por meio desse agir interacional, a visão holística com foco não apenas na doença é capaz de avaliar todas as dimensões do contexto social, econômico, de saúde dos envolvidos no processo de atendimento domiciliar. Reflexões entre os diversos saberes são pontes que perfazem o caminho dos vínculos, adoção e co-responsabilização de todos os membros da equipe e do próprio paciente na construção do plano singular de cuidado (KEBIAN; ACIOLI, 2014).¹⁰

Hipóteses de solução

A partir da discussão sobre os problemas de comunicação entre a equipe multiprofissional (duplicação de dados, dados coletados em vários momentos de um mesmo paciente), sugere-se como uma hipótese ou tentativa para a solução, a construção de um instrumento multiprofissional, capaz de agregar todas áreas do conhecimento em saúde oferecido no serviço.

A construção do instrumento descrito abaixo foi idealizada e realizada multiprofissionalmente, pelas seguintes áreas do conhecimento: enfermagem (enfermeiro e técnico de enfermagem), nutrição, psicologia, educação física, fisioterapia, farmácia e medicina. O objetivo principal do instrumento é ser útil para todas as áreas, com facilidade de compreensão e preenchimento dos dados, com vistas à uma discussão multidisciplinar efetiva.

Figura 1. Instrumento produzido para orientar visita domiciliar.

VISITA DOMICILIAR	
Identificação	
Nome: _____	
Prontuário: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____	

Informações sobre a doença e tratamento	Doenças crônicas:
Fatores de risco: <input type="checkbox"/> tabagismo; <input type="checkbox"/> etilismo; <input type="checkbox"/> obesidade; <input type="checkbox"/> perfil sanguíneo alterado; <input type="checkbox"/> quedas	
Consulta médica no período:	
Exames:	
Alterações de Medicamentos:	
Hábitos: Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> asseado; <input type="checkbox"/> com roupas limpas; <input type="checkbox"/> falta de asseio corporal; <input type="checkbox"/> cabelos; <input type="checkbox"/> unhas; <input type="checkbox"/> higiene bucal; <input type="checkbox"/> banho	
Sono e repouso: <input type="checkbox"/> não tem insônia; <input type="checkbox"/> acorda várias vezes durante a noite; <input type="checkbox"/> sonolência; <input type="checkbox"/> dorme durante o dia	
Exercícios físicos: <input type="checkbox"/> faz exercícios físicos; <input type="checkbox"/> não faz exercícios físicos	
Recreação e lazer: <input type="checkbox"/> viagem; <input type="checkbox"/> TV; <input type="checkbox"/> leitura; <input type="checkbox"/> conversas; <input type="checkbox"/> jogos; <input type="checkbox"/> passeios	
Costuma comer com frequência: <input type="checkbox"/> frutas; <input type="checkbox"/> verduras; <input type="checkbox"/> líquidos	
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> normal; <input type="checkbox"/> menos que cinco vezes por dia; <input type="checkbox"/> polaciúria; <input type="checkbox"/> nicturia; <input type="checkbox"/> urgência miccional; <input type="checkbox"/> incontinência urinária	
Eliminações intestinais: <input type="checkbox"/> normal; <input type="checkbox"/> constipação; <input type="checkbox"/> diarreia	
Residência: <input type="checkbox"/> tapetes; <input type="checkbox"/> degraus; <input type="checkbox"/> barras de apoio	
Exame Físico	Pressão arterial _____ mmHg; Frequência cardíaca _____ bpm;
Peso _____ Kg; SPO2 _____ %	HGT: _____ mg/dl
Estado nutricional: <input type="checkbox"/> normal; <input type="checkbox"/> obeso; <input type="checkbox"/> desnutrido; <input type="checkbox"/> relato de perda ponderal.	
Nível de consciência: <input type="checkbox"/> acordado; <input type="checkbox"/> lúcido; <input type="checkbox"/> comatoso; <input type="checkbox"/> torporoso; <input type="checkbox"/> confuso; <input type="checkbox"/> desorientado; <input type="checkbox"/> com falhas de memória	
Movimentação: <input type="checkbox"/> deambula; <input type="checkbox"/> acamado; <input type="checkbox"/> restrito no leito; <input type="checkbox"/> sem movimentação; <input type="checkbox"/> semiacamado; <input type="checkbox"/> deambula com ajuda; <input type="checkbox"/> movimenta-se com ajuda.	
Observações/conduita/orientações	

Fonte: Próprio autor

Aplicação na realidade

Para a verificação e confirmação que o questionário construído para VDs foi necessário realizar testes para verificar seus ajustes e necessidades. O pré-teste foi realizado com cinco

pacientes distintos. A partir dessa avaliação, foi possível adequar o questionário para as próximas visitas, relacionado as questões de moradia e alteração medicamentosa, elencando esses novos dados para discussão e reflexão sobre cada paciente do sistema.

Com os resultados do pré-teste, os profissionais reuniram-se para discutir a eficácia do instrumento, e realizar os ajustes necessários. Isso possibilitou refletir sobre as necessidades singulares de cada paciente com um questionário com os diversos saberes em saúde. Denota com essa atitude profissional o empenho de todos na qualificação do serviço prestado ao paciente/usuário.

Nessa etapa, sobre o questionário, foi levada em consideração sugestões das pessoas que utilizam o serviço domiciliar. Para todos os abordados sobre essa modalidade de atendimento, responderam satisfeitos e apontaram como eficiente, porque houve questionamentos por parte dos profissionais sobre as necessidades básicas e emergentes dos pacientes.

Em seguida o questionário foi instituído para uso no setor com relação as VDs realizadas pelos diversos profissionais. Ação que demonstrou responsabilidade profissional no cuidado singular do usuário/paciente a partir do cuidar multidisciplinar.

Considerações Finais

Tecnologias em saúde empregadas pelos profissionais com foco na multidisciplinariedade, apresentam ganho e satisfação da equipe de saúde no serviço e do paciente/usuário com foco nas relações interpessoais desenvolvidas a partir das condutas em busca por informações sobre a condição de saúde. Com essa ação acontece convergência do agir profissional por meio da construção de um instrumento capaz de agregar os diversos conhecimentos na qualificação da assistência e o cuidado domiciliar. Corroborando com a eficiência comunicativa entre as diversas áreas do saber em saúde.

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

Referências

1. Paiva PA, Silva YC, Franco NFS, Costa MFRL, Dias OV, Silva KL. Serviços de atenção domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza. 2016;29(2):244-52.
2. Miranda LCV, Soares SM, Silva PAB. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um centro de referência à pessoa idosa. Cien Saude Colet. 2016;21(11):3533-44.
3. Ferraz GA, Leite ICG. Instrumentos de visita domiciliar: abordagem da odontologia na estratégia saúde da família. Rev APS. 2016;19(2):302-14.

4. Silva AI, Loccioni MFL, Orlandini RF, Rodrigues J, Peres GM, Maftum MA. Projeto terapêutico singular para profissionais da estratégia de saúde da família. *Cogitare Enferm.* 2016;21(3):01-8.
5. Meira MDD, Kurcgant P. Educação em enfermagem: avaliação da formação por egressos, empregadores e docentes. *Rev Bras Enferm.* 2016;60(1):16-22.
6. Berbel NAN. Metodologia da problematização: respostas de lições extraídas da prática. *Rev Semina Cien Soc Hum.* 2014;35(2):61-76.
7. Ramos TMB, Pedrão LJ, Ribeiro DF, Andrade AS. O vínculo entre profissional de saúde e pessoas com transtornos alimentares. *Rev Bras Psicodram.* 2016;24(1):34-43.
8. Barbosa DCM, Mattos ATR, Corrêa MH, Faria M, Ribeiro LC, Santos LL, et al. Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2016;49(4):360-6.
9. Castro MMC, Oliveira LML. Serviço social: os instrumentos e técnicas em questão social. *Lusíada. Intervenção social.* 2013;39:187-202.
10. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes de saúde da estratégia saúde da família. *Rev Eletr Enferm.* 2014;16(1):161-9.



22. CONTROLE SOCIAL EM AÇÃO: EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DE UM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE

SOCIAL CONTROL IN ACTION: EXPERIENCE IN SETTING UP A LOCAL HEALTH COUNCIL

EL CONTROL SOCIAL EN ACCIÓN: LA EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN CONSEJO DE SALUD LOCAL

VIEIRA, Yohana¹; PETRY, Letícia²; SCHNEIDER, Fabiéli³; DOS SANTOS, Luana⁴; COLOMÉ, Isabel⁵.

Resumo

Este trabalho objetiva relatar a experiência vivenciada por acadêmicas de enfermagem na implantação do Conselho Local de Saúde na área de abrangência de uma Unidade de Estratégia Saúde da Família, em um município do Norte do Rio Grande do Sul. O Conselho Local é um meio de participação dos usuários da comunidade e dos profissionais de saúde para discutir questões relevantes a saúde e ao contexto em que o usuário está inserido, a fim de criar melhorias nos serviços de saúde. Foram realizados encontros utilizando como ferramenta metodológica o Círculo de Cultura proposto por Paulo Freire. A partir disso, identificou-se que houve aproximação dos profissionais da equipe com os usuários e suas demandas/necessidades, assim como o esclarecimento de dúvidas e melhor compreensão da comunidade frente a algumas condutas dos profissionais e do serviço, a partir do diálogo estabelecido, além do fortalecimento da parceria entre universidade e serviço de saúde/comunidade.

Descriptores: Agente Comunitário de Saúde; Enfermagem; Participação Social

Abstract

This work aims to report the experience of nursing students in the implementation of the Local Health Council in the area covered by a Family Health Strategy Unit in a municipality in the north of Rio Grande do Sul. The Local Council is a means of participation Community users and health professionals to discuss issues relevant to health and the context in which the user is inserted in order to create improvements in health services. Meetings were held using as a methodological tool the Culture Circle proposed by Paulo Freire. From this, it was identified that there was an approximation of the professionals of the team with the users and their demands / needs, as well as the clarification of doubts and better understanding of the community regarding some behaviors of the professionals and the service, In addition to strengthening the partnership between university and health / community service.

Descriptors: Community health agent; Nursing; Social Participation.

Resumen

Este estudio informa de una experiencia de estudiantes de enfermería en la implementación del Consejo Local de Salud en área de cobertura de una unidad de la Estrategia de Salud de la Familia, en un municipio del norte de Rio Grande do Sul. El Consejo Local es un medio para participación de usuarios, profesionales de la salud y de la comunidad para discutir temas relacionados con la salud en el ambiente que se inserta, el fin de crear mejoras de los servicios de salud. Se realizaron reuniones como herramienta metodológica utilizando el Círculo de Cultura propuesta por Paulo Freire. A partir de esto, se identificó aproximación del los profesionales del equipo con usuarios y sus demandas/necesidades, así como responder preguntas y esclarecimiento a la comunidad de ciertos comportamientos de profesionales, a partir del diálogo establecido, además del fortalecimiento de la colaboración entre universidad y servicios de salud / comunidad.

¹Acadêmica. Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria campus Palmeira das Missões. Email: yohana_vieira@hotmail.com

²Acadêmica. Enfermagem. Bolsista PET Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões.

³ Acadêmica. Enfermagem. Bolsista PET Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões.

⁴ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria campus Palmeira das Missões.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente. Universidade Federal de Santa Maria campus Palmeira das Missões.

Descriptores: Agente Comunitario de Salud; Enfermería; Participación Social.

Introdução

Este trabalho resulta de um processo de integração entre a universidade e os serviços de saúde. Consiste em um relato de experiência acerca da realização de um projeto de intervenção, o qual, segundo Paz *et al.*¹, “é uma ação organizada que deve responder a uma ou mais necessidades implícitas na causa sobre a qual incidirá a intervenção, ou seja, trata-se de uma proposta objetiva e focalizada, para resolver problemas da realidade”. Da parceria entre as instituições surgiu a demanda da construção do Conselho Local de Saúde no território de uma Unidade de Saúde da Família, a fim de suprir fragilidades existentes entre o serviço e os usuários. Dentre essas dificuldades estão: a participação ineficiente dos usuários nas atividades desenvolvidas na ESF e o desconhecimento do processo de trabalho da equipe de saúde nesse ambiente, além da sobrecarga de trabalho dos profissionais, o que implica na dificuldade de realização de atividades que sensibilizem a participação ativa da comunidade.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990² dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Em seu Art. 2º define Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

O Conselho Local de Saúde (CLS) é um meio que se tem a participação dos usuários da comunidade e dos profissionais de saúde para discutir questões relevantes à saúde e ao contexto em que o usuário está inserido, a fim de criar melhorias no serviço de saúde. Dentre as funções cabíveis ao Conselho está a conhecer o território e as necessidades da comunidade, as atividades que a unidade propõe e realiza, discutir em conjunto com os profissionais as principais demandas do serviço, discutindo prioridades e programas a serem desenvolvidos. Além disso, busca avaliar a satisfação da comunidade em razão ao atendimento que é prestado. O Conselho envolve a estratégia no processo de reestruturação da atenção à saúde. Nesse âmbito, envolve expectativas, demandas e comportamentos de diversas pessoas envolvidas na prestação da atenção. Espera-se que os Conselhos de Saúde funcionem como espaços de demandas da população e não apenas como instâncias de controle social³.

A participação social da população não se restringe apenas às três esferas. Através de outras instâncias formais (como câmaras de vereadores e associação de moradores) e informais, os profissionais devem facilitar e estimular a população a exercer o seu direito de participar da definição, execução, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas do setor. O planejamento local das ações de saúde responde ao princípio da participação ampliada, o planejamento das ações educativas deve estar adequado às peculiaridades locais e regionais, à utilização dos recursos técnicos disponíveis e a busca da interação com as universidades e instituições de ensino e de capacitação de recursos humanos ⁴. A população tem fundamental importância na participação dos CLS, porém é visto que esta contribui timidamente nos encontros por inúmeros motivos, o que acaba por dificultar a identificação dos problemas e as necessidades da sociedade, e como consequência a resolução dos mesmos. Com a escassa participação da população nos CLS, esses espaços acabam sendo limitados apenas a gestores, dirigentes de entidades prestadoras de serviços, funcionários e técnicos ⁵. Em um estudo realizado por Busana *et al.* ⁶ são apontados os principais temas que limitam o desenvolvimento correto dos CLS, como: desinteresse da comunidade sobre decisões coletivas, falta de conhecimento das atribuições dos conselhos e dos membros, descrença da comunidade, falta de compreensão sobre ações complexas em saúde e limitada resolutividade. Estes temas apontam de maneira negativa para o desenvolvimento apropriado de um CLS acurado. No trabalho realizado por Quandt *et al.* ⁷ os membros das reuniões mensais do conselho eram coordenador e vice, gestor (representado pela coordenadora da ESF), trabalhadores de saúde e um ou outro representante da comunidade. Em relação a pouca participação da comunidade nas reuniões, um dos assuntos discutidos na própria reunião foram formas de divulgação para a comunidade aderir ao Conselho. As formas de divulgação sugeridas foram: elaboração de material informativo (panfleto e cartazes), divulgação em rádios e jornais e entrega de convites na visita domiciliar através de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Estudos de Speroni *et al.* ⁸ revelam os ACS como transformadores do meio onde atuam e motivadores da participação social nas questões de saúde, compreendendo-os como protagonistas e empreendedores em suas ações. Levando-se em consideração o amplo conhecimento da realidade local e o vínculo com os usuários por esse profissional, é fundamental compreendê-los como um elo entre a comunidade e o serviço de saúde, podendo contribuir ativamente na proposta de adesão pelos usuários ao CLS. Frente ao exposto, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência vivenciada por acadêmicas de enfermagem na implantação do Conselho Local de Saúde em uma Estratégia de Saúde da Família.

Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção desenvolvido na área de abrangência da ESF VI do município de Palmeira das Missões - RS por acadêmicas do oitavo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. É uma atividade teórico-prática proposta no plano curricular da disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva “B”, a partir de uma problematização realizada, em um primeiro momento, no âmbito universitário e posteriormente no serviço de saúde. Esse projeto foi desenvolvido no período que compreende as atividades práticas da disciplina no segundo semestre de 2016, durante os meses de setembro a novembro. O local de desenvolvimento desta ação foi na ESF VI, caracterizada como uma área socioeconomicamente vulnerável e com grande quantitativo populacional. É composto pelos bairros Paraíso, Pró-morar I e II, Westphalen I e II que totalizam em torno de 4.000 habitantes. Atuavam nesse serviço uma equipe multiprofissional composta por médico clínico geral do Programa Mais Médicos do Governo Federal, enfermeira que também atua como coordenadora da ESF, três técnicos de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, auxiliar de serviços gerais, quatro agentes comunitários de saúde (ACS) e, no momento do desenvolvimento do projeto, um acadêmico de enfermagem em estágio final de graduação. Esse projeto foi desenvolvido em cinco etapas, compreendendo todo o processo de sensibilização dos mobilizadores sociais até a realização das reuniões. A primeira etapa ocorreu com aula expositiva e dialogada acerca de como construir um projeto de intervenção e quais as etapas que constituem o mesmo. A partir disso discutiu-se os aspectos explanados buscando medidas que pudesse contribuir na construção do projeto. Na segunda etapa, o grupo de acadêmicas e docentes da disciplina participou da reunião da equipe multiprofissional da unidade de ESF, mediante contato prévio, para elencar quais as demandas mais relevantes no processo de trabalho em saúde daquela equipe. As demandas levantadas incluíram a construção de um Conselho Local de Saúde (CLS) e a educação em saúde na Escola por meio do Programa de Saúde na Escola. O presente trabalho trata da primeira demanda citada, ficando a segunda por conta de outro grupo de acadêmicas. A terceira etapa, foi compreendida por um encontro entre discentes, docentes e ACS nas dependências da UFSM/Campus Palmeira das Missões. O objetivo desse encontro foi explanar as etapas do projeto e avaliar se estas vão ao encontro das necessidades identificadas por esses profissionais. Além disso, foi elencado mobilizadores sociais da comunidade para formação do CLS e, posteriormente, entregue os convites aos mesmos. Na quarta etapa, foi realizada a sensibilização dos mobilizadores

sociais em cada micro área de abrangência da ESF quanto a importância do CLS, por meio de visitas domiciliares acompanhadas pelos agentes de saúde. Essa etapa foi desenvolvida conjuntamente com a etapa anterior tendo em vista que só é possível sensibilizar os usuários mediante a mobilização dos ACS e dos demais membros da equipe. Destaca-se o reconhecimento dos ACS como mediadores entre a comunidade e o serviço. Em sequência, a quinta etapa, foi a realização de encontros, nos quais foram utilizados como ferramenta metodológica o Círculo de Cultura. Os Círculos de Cultura são sistematizados por Paulo Freire⁹ fundamentados em uma proposta pedagógica, cujo caráter radicalmente democrático e libertador propõe uma aprendizagem integral, que rompe com a fragmentação e requer uma tomada de posição perante os problemas vivenciados em determinado contexto¹⁰. Essa ferramenta metodológica compreendeu operacionalizar o projeto de intervenção por meio de oficinas e rodas de conversa entre as acadêmicas, a equipe da ESF e os mobilizadores sociais. Inicialmente, foi organizado um cronograma para o primeiro encontro, o qual foi dividido em quatro momentos.

Resultados e discussão

No primeiro momento, as acadêmicas produziram crachás de quatro cores para cada participante, incluindo mobilizadores sociais, acadêmicas de enfermagem e equipe da ESF, esses crachás foram distribuídos aleatoriamente na chegada do encontro. No segundo momento, ocorreu a apresentação do projeto para os mobilizadores sociais, evidenciando o que é o SUS, o CLS, juntamente com a lei 8.142, função do conselho local de saúde, o que são mobilizadores sociais, qual o papel da comunidade diante do conselho local de saúde, execução, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas do setor e direitos e deveres da população. No terceiro momento, o grande grupo de participantes foi dividido em pequenos cinco grupos de acordo com as cores dos crachás distribuídos no início do encontro. Dentre estes cinco grupos, quatro eram de participantes e um grupo era da equipe da ESF. Foi designada uma acadêmica de enfermagem como responsável para cada grupo. No quarto momento realizou-se uma oficina para confecção de cartazes com os pequenos grupos, com as questões “O que está bom? ” e “O que precisa melhorar? ”.

Em relação a questão “O que precisa melhorar? ”, as demandas mais frequentes elencadas foram: 1. Pelos grupos compostos por mobilizadores sociais: Número de medicamentos, agendamento de consultas, falta de atendimento médico, maior número de profissionais médicos especialistas e saneamento básico, estrutura física externa da ESF, comunicação do médico estrangeiro. 2. Pela equipe da ESF: Comparecimento dos pacientes nas consultas e procedimentos

(exame citopatológico, especificamente), compreensão da população em entender a triagem, fluxo do serviço e agendamento de exames, falta de adesão da população em grupos de educação em saúde, número de profissionais técnicos de enfermagem e atendentes.

Com referência a questão “O que está bom? ”, foram elencados: 1. Pelos mobilizadores sociais: Atendimento de enfermagem, atendimento odontológico 2. Pela equipe da ESF: Estrutura física da ESF, atendimento de enfermagem, sala de vacinas. O segundo encontro aprofundou-se nas questões voltadas a participação social e ao SUS contando com a participação do presidente do Conselho Municipal de Saúde e da Enfermeira Coordenadora da Atenção Básica de Saúde de Palmeira das Missões. Após cada encontro foram realizadas avaliações entre docentes, acadêmicos e equipe de saúde das atividades, a fim de suprir possíveis fragilidades que tenham sido identificadas e aprimorar o planejamento dos próximos encontros.

Considerações Finais

Este projeto de intervenção significa o início de uma longa caminhada em prol do controle social no SUS por meio da inserção e participação ativa da academia nos serviços de saúde e suas comunidades. Foi possível identificar diversas potencialidades e desafios na implementação desta proposta. Como desafios pode-se elencar: dificuldade de tempo da equipe para o preparo das atividades devido à grande demanda de usuários e ações no interior da unidade de saúde; impossibilidade de alguns mobilizadores sociais de participar das reuniões no dia e horário estipulados. Entre as potencialidades destaca-se: o interesse e empenho da equipe de saúde da unidade para a participação da comunidade no Conselho; a identificação de diversos mobilizadores sociais na comunidade com disponibilidade para pensar e agir em prol da saúde da comunidade; o apoio da gestão do município frente à proposta apresentada; os momentos de troca de experiências e diálogo ocorridos entre acadêmicas, docentes, equipe e usuários; entre outros. Sendo assim, entende-se que uma importante semente foi plantada, pois com a realização dos encontros já se pode perceber que houve uma maior aproximação dos profissionais da equipe com os usuários e suas demandas/necessidades, assim como o esclarecimento de dúvidas e melhor compreensão da comunidade frente a algumas condutas dos profissionais e do serviço, a partir do diálogo estabelecido. Este projeto terá continuidade no presente ano.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

- PAZ AAM, *et al.* Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL). Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013.
- LEI 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: Acesso em: 6 out. 2016.
- JORGE MS, VENTURA CA. Os Conselhos Municipais de Saúde e a gestão participativa. Textos & Contextos. Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 106 - 115, jan./jul. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
- SILVA VR, MEDEIROS MR. Conselhos municipais de assistência social: história, fragilidades e possibilidades. ARGUMENTUM, Vitória, v. 2, n. 2, p.163-173, jul./dez. 2010.
- BUSANA JA, HEIDEMANN ITSB, WENDHAUSEN ALP. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2): 442-9.
- QUANDT FL, FANTIN AD, OLIVEIRA JR, KOVALESKI DF. Análise sobre a participação da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde: caso do município de Pomerode – SC.
- SPERONI KS, FRUET IMA, DALMOLIN GL, LIMA SBS. Percepções dos Agentes Comunitários de Saúde: contribuições para a gestão em saúde. Rev Cuid 2016; 7(2): 1325-37.
- FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1968.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

**23. CRIAÇÃO E CONDUÇÃO DA LIGA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM DA UFRGS:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**CREACIÓN Y ACCIÓN DE LA LIGA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA DE LA UFRGS:
RELATO DE LA EXPERIENCIA**

**CREATION AND ACTION OF THE ACADEMIC NURSING LEAGUE OF UFRGS: EXPERIENCE
REPORT**

Lindenberg, Catarina¹; Dal Pai, Daiane².

Introdução: Liga Acadêmica é uma entidade particular, sem fins lucrativos, apartidária, não religiosa, de duração ilimitada, organizada por discentes universitários, com o objetivo de promover o estudo de um determinado assunto, incentivar o desenvolvimento de projetos científicos e a atividade assistencial voluntária à comunidade^{1,2}. Todavia não há, atualmente, um conceito bem definido do que são as Ligas Acadêmicas, apesar da primeira liga no Brasil ter sido criada em 1920, as publicações e estudos sobre esse assunto são escassos. As ligas são atividades de extensão que estão sendo criadas em todo o país, sendo mais tradicionais nos cursos da área da saúde, em especial a Medicina. Estudo mostrou que 80% dos alunos de Medicina do 1º ao 4º ano frequentam as ligas acadêmicas como atividade extracurricular e que a motivação dos estudantes resulta da oportunidade de aproximação com a prática, da integração com colegas de diferentes anos, do sentir-se parte da instituição, bem como na possibilidade de se encontrar respostas às indagações profissionais³. Outro estudo feito em Ribeirão Preto (SP) mostrou que do ano de 1999 a 2002 houve um aumento no número de alunos que diziam participar das atividades de ligas acadêmicas de 58,5% para 72,6%, um número expressivo, ainda mais se comparada às outras atividades extracurriculares pesquisadas, que tiveram queda ou aumento inexpressivo⁴. Na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) há 54 ligas médicas registradas, nas quais os acadêmicos de Enfermagem frequentam regularmente. Embora se considere a relevância do diálogo multiprofissional, entendeu-se haver uma lacuna quanto a espaços para o debate e a construção coletiva sobre as especificidades e complexidades do exercício profissional da enfermagem, sendo então proposta a Liga Acadêmica de Enfermagem (LAEnf). A LAEnf é a primeira e única liga de enfermagem no histórico da UFRGS e foi criada com o propósito de promover um novo espaço em que a realidade da profissão do enfermeiro seja o foco. Considerando que a contemporaneidade exige um novo perfil acadêmico e profissional é interessante a atuação destes em atividades de extensão que interferem no “ser” e “estar” no mundo e na universidade³. A LAEnf/UFRGS é uma atividade extracurricular que formaliza-se por meio de um projeto de extensão aberto a toda a comunidade acadêmica e não acadêmica, visando ofertar espaços de integração entre ensino, serviços de saúde e comunidade com vistas à troca de experiências e conhecimentos para o desenvolvimento técnico-científico da profissão, tanto para os organizadores como para o público-alvo da LAEnf/UFRGS. **Objetivo:** Relatar a experiência de criação e condução da LAEnf/UFRGS.

¹ Acadêmica de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – e-mail: catarina.lindenberg@ufrgs.br

² Doutora em Enfermagem – Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Metodologia: Este estudo consiste em um relato de experiência acerca da criação e condução da LAEnf/UFRGS no período de Junho de 2016 a Dezembro do mesmo ano. A Liga foi fundada no primeiro semestre de 2016 por meio da iniciativa de sete estudantes de enfermagem e apoio pedagógico de dois professores do curso de enfermagem. O projeto da LAEnf/UFRGS foi idealizado e construído com base na experiência de participação em outras ligas e coleta de informações divulgadas online por ligas brasileiras, e encontra-se vinculado à Pró-reitoria de Extensão da UFRGS, o qual foi aprovado. Na condução da LAEnf até o presente foram realizados quatro encontros abertos a toda universidade e também acadêmicos e profissionais externos, além de um minicurso em parceria com a Rede Brasileira de Segurança do Paciente (REBRAENSP) Polo RS. A cada encontro os participantes respondiam a um instrumento criado pelos organizadores da Liga por meio do qual foi avaliada a qualidade do “curso”, “instalações”, “instrutor” e avaliação geral do encontro em uma escala de “ruim”, “médio”, “bom” ou “ótimo”. **Resultados:** No ano de 2016 a LAEnf contou com 217 participantes, incluindo alunos da UFRGS e de outras instituições, e profissionais de enfermagem. A LAEnf/UFRGS desenvolveu suas atividades em horários extracurriculares, em espaços itinerantes, que incluíram as dependências da Escola de Enfermagem da UFRGS e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A liga vem desenvolvendo atividades mensais, com cronograma pré-definido e divulgado nas redes sociais em sua página com mais de 4.500 seguidores, onde os organizadores divulgam os eventos da liga e publicam informações relacionadas às temáticas referente a área da saúde e da enfermagem. Os membros organizadores e as duas professoras orientadoras realizam reuniões regularmente com vistas a planejar, formalizar e gerenciar as atividades e ações a serem desenvolvidas, assim como a organização interna. As temáticas discutidas nos encontros realizados em 2016 foram: o protagonismo do enfermeiro no mundo do trabalho em saúde, nos cuidados paliativos, na segurança do paciente e no cuidado ao paciente oncológico pediátrico. Nestas oportunidades, a liga contou com a participação de palestrante enfermeiro com experiência na área abordada, indicado pelos próprios membros organizadores ou por professores. As atividades tiveram duração de duas horas, em formato de palestra e discussão aberta, e contaram com 50 a 73 participantes, dentre os quais estiveram presentes acadêmicos e profissionais de enfermagem, de instituições públicas e privadas. De 217 participantes 191 pessoas (88%) avaliaram o encontro e destes, 95,4% consideram o encontro “bom” ou “ótimo”. Ao aproximar-se da conclusão de um ano na ativa, a LAEnf/UFRGS propõe à ampliação das atividades formando frentes de atuação, as quais são: 1) Frente Assistencial, que organizará atividades práticas; 2) Frente de Capacitação, que continuará organizando seminários, discussões e eventos; 3) Frente de Pesquisa, que organizará as atividades de produção de conhecimento e; 4) Frente Educativa, que preparará materiais e atividades de educação em saúde, englobando assim os pilares da universidade: Ensino, Pesquisa e Extensão. Os estudantes organizadores consideram a liga um instrumento de voz para o estudante, que puderam construir e conduzir um projeto para seus colegas sob orientação. **Conclusão:** A experiência de criação e condução da LAEnf é complexa visto que há a preocupação em não criar um currículo paralelo ao obrigatório e não especializar precocemente os estudantes. A atividade tem sido enriquecedora tanto para os estudantes proponentes da liga, que possuem grande responsabilidade e aprendizado em conduzir esse projeto inovador na UFRGS e novo no cenário brasileiro da enfermagem, quanto para os participantes que possuem um novo espaço de discussão e troca acerca da profissão. Pode-se

observar boa adesão às atividades da Liga, pelas avaliações positivas, bem como pelo quantitativo de participantes e pelo interesse dos mesmos nos debates e trocas de experiência. Tanto alunos organizadores quanto participantes crescem com a promoção de um novo espaço para aproximação dos estudantes, melhoria das habilidades interpessoais e a valorização da enfermagem.

DESCRITORES: Enfermagem; Educação em Enfermagem; Estudantes de Enfermagem.

Eixo Temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referência:

- 1 Costa, AP et al. The importance of the Burns Academic League. Ver Bras Queimaduras. 8(3):101-5, 2009.
- 2 Torres, AR; Oliveira, GM de; Yamamoto, FM; Lima, MCP. Ligas Acadêmicas e formação médica: contribuições e desafios. Interface, 12(27): 713-720, 2008.
- 3 Peres, CM; Andrade, AS. Atividades extracurriculares: representações e vivências durante a formação médica. 2005. Dissertação [Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia] Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- 4 Vieira EM, Barbieri CLA, Vilela DB, Ianhez Júnior E, Tomé FS, Woida FM et al. O que eles fazem depois da aula? As atividades extracurriculares dos alunos de ciências médicas da FMRP-USP. Medicina (Ribeirão Preto). 2004;37:84-90.



24. CUIDADO A PACIENTE COM TORACOTOMIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PACIENT CARE WITH THORACOTOMY: REPORT EXPERIENCE

ATENCIÓN DE PACIENTES MEDIANTE TORACOTOMÍA: RELATO DE EXPERIENCIA

**SALVADOR, Carol Fasolin¹; MELLER, Tiago Rafael da Silveira²; KÖNIG, Dienifer Farias³;
FRANZMANN, Suélen Pereira⁴; ROSANELLI, Cleci Lourdes Schmidt Piovesan⁵.**

Introdução: O trauma torácico é uma das principais lesões em pacientes atendidos nos prontos-socorros. Na América do Norte é a causa direta de cerca de 25% das mortes, considerando que este segmento corpóreo aloja órgãos de vital importância, como o coração, os pulmões e grandes vasos que podem levar o paciente rapidamente ao óbito, quando lesados. Em torno de 60% das mortes por trauma têm alguma lesão torácica associada. Ainda, cerca de 80% dos pacientes morrem no local do trauma. Dos 20% que chegam vivos ao hospital, 85% apresentam, em geral, uma boa evolução, enquanto os 15% restantes têm uma alta taxa de mortalidade, em parte, devido a outros tipos de trauma. Desse modo, dos indivíduos que não morrem no local do trauma e que morrerão posteriormente, 70%-80% destes, dentro de 48h e 20%-25% após essas 48h, por complicações decorrentes do trauma. Em relação a taxa de mortalidade dos pacientes hospitalizados com lesão no tórax varia de 4% a 8%, e aumenta para 10% a 25% quando outro órgão é envolvido, crescendo para 35%, quando há comprometimento de outros sistemas orgânicos. Classifica-se em fechado, quando não há abertura na cavidade torácica, e aberto quando existe a comunicação com o meio externo, e ambos podem causar, entre tantos agravos, o pneumotórax, hemotórax, obstrução das vias aéreas, tamponamento cardíaco e contusão pulmonar ou cardíaca. Apesar da incidência de morte por lesões torácicas ocupar lugar de destaque nas estatísticas, a maior parte desses pacientes pode ser tratada com suporte ventilatório, analgesia e drenagem pleural e apenas 15 a 30% necessitarão de uma toracotomia para a resolução de agravos intratorácicos¹⁻³. Dentre as causas que levam ao trauma torácico pode-se citar o ferimento por arma branca. Este tipo de trauma apresenta uma forte associação com a pobreza, resultante das desigualdades sociais e da exclusão. Em 2006, 74,4% dos homicídios tiveram como instrumento a arma de fogo e em 16,1% o objeto utilizado foi a arma branca com aumento de 2,3% comparado com o ano de 2000. Os traumas de ferimento por arma branca são pouco descritos quando comparados com ferimentos por projétil de arma de fogo, porém, não menos importantes². Uma das formas de tratamento para o trauma torácico, com hemotórax, pneumotórax, derrame pleural e/ou empiema, e em casos clínicos de tumores torácico, é a inserção de dreno de tórax, um dispositivo que permite remover ar ou fluídos do espaço pleural e normalizar sua pressão negativa. Este também é classificado quanto sua localização e finalidade como pleurais ou mediastinais⁴. **Objetivo:** Relatar a experiência acadêmica frente aos cuidados de

¹ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões; fasolincarol@gmail.com.

² Discente do Curso de Graduação em Enfermagem. Bolsista do Programa de Educação Tutorial PET-Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões.

³ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões.

⁴ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Ciências da Saúde, curso de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões.

enfermagem destinados a um paciente com dreno de tórax, durante práticas supervisionadas de Enfermagem no Cuidado a Saúde do Adulto, do Curso de Enfermagem de uma Universidade Federal na região Sul do Brasil. **Metodologia:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado no mês de novembro de 2016. **Resultados e discussões:** Este relato refere-se ao cuidado de enfermagem a um paciente do sexo masculino, 35 anos, residente em uma área indígena, internado em um hospital filantrópico do norte do Rio Grande do Sul, em cuidado semiintensivo, vítima de lesão por arma branca na região posterior do tórax há aproximadamente cinco dias, com diagnóstico médico de hemotórax e sepse pulmonar. No primeiro contato com os acadêmicos, o paciente encontrava-se lúcido, orientado, bradilálico, dispneico, sonolento, sudorético, porém colaborativo, apesar de relatar medo e preocupação com as possíveis complicações. Apresentava queixas de dor torácica e abdominal generalizada, fato que o imobilizava e restringia ao leito. Aceitava dieta via oral em pequena quantidade. Mantendo acesso venoso periférico em cateter de cano curto, no dorso da mão esquerda infundindo solução fisiológica e medicações, monitorizado por multiparâmetro, em uso de oxigênio terapia em máscara de Hudson a 8l/min, urinando via normal e em razoáveis condições de higiene. Após avaliação médica, a conduta tomada foi a inserção de um dreno torácico em selo d'água na altura do 5º espaço intercostal à esquerda do tórax, e solicitação de monitorização contínua da equipe de enfermagem. A inserção dos acadêmicos no cuidado prestado a esse paciente relacionou-se, em especial, viabilização de cama hospitalar com grades, colchão piramidal, bem como, a monitorização com vistas à prevenção de complicações quanto ao uso do dreno torácico, como: Monitorização dos sinais vitais; estimular/possibilitar alternação de decúbito e fowler; avaliação permanente do padrão respiratório para evitar possíveis complicações respiratórias; Orientação ao paciente quanto a respirar profundamente; troca e verificação do volume drenado pelo dreno de tórax, em média a cada 6 horas; Observação de dobras no sistema de oscilação, para evitar a obstrução do sistema de drenagem; Troca do curativo no local da inserção do dreno diariamente ou conforme prescrição médica, atentando para a presença de alterações no local da inserção; ordenha do tubo extensor do dreno de tórax para facilitar a drenagem dos fluídos represados no espaço pleural; Avaliação permanente da fixação do dreno e a viabilização de um familiar para acompanhá-lo, com vistas a proporcionar tranquilidade a ambos e humanização no cuidado. A partir dos subsídios identificados pode-se implementar, baseado na sistematização da assistência, alguns diagnósticos de enfermagem para esse paciente, tais como: Padrão respiratório ineficaz, relacionado com dor torácica e a redução da expansão pulmonar; Mobilidade física prejudicada, relacionado com a dor e o desconforto torácico; Medo, relacionado com a dor e com o procedimento de inserção do tubo torácico; Risco para infecção: Relacionada a cirurgia (inserção de dreno) e trauma (ferimento). Vivenciar essa experiência na condição de acadêmicos de enfermagem proporcionou aprimorar habilidades assistenciais e gerenciais no cuidado integral a um paciente crítico em uso de dreno torácico. Mesmo que a colocação do dreno de tórax seja de responsabilidade médica, muitos aspectos relativos ao cuidado com o paciente com dreno são de responsabilidade da equipe de enfermagem. A inadequada manipulação desse dispositivo pode acarretar morbidades, prolongamento das internações e até mesmo o óbito. Assim, o cuidado precisa estar embasado cientificamente a fim de evitar potenciais complicações e promover a segurança do paciente. **Conclusão:** Por meio da vivência do acompanhamento e cuidado prestado ao paciente, pode-se adquirir conhecimento e desenvolver habilidades necessárias ao fazer da enfermagem. Acreditamos que a aplicação desses conhecimentos contribuiram para promoção da assistência à saúde de forma segura e qualificada.

DESCRITORES: Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Toracotomia.

Eixo temático: Processos de cuidado em saúde e enfermagem.

Referências

1. Souza VS, Santos AC, Pereira LV. Perfil clínico-epidemiológico de vítimas de traumatismo torácico submetidas a tratamento cirúrgico em um hospital de referência. *Scientia Medica* (Porto Alegre) 2013; volume 23, número 2, p. 96-101.
2. Zandomenighi RC, Mouro DL, Martins EAP. Ferimento por arma branca: perfil epidemiológico dos atendimentos em um pronto socorro. *Rev Rene*, Fortaleza, 2011 out/dez; 12(4):669-77.
3. Junior CRN, Talini C, Neto LB. Perfil dos pacientes vítimas de trauma torácico atendidos no hospital universitário evangélico de curitiba (HUEC). *Rev. Med. UFPR* 1(2):42-46 Abr/Jun 2014.
4. Souza, ABG, Chaves LD, Silva MCM. Enfermagem em clínica médica e cirúrgica: teoria e prática. Editora Martinari, São Paulo (SP); volume 2, 1^a edição; p. 560-564.



25. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM FISSURA LABIOPALATINA

NURSING CARE FOR CHILDREN WITH LABIOPALATIN FISSURE

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A NIÑOS CON LABIO Y PALADAR HENDIDO

Bastos, Priscila Lopes¹; Ceretta, Pedro Henrique²; Descovi, Maira Helena Muraro³; Neves, Eliane Tatsch⁴; Rodrigues, Liane Rocha⁵.

Introdução: A Fissura Labiopalatina (FLP) caracteriza-se por uma malformação craniofacial desenvolvida entre a 4^a e a 12^a semanas intrauterina. Esta situação pode ser classificada como Fissura Labial (FL) ou lábio leporino, quando ocorre uma má formação tecidual entre o processo medial nasal e maxilar (4^a a 7^a semana embrionária) ou Fissura Palatina (FP), quando ocorre um defeito na formação do processo maxilar palatina (entre a 7^a e a 12^a semana de vida intrauterina) e ainda fissura labiopalatina, quando ocorrem as duas situações de hipoplasia¹. Na região Sul do Brasil, em 2004 houve uma prevalência de neonatos com fissura labiopalatina com frequência no sexo masculino². Em 2009, segundo informações colhidas do DATASUS, foram 98 recém-nascidos vivos na região Sul do total de 1425 de todo o Brasil¹. Esses índices nos fazem refletir na qualidade de vidas ao longo do desenvolvimento e crescimento dessas crianças, pois podem ocasionar significativas alterações funcionais, sociais, emocionais e estéticas que necessitam de atenção multidisciplinar¹. Neste contexto o enfermeiro tem papel importante como elo entre a família e a equipe, além de ser o profissional que atua diretamente em ações de educação em saúde com os familiares dessas crianças. Assim, entende-se que a abordagem desse tema seja de extrema importância diante das distintas alterações funcionais, sociais, emocionais e estéticas que a fissura/fenda labiopalatina pode ocasionar tanto no desenvolvimento infantil quanto no âmbito familiar³. **Objetivo:** Relatar as experiências acadêmicas vivenciadas durante aulas práticas em uma unidade de internação pediátrica, no que tange os cuidados de enfermagem a criança com fissura labiopalatina. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de acadêmicos do 6º semestre do curso de graduação em Enfermagem, em uma unidade de internação pediátrica, de um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. Refere-se de um hospital-escola referência para diversos municípios da região, atendendo pelo SUS. A unidade de internação pediátrica possui uma enfermaria de lactentes, uma enfermaria cirúrgica e uma enfermaria clínica, além de leitos de isolamento, brinquedoteca, recepção, sala de enfermagem, estar médico, sala de medicações, entre outros. A equipe é formada por enfermeiras, técnicas de enfermagem, médicos, residentes da pediatria e enfermagem, fisioterapeutas, nutricionista e fonoaudiólogo. O presente relato alude-se a um período de aproximadamente um mês, onde os acadêmicos realizavam aulas práticas referente à disciplina de Enfermagem no cuidado à mulher, ao adolescente e à criança, sob supervisão de duas enfermeiras docentes do departamento de enfermagem. Na oportunidade, foi

¹ Acadêmica do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil. Email: exonerada@hotmail.com.

² 2. Acadêmico do 7º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

³ Acadêmica do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Santa Maria, RS, Brasil.

⁵ Acadêmica do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

possível realizar diversas atividades inerentes ao enfermeiro que atua em unidade pediátrica.

Resultados: A unidade de internação pediátrica¹ foi o primeiro contato, enquanto graduandos, com neonatos, lactentes e crianças dos acadêmicos. Na oportunidade realizou-se atividades assistenciais e de educação em saúde com os pacientes e seus acompanhantes/familiares. Ainda, foi possível conhecer, prestar assistência e educação em saúde a duas crianças com fissura labiopalatina e seus familiares. Observou-se durante as aulas práticas que as mães apresentam muitas incertezas quanto ao tratamento dos filhos, também se mostram inseguras quanto a cuidados básicos, como por exemplo, a amamentação. Desta forma, evidencia-se uma lacuna no cuidado às crianças com fissura labiopalatina, no que tange orientações de enfermagem a seus cuidadores. Da mesma forma, estudos demonstram que mães de neonatos e lactentes com FLP apresentam mais constantemente incertezas referentes à amamentação^{1,4}. Pois, trata-se de um cuidado muito incentivado, principalmente, pela equipe de enfermagem, e que muitas vezes já é abordado durante o pré-natal. No entanto, como o processo de alimentação pode tornar-se estressante tanto para a mãe quanto para o recém-nascido por questões de dificuldades (tamanho e local da fissura, sucção insuficiente, descoordenação sucção/respiração, pouca ingestão de leite ou refluxo) observa-se a necessidade da presença da equipe de enfermagem nestes momentos a fim de que junto com a mãe sejam adequadas diferentes técnicas e posições para o aleitamento materno^{1,4}. A atuação do profissional com ênfase em educação em saúde pode garantir que o aleitamento materno e todos seus benefícios imunológicos e de vínculo sejam assegurados, afinal a criança com FLP tem presentes os reflexos de sucção, busca e deglutição como as demais crianças, sendo assim, mesmo com dificuldade pode amamentar¹. Ainda neste contexto, pode ser necessário a presença de uma equipe multidisciplinar. Os cuidados com o aleitamento materno devem ser voltados a prevenção de aspiração durante a mamada, colocando o neonato ou lactente semi-sentados, oportunizar intervalos durante a mamada para que a criança possa eructar, além disso, exercitar o reflexo de sucção para que a musculatura orofacial da criança seja estimulada. Quando a criança não consegue mamar no seio, opta-se pela ordenha e é oferecido o leite “no copo”, como acontece também com crianças sem fissura palatina. Sendo assim, a presença de nutricionista, fonoaudiólogo e fisioterapeuta será enriquecedora para ampliar a visão de estratégias de cuidados com essa clientela¹. Outro recurso alimentar para crianças com fissura lábio/palatina é o uso de sonda nasoenterica ou gastrostomia. Estudo¹ refere que a utilização de métodos invasivos para a alimentação deve ser usada como última alternativa, pois ajudam a desconstruir os reflexos de sucção, busca e deglutição inatos dos lactentes nos primeiros meses de vida. No caso de uma das crianças acompanhadas durante as aulas, foi utilizado esse dispositivo de alimentação. Nesse sentido, quando as crianças têm alta hospitalar com esse dispositivo de alimentação, os cuidados de enfermagem são voltados ao empoderamento dos cuidadores tanto para saber utilizar as bombas de infusão tanto como para saber identificar possíveis intercorrências, por exemplo, obstrução da sonda. Outro cuidado de extrema importância é a higiene da cavidade oral. O qual deve ser realizado com a mesma frequência de que em crianças sem a fenda, ou seja, depois de cada refeição ou quando apresentar sujidade visível³. Cuidado esse que pode ser encorajado pelos acadêmicos às mães por meio de demonstrações, visto que, mesmo que fosse realizado, esse cuidado acabava sendo de forma ineficaz pois as mães sentem medo de machucar a criança. Além disso, a higiene oral torna-se imprescindível após as cirurgias reparadoras, pois, a ferida operatória pode tornar-se uma fonte de infecção. Assim, a equipe de enfermagem deve demonstrar e encorajar a família a realizar a limpeza oral com segurança e sem causar traumas a criança³. Com relação à abordagem terapêutica existem duas formas de intervenções cirúrgicas, a queiloplastia e palatoplastia. Sendo a queiloplastia uma cirurgia reconstrutora da fissura labial, e a palatoplastia na reconstrução da fissura palatina. Esses tratamentos além de reparar a estética do paciente visam melhorar a funcionalidade durante atividades rotineiras, como alimentação, fala, entre outras³. Esta visão terapêutica não foi enfocada durante as aulas práticas, visto que as duas crianças com FLP internadas na unidade pediátrica tratavam coomorbidades. Mesmo assim, é de fundamental importância à realização de educação em saúde no pré e pós-operatório de queiloplastia e palatoplastia para agilizar o processo de alta hospitalar, pois essas ações de educação e saúde realizadas pela enfermagem minimizam o tempo de internação hospitalar³. O sucesso terapêutico

está relacionado diretamente a uma assistência de enfermagem eficaz, ou seja, relaciona-se diretamente ao empoderamento dos cuidadores para que eles realizem a assistência adequadamente no ambiente domiciliar³. Incluem-se desta maneira: cuidados com alimentação, higiene bucal, limpeza da ferida operatória, prevenção de infecção e atenção a fim de evitar traumas e sangramentos e consequente recuperação da criança. **Considerações finais:** Declarando-se com essas crianças em aulas práticas na Unidade de Internação Pediátrica percebemos que os conhecimentos do enfermeiro sobre o tema implicam diretamente a assistência de qualidade prestada pelo familiar a crianças com fissura labiopalatina. A capacitação dos cuidadores constitui-se um desafio para a enfermagem, a qualidade dos cuidados prestados influi diretamente no processo reabilitador do neonato e/ou lactente. O enfermeiro deve identificar onde há lacunas, fragilidades e receios desse cuidado propondo intervenções que minimizem as dificuldades por eles enfrentadas.

DESCRITORES: Fissura palatina; Neonato; Lactente; Cuidados de enfermagem.

Eixos Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

- 1 Santos KCR, Bohn MLS, Motta, et al. Cuidados à criança com fissura labiopalatina: uma revisão integrativa J. res.: fundam. care. online 2014. jan./mar. 6(1):425-432 425.
- 2 Cunha ECM et al. Antropometria e fatores de risco em recém nascidos com fendas faciais. Rev. Bras. Epidemiol. 2004;7(4):417-22.
- 3 Trettene AS, Razera APR, Maximiano TO, Luiz AG, Dalben GS, Gomide MR. Dúvidas de cuidadores de crianças com fissura labiopalatina sobre os cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia Rev Esc Enferm USP 2014; 48(6):993-8.
- 4 Barros SP, Cerri R, Borgo HC, Lazarini M. Departamento de Suporte Nutricional. Nutrição para crianças com fissura labiopalatina. Recomendações Sociedade de Pediatria de São Paulo nº 47;2009



26. CURSO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES COMO ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

TEACHERS TRAINING COURSE AS A STRATEGY FOR QUALIFICATION OF PROFESSIONAL EDUCATION: EXPERIENCE REPORT

PROFESORES CURSO DE FORMACIÓN COMO ESTRATEGIA DE CALIFICACIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL: RELATO DE EXPERIENCIA

SOUZA, Rafaela¹; FABRIS, Juliana²; BONFADA, Mônica Strapazzon³; WEILLER, Teresinha Heck⁴.

Introdução: A expansão da educação profissional no país ainda encontra alguns obstáculos a serem superados, sendo a carência de profissionais docentes qualificados talvez o mais relevante neste cenário. Por meio de diversas políticas públicas, emergiram inúmeras medidas voltadas à oferta e expansão quantitativa desta modalidade de ensino, inclusive adaptando as instituições federais para este fim. Além disso, voltou-se o olhar acerca do entendimento da necessidade de contemplar, na educação profissional, processos investigativos que consigam acarretar em soluções técnicas e tecnológicas voltadas às necessidades locais e regionais e, consequentemente, seu desenvolvimento, no que diz respeito ao mundo do trabalho. Entretanto, isso só será possível se houver docentes habilitados e capacitados para esta finalidade.¹ Em 1996, por meio da Lei nº 9394, a qual estabelece as Diretrizes e Bases (LDB) da educação nacional, houve o reforço da ideia da impescindibilidade de cursos de formação que complementem a atuação profissional, unindo-a à formação docente e preparando os profissionais para uma prática pedagógica direcionada para a estruturação de competências e habilidades. O trabalho do profissional docente deve ser pautado na transposição didática contextualizada, através da atuação integrada e articulando teoria e prática profissional, agregando, ainda, atividades práticas e de pesquisa.² Neste cenário, os cursos de formação de professores para educação profissional têm sido destacados como indispensáveis para a formação docente inicial, devido ao seu foco voltado para o desenvolvimento de práticas pedagógicas próprias às especificidades da educação profissionalizante, bem como o fortalecimento da relação ensino-pesquisa-extensão, relações de trabalho nas instituições de ensino e o pensamento crítico acerca deste contexto.¹ **Objetivos:** Relatar a experiência de um curso de Formação de Professores para a Educação Profissional, na modalidade de Ensino à Distância (EaD), em uma universidade federal do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência baseado na inserção de uma nutricionista e uma enfermeira no curso de Formação de Professores para a Educação Profissional, na modalidade EaD, em uma universidade federal do Rio Grande do Sul. O curso tem duração de três semestres e teve seu início no segundo semestre do ano de 2016. **Resultados:** A modalidade de educação à distância tem características específicas como, por exemplo, a necessidade de um mediador tecnológico para o processo de comunicação, disponibilização de materiais didáticos, realização de atividades de estudos à distância e avaliações presenciais obrigatórias. A universidade referida adota o ambiente virtual de ensino-aprendizagem *Moodle*, o qual está disponível no Portal do Núcleo de Tecnológica Educacional (NTE). Para acessar ao ambiente virtual do curso, o estudante precisa informar *login* e senha, utilizando os mesmos dados do portal do aluno da universidade. O Curso de Formação de Professores para a Educação Profissional é oferecido pelo Programa Universidade Aberta do Brasil (UAB) e adota como estratégia de ensino-aprendizagem a problematização dos materiais didáticos e realização das respectivas atividades de estudo disponibilizadas no *Moodle*. Para cada disciplina, os materiais são elaborados na forma de hipermídia (trata-se de diferentes mídias como vídeos, áudios, figuras e

¹ Nutricionista, Especialista em Sistema Público de Saúde, Mestranda PPGEnf/UFSM. rafa_nutri@yahoo.com.br.

² Enfermeira, Pós-graduanda em Gestão de Organização Pública em Saúde/UFSM.

³ Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva, Emergência e Trauma, Mestranda PPGEnf/UFSM.

⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, Docente no PPGEnf/UFSM.

links, por exemplo, funcionando computacionalmente acopladas) e são disponibilizados conforme o semestre for se desenvolvendo. Estes materiais são disponibilizados exclusivamente no *Moodle*. As bibliografias básicas são disponibilizadas nas bibliotecas dos polos de apoio presencial. Algumas bibliografias, como textos científicos e ou capítulos de livros podem ser disponibilizados no *Moodle* pelo(a) professor(a) responsável pela disciplina. A interação entre os colegas, tute(a)s, professor(a)s é realizada, exclusivamente, via *Moodle* pela ferramenta “Mensagem”, disponível no bloco de “Participantes”. Por outro lado, sua comunicação com o(a)s tute(a)s e professores segue o seguinte fluxo: Estudante - Tute(a)s - Professore(a)s; e seu processo inverso: Professore(a)s - Tutor(a)s - estudante. Atualmente, um tutor(a) é responsável por atender 30 estudantes e os professore(a)s lecionam para 5 polos, totalizando 150 estudantes. O sistema de acompanhamento leva em consideração a legislação específica para esta modalidade⁵, a qual estabelece a obrigatoriedade de momentos presenciais para avaliações, estágios obrigatórios, defesa de trabalhos de conclusão de curso e atividades relacionadas a laboratórios de ensino, quando for necessário. O estímulo à oferta de cursos à distância no Brasil, após a criação da LDB/1996, aumentou consideravelmente o número de cursos nessa modalidade, em especial aqueles voltados à formação docente. Observa-se na UAB uma modalidade de ensino que pode contribuir diretamente com a formação de professores, formando docentes particularmente nos campos disciplinares que apresentam maior déficit no país. Os polos presenciais são importantes à medida que oferecem um mínimo de estrutura física, em que o estudante tem um referencial da instituição onde está matriculado, além de poder tirar suas principais dúvidas, interagir com tutores e professores que estão na outra ponta do processo. Na área da saúde, especificamente, os cursos técnicos em enfermagem e nutrição representam uma grande parcela dos estudantes da área da Educação Profissional e, por isso, torna-se fundamental a formação de docentes qualificados para esta modalidade. **Conclusões:** Por muito tempo (e atualmente), a Educação Profissional foi vista com inferioridade em relação à educação intelectual, ou seja, aos outros níveis de ensino. Isso deu-se por vários aspectos da sociedade capitalista em que vivemos, como a ideia de que na Educação Profissional apenas o conhecimento prático é imprescindível, em detrimento da formação pedagógica. Desta maneira, importaria tão somente a formação prática do indivíduo, não havendo interesse em auxiliá-lo no processo de ensino-aprendizagem, em sua formação como cidadão crítico e reflexivo no meio no qual está inserido. Também há algumas dificuldades encontradas pela categoria, como o reconhecimento como deste quanto um nível de educação essencial para a formação de pessoas aptas a se inserirem no mercado de trabalho, assim como a carência de estudos científicos relacionados à área e a não mobilização dos profissionais diante destas questões. Assim, reitera-se que os profissionais atuantes no Ensino Profissional devem exercer o papel de formadores de pessoas para conviverem em sociedade, não somente trabalhadores para o mercado de trabalho. Utilizar bases teóricas e tecnológicas e não apenas o conhecimento prático para repassar os conhecimentos, configura-se uma ótima estratégia para unir, de fato, a teoria à prática. Dessa forma, os docentes têm a possibilidade de assumir o seu compromisso com o dever social, diante da necessidade de se conformar um novo modelo de ensino.

DESCRITORES: Prática do Docente de Enfermagem; Ensino; Educação Profissionalizante.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. Brasil. Ministério de Educação. Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica / Ministério da Educação, Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. v. 1, n. 1. – Brasília: MEC, SETEC, 2008. [internet] 2008 [citado 2017 abril 17]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf3/rev_brasileira.pdf
2. Pereira LAC. Fórum de Educação Profissional. A formação de professores para a educação profissional. Brasília, 2004. [internet] 2004 [citado 2017 abril 17]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/Texto_apresenta01.pdf

3. Litwin E. Educação a distância: temas para o debate de uma nova agenda educativa. Porto Alegre: Artmed, 2001.
4. Brasil. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira – LDB Lei 9.394 de 1996. [internet] 1996 [citado 2017 abril 17]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394_ldbn1.pdf
5. Brasil. Ministério da Educação. Decreto nº 5.800/2006, que dispõe sobre o Sistema Universidade Aberta do Brasil. . [internet] 2006 [citado 2017 abril 17]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/>.



27. CUSTO HUMANO NO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

HUMAN COST IN THE NURSING WORK IN FAMILY HEALTH STRATEGY

COSTO HUMANO EN TRABAJO DE ENFERMERÍA DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

DALMOLIN, Grazielle de Lima¹; ANDOLHE, Rafaela¹; MAGNAGO, Tania Solange Bosi de Souza¹

Introdução: A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu num contexto de reorganização da atenção básica a saúde (ABS), em conformidade com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando a expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, bem como a resolutividade na atenção a saúde das pessoas e coletividades. Uma equipe de ESF compõe-se, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), sendo que cada ACS deve cobrir um máximo de 750 pessoas cadastradas, com no máximo 12 ACS por equipe. Dessa forma, cada equipe deve ser responsável por até 4.000 pessoas no seu território de atuação¹. Nessa equipe, a enfermagem tem assumindo papel fundamental, atuando na reestruturação dos serviços e modelo de atenção a saúde, como mediadora de transformações nos micro e macro espaços, com caráter social e político². Nesse contexto, muitas vezes esses trabalhadores estão em contato com diferentes vulnerabilidades do contexto e população que atendem, que adicionadas às possíveis condições inadequadas de trabalho podem os conduzir ao adoecimento físico e/ou psíquico, sendo importante a avaliação do custo humano no trabalho, o qual se constitui na mensuração da energia individual ou coletiva que o trabalhador despende ao desenvolver seu trabalho³. **Objetivo:** Avaliar o risco de adoecimento no trabalho de enfermeiros da ABS do município de Santa Maria por meio da avaliação do custo humano no trabalho. **Método:** Estudo transversal realizado no cenário da ABS do município de Santa Maria, o qual se localiza na região central do estado do Rio Grande do Sul, com aproximadamente 274 mil habitantes. No município de Santa Maria a ABS é composta por 19 Unidades Básicas de Saúde designadas como tradicionais e 13 Estratégias de Saúde da Família, totalizando 32 unidades de saúde pública, nas quais atuam profissionais com vinculação estatutária, celetista, contrato emergencial, e contratações com vínculo celetista por Empresas Terceirizadas, totalizando um número aproximado de 332 trabalhadores. Nesse estudo a amostra foi constituída por 30 trabalhadores de enfermagem de ESF, com atuação mínima de seis meses na ABS. Para coleta de dados, realizada no período de março a agosto de 2015, foi utilizada a Escala do Custo Humano no trabalho (ECHT), subescala do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), validado no Brasil por Mendes e Ferreira em 2007⁴. O ITRA consiste em uma escala psicométrica do tipo Likert, composta por quatro subescalas interdependentes, cuja finalidade é avaliar as dimensões da inter-relação do trabalho com os riscos de adoecimento. O ITRA é composto de quatro subescalas (Escala de avaliação do contexto de trabalho, Escala do custo humano no trabalho, Escala de indicadores de prazer e sofrimento no trabalho, e Escala de avaliação de danos relacionados ao trabalho) contendo 128 itens (afirmativos)⁴. Nesse estudo foi utilizada apenas a ECHT, a qual avalia três fatores em escala likert de cinco pontos: Custo Afetivo, Custo Cognitivo, e Custo Físico. O risco de adoecimento é classificado da seguinte forma: acima de 3,7 é uma avaliação negativa, grave. De 2,3 a 3,69, avaliação moderada, crítica. E abaixo de 2,29, avaliação positiva, satisfatória. Para a

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

inclusão dos dados no processo de análise da pesquisa foi utilizado o programa Excel 2010, com dupla digitação independente para que fossem verificados os erros e inconsistências por dois colaboradores da pesquisa, capacitados. Na análise dos dados foi utilizada estatística descritiva com emprego do programa PASW Statistic® (*Predictive Analytics Software*, da SPSS Inc., Chicago, USA) versão 21.0 para Windows. A normalidade dos dados foi testada por meio do teste Shapiro-Wilk, ao qual se constatou uma distribuição normal, e a consistência interna do instrumento e fatores foi verificada por meio do alfa de Cronbach. Foram respeitados todos os aspectos da ética em pesquisa envolvendo seres humanos conforme Resolução 466/12, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética local (CAAE número 40264314.4.0000.5346). Foi disponibilizado aos participantes do estudo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo o título da pesquisa, objetivos, justificativa, a forma de participação, riscos e benefícios, como também, dados para contato com os responsáveis. **Resultados:** A população foi constituída por 30 trabalhadores de enfermagem de ESF. Do total de participantes 27(90,0%) eram do sexo feminino e três (10,0%) do sexo masculino. Em relação à situação conjugal 22 (73,3%) eram casados ou em união estável. A maioria 22 (73,3%) possuía filhos. E apresentaram média de idade de 36,2 anos (DP 7,93). No que se refere às variáveis laborais, a amostra foi constituída por 16 (53,3%) enfermeiros e 14 (46,7%) técnicos de enfermagem. Apresentaram média de 12 anos (DP 7,93) de tempo de formação, e 3,8 anos (DP 5,85) de tempo de atuação no serviço. Dois trabalhadores (6,7%) afirmaram ter passado por algum acidente de trabalho no último ano e ter se afastado do trabalho no mesmo período. Quanto ao uso de equipamentos de proteção individual, 18 (60%) afirmaram sempre os utilizar. Já em relação à satisfação com o salário, 18 (60,0%) estão satisfeitos. Com relação aos fatores da ECHT, o custo afetivo apresentou média de 2,60 (DP 0,97), custo cognitivo média de 3,63 (DP 1,02) e custo físico com média de 2,81 (DP 0,98). Em relação à análise de consistência interna o instrumento apresentou valor de alfa de 0,96, já os fatores apresentaram valores de 0,92, 0,94 e 0,93, para custo afetivo, custo cognitivo e custo físico respectivamente, sendo todos adequados. Classifica-se assim o custo afetivo, cognitivo e físico como moderados, críticos, o que indica que estes favorecem moderadamente o adoecimento do trabalhador⁴. Dentre os itens do instrumento destacam-se com as maiores médias o item “*Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros*” no fator custo afetivo com média de 3,50; os itens “*Ser obrigada a lidar com imprevistos*” e “*Usar a memória*” no fator custo cognitivo com médias de 3,67; e o item “*Caminhar*” no fator custo físico com média de 3,50. **Conclusão:** O custo humano no trabalho foi percebido como importante fator para riscos de adoecimento uma vez que os custos afetivo, cognitivo e físico foram avaliados como críticos, o que supõe atividades no trabalho que podem favorecer o adoecimento destes trabalhadores. Sugere-se o desenvolvimento de outros estudos com foco nas estratégias utilizadas, com consequente redução do custo humano e riscos de adoecimento no trabalho.

DESCRITORES: Saúde do Trabalhador; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

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

Referências

- 1 - Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde, 2012.
- 2 - Costa RKS, Miranda FAN. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. Rev Rene. 2008, 9(2):120-128.
- 3 - 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):42-9.
- 4 - Mendes AM, Ferreira MC. Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisa. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2007.

28. DANOS A SAÚDE RELACIONADOS AO TRABALHO EM POLICIAIS MILITARES: RESULTADOS PRELIMINARES

DAMAGE TO HEALTH RELATED TO WORK AMONG MILITARY POLICE OFFICERS: PRELIMINARY FINDINGS

DAÑOS A LA SALUD RELACIONADOS CON EL TRABAJO DE LOS POLICÍAIS MILITARES: RESULTADOS PRELIMINARES

SILVA, Jonatan da Rosa Pereira da¹; PRESTES; Francine Cassol²; COELHO, Alexa Pupiara Flores³; VEDOOTTTO, Denise de Oliveira⁴ FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva⁵, SILVA, Rosângela Marion da⁶

Resumo:

Introdução: o trabalho exerce um papel construtivo na subjetividade humana, nesse sentido pode ter efeitos na saúde dos trabalhadores. **Objetivo:** avaliar os danos à saúde relacionados ao trabalho em policiais militares que atuam no policiamento ostensivo. **Método:** estudo transversal descritivo de abordagem quantitativa com 158 policiais militares. A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e maio de 2015, os critérios de inclusão foram: ser trabalhador ostensivo na corporação, há pelo menos um ano, e estar em pleno exercício de suas atividades. Foram excluídos os trabalhadores que estavam em licença, ou afastamento por qualquer natureza. Para a análise, utilizou-se a estatística descritiva. **Resultados:** Os danos físicos foram avaliados mais gravemente, seguidos dos danos psicológicos e sociais. **Conclusão:** Existem danos à saúde do trabalhador policial, que atua no policiamento ostensivo.

Descriptores: Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Riscos Ocupacionais; Polícia.

III Seminário Internacional

Abstract:

Introduction: Work plays a constructive role in the human subjectivity, and for this it can have effects on the workers' health. **Objective:** To evaluate damage to health related to work in military police officers who conduct street patrolling. **Method:** a transversal descriptive study and a quantitative approach with 158 police officers. The data collection was carried out in April and May of 2015, and the criteria for inclusion were to be a patrol officer in the police for, at least, 1 year, and to be effective at work. Officers who were on leave or out of work for any reason were excluded from this study. Analysis: descriptive statistics was used. **Findings:** the physical damage was the most serious, followed by the psychological and social damage. **Conclusion:** there is damage to the health of patrol police officers related to their work.

Descriptores: Nursing; Occupational Health; Occupational Risks; Police.

Resumen:

Introducción: el trabajo tiene una función constructiva en la subjetividad humana, en este sentido, puede tener efectos sobre la salud de los trabajadores. **Objetivo:** evaluar los daños a la salud relacionados con el trabajo de la policía militar que operan en el ámbito policial ostensible. **Método:** Estudio descriptivo transversal con un enfoque cuantitativo con 158 policías militares. La recolección de datos se llevó a cabo entre abril y mayo de 2015, los criterios de inclusión fueron: ser trabajador ostensible en la empresa durante al menos un año y estar en pleno ejercicio de sus actividades. Se excluyeron los trabajadores que estaban de permiso, o la eliminación de cualquier tipo. Para el análisis, se utilizó la estadística descriptiva. **Resultados:** El daño físico se evaluó con mayor seriedad, seguido por el daño psicológico y social. **Conclusión:** Hay peligros para la salud del trabajo policial, que opera en el ámbito policial ostensiva.

1 Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. jonatanprd@gmail.com

2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil.

3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil.

4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família do Município de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

5 Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família do Município de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

6 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil.

Descriptores: Enfermería; Salud Laboral; Riesgos Professional; Policía.

Introdução

O trabalho pode ser fonte de prazer ou sofrimento, pois requer a utilização das capacidades físicas, e psicossociais do homem, à medida que também articula sua subjetividade. Nesse sentido, jamais é neutro em relação à saúde do trabalhador⁽¹⁻²⁾.

Nesse contexto, a partir da década de 80, a interface entre a atividade laboral e a subjetividade do trabalhador, passou a ser considerada nas pesquisas sobre saúde do trabalhador. Nessa direção, no ano de 2012, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que menciona a complexidade que permeiam as relações entre trabalho e saúde⁽³⁾. Apesar disto, ainda existe pouca visibilidade no que concerne ao sofrimento oriundo do trabalho, e seus possíveis efeitos em relação a saúde dos trabalhadores.

Isso se aplica a segurança pública, a qual é pouco visibilizada, no que tange a saúde pública brasileira. E quando se pensa no policial militar enquanto sujeito trabalhador e sua saúde diante da crescente criminalidade, violência das ruas e das próprias condições de trabalho, tem-se uma lacuna no conhecimento⁽⁴⁾.

Estudo⁽⁵⁾ realizado no Rio de Janeiro constatou associação entre sofrimento psíquico no trabalho e problemas de saúde, sobretudo distúrbios digestivos e osteomusculares nos policiais estudados. Outra pesquisa⁽⁶⁾ realizada com policiais militares no Rio Grande do Sul, identificou baixa satisfação com a remuneração e com as perspectivas de crescimento profissional. Evidenciou ainda, que no que tange ao estresse ocupacional, os trabalhadores identificam pouca valorização por parte da organização do trabalho e favoritismo dentro da corporação.

A partir disto, entende-se que os policiais podem apresentar danos à saúde decorrentes do exercício laboral. Assim, emergiu a seguinte questão de pesquisa: Como são avaliados os danos à saúde relacionados ao trabalho em policiais militares que atuam no policiamento ostensivo?

Para este estudo, define-se como danos físicos, dores musculares, fadiga e distúrbios biológicos sobre o corpo. Os danos psicológicos correspondem a sentimentos negativos em relação a si, e a vida em geral. Os danos sociais compreendem as dificuldades em relações familiares e círculos sociais⁽⁷⁻⁸⁾.

A relevância deste estudo se justifica pela necessidade de que a enfermagem fortaleça sua atuação junto a contextos de vulnerabilidade como o dos trabalhadores policiais, mediante o reconhecimento do trabalho como um determinante no procedo de saúde-doença, reafirmando o compromisso do saber e do fazer do profissional de enfermagem, com a promoção de saúde da coletividade⁽¹⁶⁾.

III Seminário Internacional

A partir do exposto, este estudo objetiva avaliar os danos à saúde relacionados ao trabalho em policiais militares que atuam no policiamento ostensivo.

Método

Estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal descritivo, realizado na corporação da Brigada Militar de um município do sul do Brasil. A população elegível para o estudo era de 250 policiais que atuavam no policiamento ostensivo.

Como critérios de inclusão, definiram-se: ser trabalhador do policiamento ostensivo, há pelo menos um ano e estar em pleno exercício de suas atividades. Excluíram-se, os trabalhadores que estavam em licença, ou afastamento por qualquer natureza.

Para o cálculo amostral, considerou-se um nível de significância de 0,5% e poder estatístico de 95%. Dessa forma, o tamanho amostral representativo da população, era de 153 trabalhadores. A seleção da amostra foi não probabilística por conveniência.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e maio de 2015, a maior parte dos trabalhadores foi abordada para participar da pesquisa após reuniões de equipe do batalhão. Ao serem convidados para a participação na pesquisa, foram esclarecidos sobre seus objetivos e a voluntariedade. O consentimento de participação, foi expresso mediante a assinatura do termo livre e esclarecido, ficando uma via com o participante, e outra com o pesquisador.

Posteriormente, os policiais receberem um questionário de caracterização sociolaboral elaborado pelos pesquisadores composto por questões fechadas (idade, sexo, estado civil, tempo de atuação na polícia militar, afastamento de trabalho, satisfação com o emprego, intenção de mudar de setor, ou mudar de trabalho, e avaliação da saúde) e a escala de Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT).

A EADRT é uma das quatro escalas que compõem o ITRA (Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento) que avalia os danos à saúde provocados pelo trabalho. É uma escala autoaplicável do tipo *Likert* de sete pontos em que: 0= nenhuma vez, 1= uma vez, 2= duas vezes, 3= três vezes, 4= quatro vezes, 5= cinco vezes, e 6= seis vezes ou mais. Possui 29 itens, agrupado em três fatores: danos Físicos (12 itens), danos Psicológicos (10 itens) e danos Sociais (7 itens). Ressalta-se que o instrumento foi criado e validado no Brasil⁽⁵⁾.

Os dados foram duplamente digitados, e posteriormente analisados estatisticamente, com auxílio do Predictive Analytics Software, da SPSS INc., Chicago – USA), versão 15.0 for Windows.

As variáveis sociolaborais foram descritas por meio de média e desvio padrão, ou frequência relativa e absoluta. Para análise da EADRT, utilizou-se a descrição feita pelas autoras do instrumento, com base nas médias gerais, em que os danos à saúde foram avaliados como: suportável (avaliação mais positiva; abaixo de 1,99), crítico (avaliação moderada, entre 2,0 e 3,0),

grave (avaliação moderada para frequente; entre 3,1 e 4,0), e presença de doenças ocupacionais (avaliação mais negativa, acima de 4,1). A fidedignidade dos dados foi analisada por meio do alfa de Crombach.

A pesquisa foi autorizada pela corporação da Brigada Militar e recebeu parecer favorável do comitê de ética em pesquisa com certificado de apresentação para apreciação ética número 40606315.0.0000.5346. Foram respeitadas todas as recomendações e atendidas as exigências previstas na Resolução 466/12 sobre pesquisas com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Participaram do estudo 158 policiais militares do policiamento ostensivo, predominantemente do sexo masculino (77,2% n=122), com idade média de 35,3 anos ($\pm 8,1$), maior parte casados (84,8% n=134), com tempo médio de trabalho na polícia de 12,3 anos ($\pm 8,5$). A maior parte não tinha se afastado do trabalho no último ano (78,4 n=124), estava satisfeita com o emprego (82,3% n=130), avaliava sua saúde como “boa” (60,7% n=96) e não tinha intenção de mudar de setor (58% n=92).

No que tange a avaliação dos danos à saúde relacionados ao trabalho, identificou-se que os danos físicos foram avaliados como críticos, com maior média ($2,54 \pm 1,71$), seguido de danos psicológicos ($1,50 \pm 1,63$) e danos sociais ($1,10 \pm 1,68$), os quais foram avaliados como suportáveis. Todos os fatores da EADRT apresentaram consistência interna satisfatória, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Estatística descritiva, classificação e alfa de Crombach, dos fatores da Escala de Avaliação de Danos Relacionados ao trabalho (EADRT). Santa Maria/RS, Brasil, 2016. (N=158)

Fator	Média e desvio padrão	Classificação	Alfa de Crombach
Danos Físicos	2,54 ($\pm 1,71$)	Crítico	0,89
Danos Psicológicos	1,50 ($\pm 1,63$)	Suportável	0,90
Danos Sociais	1,10 ($\pm 1,68$)	Suportável	0,95

Quanto aos itens de cada fator, as maiores médias encontradas foram dores nas costas ($5 \pm 1,94$) para danos físicos; vontade de ficar sozinho ($2 \pm 2,39$) no fator danos psicológicos, e mau-humor ($2 \pm 1,91$) em relação aos danos sociais.

Discussão

Neste estudo, a amostra pesquisada foi predominantemente do sexo masculino, casados, satisfeita com o trabalho e sem afastamento do trabalho no último ano. Eses resultados, se aproximam de pesquisas realizadas no Brasil^(5,8-9), nos Estados Unidos⁽¹⁰⁾ e na Espanha⁽¹¹⁾. A boa avaliação quanto ao estado geral de saúde, também já foi encontrada em outra pesquisa⁽⁵⁾ com a categoria.

Quanto aos danos relacionados à saúde, os danos físicos foram considerados críticos. Esse resultado, remete a necessidade da criação de estratégias a curto e médio prazo que possam vir a melhorar a qualidade de vida e as condições de trabalho para estes trabalhadores⁽⁷⁾.

Neste fator, o item dores nas costas, foi avaliado como grave, dado que sugere uma situação que pode estar extrapolando as capacidades físicas dos trabalhadores e que em médio e longo prazo pode ter como consequências o adoecimento e/ou afastamentos do trabalho. Este resultado também foi encontrado, em pesquisas realizados com trabalhadores de enfermagem que atuavam em hemodiálise⁽¹²⁾ e clínica cirúrgica⁽⁷⁾.

Estudo retrospectivo realizado na Bahia⁽¹⁴⁾, que avaliou os afastamentos de trabalho da polícia militar do estado, concluiu que os danos físicos, sobretudo dorsalgias e transtornos articulares e dos discos cervicais, eram os maiores responsáveis pela incapacidade de trabalhar. As dores nas costas também foram um dos principais impactos do trabalho na saúde dos policiais no Rio de Janeiro⁽⁵⁾.

A avaliação de danos psicológicos foi suportável. Este achado diverge de estudo realizado na Espanha⁽¹¹⁾ que identificou resultados mais graves no que se refere a saúde psicológica de policiais, como o desenvolvimento do estado de alerta constante, dentro e fora da corporação. E diverge também de pesquisa realizada nos Estados Unidos⁽¹⁰⁾ que encontrou sintomas depressivos mais severos na amostra de trabalhadores militares pesquisados.

Nesse sentido, a avaliação mediana do item “vontade de ficar sozinho” nesse fator, sinaliza a possibilidade de danos psicológicos mais severos futuramente. Isto pode requerer intervenções por parte da organização do trabalho, para evitar ou minimizar possíveis efeitos negativos a saúde psicológica dos policiais no decorrer de sua atuação profissional.

Nesse contexto, estudo com policiais realizado na Grécia⁽¹³⁾ também encontrou resultados medianos para a saúde psicológica, sendo avaliada mais negativamente nas mulheres. Este resultado pode remeter a maior percepção de danos à saúde psicológica, por parte das participantes do sexo feminino.

Os danos sociais foram avaliados como suportáveis pelos participantes e o item mau-humor obteve a maior média. Este achado é semelhante a pesquisa⁽²⁾ realizada com policiais civis que responderam ao ITRA e que também obtiveram valores medianos para este fator.

Investigação sobre a síndrome de Burnout⁽¹⁵⁾ em policiais sinalizou possíveis dificuldades nas relações sociais. Conforme os autores, diante do contexto árduo de trabalho, processos patológicos poderiam ser desenvolvidos, eliminando a necessidade do outro nas relações interpessoais, combinado com sintomas de indiferença e insensibilidade.

Os limites dos resultados deste estudo estão relacionados ao delineamento transversal e seleção dos participantes. Nesse sentido, assume-se o possível efeito do “trabalhador sadio” ao ter excluído da amostra os policiais que estavam afastados das atividades laborais.

Considerações finais

A atividade laboral no policiamento ostensivo ocasiona danos à saúde dos policiais militares. Os danos físicos obtiveram avaliação crítica, o que sugere a possibilidade de adoecimento físico dos trabalhadores, bem como a necessidade de intervenções para a recuperação, promoção e manutenção de sua saúde.

Mesmo que avaliados como suportáveis, os danos psicossociais não podem ser descartados no que tange à criação de medidas de promoção, como espaços de escuta institucional, individuais e coletivos para os trabalhadores. Ressalta-se que os resultados deste estudo reafirmam a interface entre o trabalho e a dinâmica saúde e doença das pessoas, indicando demandas para a ação, pesquisa e assistência de enfermagem.

Por fim, destaca-se que está prevista a aplicação de outras técnicas estatísticas nos dados coletados, para posterior aprofundamento nas discussões sobre os danos à saúde dos policiais militares participantes deste estudo.

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

Referências

1. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 2014.
2. Anchieta VCC, Galinkin AL, Mendes AMB, Neiva ER. Trabalho e adoecimento: um estudo entre policiais civis. Psic.: Teor. e Pesq. 2011;27(2).
3. Ministério da Saúde (BR). [Internet]. Portaria n.º1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.
4. Souza EA. The health of professionals involved with public security. Ciência & Saúde Coletiva. 2013;18(3): 582-583.
5. Souza ER, Minayo MCS, Silva JG, Pires TO. Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012;28(7): 1227-1311.
6. Almeira DM. Satisfação no trabalho e estresse ocupacional na perspectiva dos policiais militares do Rio Grande do Sul [dissertação]. Santa Maria (RS): Programa de pós-graduação em administração;2015.

7. Silva RM, Zeitoune RCG, Beck CLC, De Martino MMF, Prestes FC. The effects of work on the health of nurses who work in clinical surgery departments at university hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2743.
8. Mendes AM. Psicodinamica do trabalho: teoria, metodo e pesquisas. Sao Paulo: Casa do Psicologo; 2007.
9. Constantino P, Ribeiro AP, Correia BSC. Percepção do risco entre policiais civis de diferentes territórios do estado do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*. 2013;18(3): 645-55.
10. Ma CC, Andrew ME, Fekedulegn D, Gu JK, Hartley TA, Charles LE, Violanti JM, Burchfiel CM. Shift work and occupational stress in police officers. *Safety and Health at Work*. 2015(6); 25-9.
11. Moreno LL, Albuerne YG, Valasco BT, García JM. Stress in Spanish police force depending on occupational rank, sex, age and work-shift. *Psicothema*. 2016;28(4); 389-93.
12. Prestes FC, Beck CLC, Magnago TSBS, Silva RM, Coelho APF. Health problems among nursing workers in a haemodialysis service . *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(1):e50759.
13. Alexopoulos EC, Palatsidi V, Tigani X, Darviri C. Exploring stress levels, job satisfaction, and quality on life in sample of police officers in Greece. *Safety and Health at Work*. 2014(5); 210-15.
14. Neto AT, Faleiro TB, Moreira FD, Jambeiro JS, Schultz RS. Lombalgia na atividade militar: análise da previdência, repercuções laborativas e custo indireto. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. 2013;37(2); 365-74.
15. Ascari RA, Dumke M, Dacol PM, Maus J Jr, Sá CA de, Lautert L. Prevalência de risco e síndrome de Burnout em policiais militares. *Cogitare Enferm*. 2016, Abr/Jun; 21(2); 01-10.
16. Coelho APF, Beck CLC, Fernanda MNS, Prestes FC, Silva RM. Work risk related to illness and defensive strategies of collectors women's waste recyclable. *Esc. Anna Nery*. 2016; 20(3) e20160075.



III Seminário Internacional

Inteindo Redes na Enfermagem e na Saúde

X Semana de Enfermagem

Universidade Federal de Santa Maria

29. DE QUE MORREM ADOLESCENTES E JOVENS EM PORTO ALEGRE/RS?

HOW DO TEENAGERS AND YOUNG PEOPLE DIE IN PORTO ALEGRE/RS?

DE QUE MUEREN ADOLESCENTES Y JOVENES EN PORTO ALEGRE/RS;

MARQUES, Mariana Ribeiro¹; BERLITZ, Betina²; OLIVEIRA, Mariane³ ; BARBIANI, Rosângela⁴.

O presente estudo é um recorte do Projeto de Dissertação de Mestrado intitulada “Indicadores de mortalidade por causas externas de adolescentes e jovens na cidade de Porto Alegre/RS” e é fruto de uma demanda institucional da Coordenação de Saúde de Adolescentes da Secretaria Municipal de Saúde. Nas últimas décadas, têm-se observado uma mudança na prevalência das causas de morbidade e mortalidade da população brasileira. Nesse cenário, as doenças degenerativas e infecciosas cedem lugar às condições crônicas e às causas externas, sendo a última a principal causa de morbimortalidade entre adolescentes e jovens no Brasil. Este estudo abarca como objetivo geral caracterizar a ocorrência de óbitos em adolescentes e jovens do município de Porto Alegre/RS, a fim de conferir visibilidade ao fenômeno e de propor ações à política de saúde para o seu enfrentamento. Para tanto, fundamentar-se-á em uma pesquisa de abordagem quali-quantitativa que tenciona reunir informações de bases de dados e de informantes-chave. Para a presente apresentação serão apresentados apenas os dados quantitativos. O recorte quantitativo foi delineado como um estudo descritivo longitudinal retrospectivo, efetuado a partir da caracterização dos óbitos por causas externas entre adolescentes e jovens com idade entre dez e vinte e quatro anos, no período que abrangeu os anos entre 2011 e 2015. Os dados foram coletados do Sistema de Informação sobre Mortalidade da Prefeitura Municipal de Porto Alegre/RS com os critérios de inclusão: Óbitos de adolescentes e jovens residentes na cidade de Porto Alegre/RS; idade entre 10 e 24 anos; causa básica do óbito identificada como causa externa; data do óbito entre 2011 e 2015. Critérios de exclusão: causa do óbito de tipo inconclusivo. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) sob o nº CAAE 54813816.8.0000.5344. No período analisado ocorreram 1.915 óbitos de adolescentes e jovens e destes 1407 (73,47%) foram por causas externas, sendo 1584 (82,72%) do sexo masculino e 331 (17,28%) do sexo feminino. Quanto a faixa etária das vítimas 186 (9,71%) tinha de 10 a 14 anos, 712 (37,18%) de 15 a 19 anos e 1017 (53,11%) de 20 a 24 anos. No quesito raça/cor da pele adolescentes e jovens de cor branca são a maioria das vítimas com 1214 (63,39%) casos, seguido da cor preta 364 (19,01%) e da cor parda com 298 (15,56%) das vítimas. Em relação ao nível de escolaridade, mais da metade (54,3%) das vítimas apresentam de nenhum a 7 anos de estudo e apenas 14,82% tinham 8 ou mais anos de estudo. O Homicídio lidera o ranking de óbitos com 1077 (76,55%) dos registros, com um crescimento importante no período avaliado e tendo o disparo de arma como o meio/instrumento utilizado em mais de 90% dos casos. Em seguida elencam-se os acidentes de transporte com 160 (11,37%), sendo quase metade 70 (43,75%) motociclistas, 40 (25%) ocupantes de automóvel, 27 (16,88%) pedestres e 7 (4,38%) ciclistas. E os suicídios com 69 (4,90%) registros, sendo que destes mais da metade (62,32%) foram enquadrados como enforcamento, estrangulamento e sufocação. Em relação ao local de ocorrência do óbito, mais da metade dos óbitos por homicídio ocorreram em via pública 651 (60,45%) seguidos dos ocorridos

¹ Enfermeira, Mestranda em Mestrado Profissional em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. E-mail: marianamarques_13@msn.com

² Acadêmica de Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

³ Acadêmica de Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

⁴ Assistente Social, Doutora em Educação, Técnico Científico da Secretaria Estadual da Saúde/RS – Seção de Saúde da Criança e do Adolescente.

em hospitais 230 (21,36%). Os acidentes de transporte seguem a mesma tendência sendo em via pública, 84 (52,50%) seguido dos ocorridos em hospitais 68 (42,50%). Já no caso dos suicídios 43 (62,32%) ocorreram no domicílio e 15 (21,74%) em outros locais. De acordo com Matos e Martins¹, adolescentes e jovens são as principais vítimas das causas externas fato esse que pode estar associado a exposição a situações de risco e impulsividade. No caso em estudo, a alta letalidade por homicídio ainda revela a exposição a ambientes e relações violentas, que podem estar associada, ainda, à criminalidade. A literatura sobre violências evidencia o envolvimento crescente de adolescentes e jovens como vítimas contínuas deste fenômeno e apesar dos esforços com a criação de estatutos, programas, diretrizes, leis e políticas públicas a escassa formação de redes de apoio ou o não funcionamento correto das mesmas dificultam a prevenção das violências^{2,3}. Outro fator determinante associado aos óbitos de adolescentes e jovens por causas externas é a baixa condição sócio econômica e baixos níveis de escolaridade². Alguns aspectos podem ajudar no entendimento quanto a predominância do sexo masculino entre as vítimas das causas externas de mortalidade. Um fator cultural que expõe os homens é a maior liberdade que lhes é dada em comparação a uma restrição ainda predominante em relação ao comportamento para com as adolescentes. O alto número de óbitos de adolescentes e jovens de cor de pele branca pode ser explicado pelos números do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no qual apontou que 79,23% dos residentes de Porto Alegre/RS declararam-se brancos⁴. A etnia em si não é um fator de risco para as causas externas de mortalidade, mas a raça/cor da pele é associada a desigualdades sociais o que por sua vez os torna vulneráveis a mortes accidentais e violentas². Uma pesquisa realizada por Moreira et al.³, mostrou que o baixo nível de escolaridade, menor que 8 anos de estudo, é um fator de risco à exposição à violência entre adolescentes e jovens, assertiva essa respaldada pela literatura. Assim como encontrado em outros estudos, mais uma vez o preenchimento incorreto da declaração de óbito resultou em 467 (30,89%) sem o preenchimento da escolaridade. Pode-se observar que no período analisado os casos de homicídio assumiram um crescimento importante, exceto no ano de 2013, assim como nos casos dos acidentes de transporte, a exemplo da realidade brasileira, onde o número de óbitos aumentou na população geral e ainda mais entre adolescentes e jovens. A juventude é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como um grupo populacional vulnerável ao suicídio⁵. A violência auto-infligida não apresenta taxas tão altas quando comparada ao homicídio e acidentes de trânsito, mas gera preocupações pelo aumento principalmente na população jovem. Há de se considerar, ainda, os tabus que envolvem a notificação desse tipo de óbito. Em relação ao local de óbito, mais da metade dos acidentes de transporte e dos homicídios ocorreu em via pública, o que suscita a hipótese da alta gravidade das lesões que necessitam de um atendimento de urgência ou mesmo de emergência e o serviço pré-hospitalar pode não ter chegado em tempo. Com esse estudo foram identificados como fatores associados à exposição à violência: tempo de estudo menor que oito anos; sexo masculino e faixa etária de 15 a 24 anos. Como um grande problema de saúde pública, os óbitos por causas externas são um conjunto de eventos que necessitam de atenção do poder público pois são evitáveis mediante ações de promoção, prevenção e educação em saúde. O presente trabalho está inserido no eixo temático de processos de cuidado em saúde e enfermagem.

DESCRITORES: Adolescentes; Homicídio; Suicídio; Acidentes de trânsito.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Matos KF, Martins, CBG. Mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens: uma revisão bibliográfica. Espaç.saúde(online). [internet]. Dez/2013 [acesso em 01 dezembro 2015]; 14(1 e 2):82-93. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparaSaude/article/view/10480/pdf_7
2. Martins, CBG. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. Rev. bras. enferm. [internet]. Jul/ago 2013. [acesso em 6 fevereiro 2017]; 66(4):578-84.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a17.pdf>

3. Moreira, DP, Vieira LSES, Pordeus AMJ, Lira SVG, Luna GLM, Silva JG, et al. Exposição à violência entre adolescentes de uma comunidade de baixa renda no Nordeste do Brasil. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2013 [acesso em 25 março 2015]; 18(5):1273-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000500012&script=sci_abstract&tlang=pt

4. Instituto brasileiro de geografia e estatística [homepage na internet]. Censo demográfico 2010 [acesso em 19 julho 2015]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=431490&search=%7Cporto-alegre>

5. Cantão L, Botti NCL. Suicídio na população de 10 a 19 anos em Minas Gerais (1997-2011). Rev. enferm. centr.-oeste min. [internet]. set/dez 2014 [acesso em 10 abril 2016]; 3(4):1262-67. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/761/763>



30. DEPRESSÃO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM: REGIME DE TURNOS EM UM HOSPITAL DO SUL DO PAÍS

DEPRESSION IN THE NURSING TEAM: TURNOVER REGIME IN A HOSPITAL OF THE SOUTH OF THE COUNTRY

DEPRESIÓN EN EQUIPO DE ENFERMERÍA: SISTEMA DE CAMBIO EN UN CAMPO DE HOSPITAL DEL SUR

ANASTÁCIO, Fernanda S.¹; PEDROSA, Géssica A.²; SANTIN, Jaíne³; BUFFON, Marina⁴

Introdução: A depressão é considerada um problema de saúde pública que afeta não somente a vida pessoal do trabalhador, como também seu desempenho no ambiente laboral. Além disso, é definida como um transtorno mental comum, com características como tristeza, perda de interesse ou prazer nas atividades, baixa autoestima, sentimentos de culpa, distúrbios relacionados ao sono e/ou apetite, dificuldade na concentração e cansaço inexplicado⁽¹⁾. O trabalho em turnos é um regime de revezamento entre grupos de trabalho visando manter a prestação de serviços nas 24 horas do dia, sendo que, extrapolando os horários comerciais de serviço (segunda à sexta-feira, das 08:00 às 17:00)⁽²⁾. A organização dos horários de trabalho conforme a necessidade do serviço, apesar de previamente estabelecida, pode influenciar o processo de adaptação do trabalhador. O profissional de enfermagem está em contato direto com outros indivíduos, sejam estes pacientes e/ou colegas de trabalho, desta maneira o bem-estar físico e psicológico do profissional é de extrema importância para o melhor desempenho de suas funções, também é necessário que o mesmo consiga lidar com as adversidades do ambiente laboral sem que isso afete sua vida pessoal.

Objetivos: Verificar a prevalência de depressão em profissionais de enfermagem que trabalham em regime de turnos. **Metodologia:** A realização deste trabalho foi feita por meio de consulta na base de dados coletados para a terceira etapa do estudo longitudinal intitulado “Impacto da discordância entre turno de trabalho e cronotipo na saúde dos profissionais que trabalham em regime de turnos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre”, aprovado sob o registro de nº05165 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Este estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre das Unidades de Internação Clínica Adulto da ala sul (4°S, 5°S e 6°S) e ala norte (5°N, 6°N e 7°N), unidades estas que apresentam condições equivalentes de trabalho, infraestrutura e iluminação. A coleta foi realizada entre os meses de Setembro de 2014 e Janeiro de 2015. A população do estudo incluiu todos 109 profissionais sendo 38 enfermeiros e 71 auxiliares/técnicos de enfermagem que estavam ativos, no período da coleta, na instituição. Para avaliação da presença/ausência de sintomas de depressão foi utilizada a Escala Hamilton. Esta escala é composta por 21 itens que podem ser pontuados em uma escala Likert, que é usada para medir o nível de concordância do indivíduo com o item em questão, variando entre 0 a 2 ou 0 a 4, dependendo da intensidade do sintoma em que o item está relacionado. A pontuação máxima pode ser de até 52 pontos, para que haja a constatação da presença de depressão no sujeito o escore deve apresentar a soma mínima de 8 pontos⁽³⁾. **Resultados:** Dos 109 profissionais de enfermagem que participaram do estudo, 27 participantes realizavam suas atividades laborais durante o dia e 82 participantes no turno da noite; quanto ao sexo, foram entrevistados 12 homens, sendo que 3 (11,1%) trabalhavam durante o dia e 9 (11%) à noite, e 97 mulheres, sendo que 24 (88,9%) trabalhavam durante o dia e 73 (89%) à noite. A média de idade dos participantes do estudo foi de 45 anos durante o dia e 48 anos no turno da noite. Nas divisões estabelecidas conforme categoria socioeconômica, segundo a classificação de Abipeme, foram considerados itens como o grau de

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Email: nanda.seide113@gmail.com

² Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

³ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

⁴ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

escolaridade do sujeito e objetos de posse do mesmo, dentre os participantes do estudo, 25 deles encontram-se no nível socioeconômico (NSE) “A”, 75 encontram-se no NSE “B” e 9 encontram-se no NSE “C”. Observando-se a categoria profissional, os auxiliares/técnicos de enfermagem totalizaram 71 entrevistados e os Enfermeiros totalizaram 38. Visto que, dos 109 profissionais de enfermagem que participaram do estudo, 20 deles apresentaram sintomas depressivos, sendo 7 (35%) do turno diurno e 13 (65%) do turno da noite; 89 participantes ao serem entrevistados não apresentaram sintomas de depressão, sendo 20 (22,5%) do turno diurno e 69 (77,5%) do turno da noite. Verificou-se que 20 (18,34%) dos profissionais de enfermagem entrevistados apresentaram sintomas depressivos, independente do turno de trabalho. Em ambos os turnos de trabalho analisados a predominância era do sexo feminino e, como dito anteriormente, acredita-se que haja maior prevalência de transtorno depressivo em mulheres devido a questões hormonais e outros fatores estressantes gerados pelo papel da mulher na sociedade⁽⁴⁾. Os entrevistados da amostra exemplificam a idade média das equipes de enfermagem na sociedade em geral, assim os profissionais destas equipes estão na faixa etária propícia para manifestar tais sintomas e desenvolver cada vez mais o transtorno depressivo. **Conclusões:** Constatou-se que a prevalência de sintomas depressivos nos profissionais de enfermagem da amostra é de 18,34%, o que explícita a crescente presença de transtornos dentro da equipe de enfermagem, sejam estes mentais e/ou físicos. O estudo observou que os profissionais de enfermagem entrevistados apresentaram uma prevalência maior de sintomas depressivos do que a população em geral, corroborando positivamente com o questionamento inicial. Cabe ao enfermeiro, como coordenador da equipe, buscar alternativas para lidar com tais exigências, como auxílio psicológico para sua equipe, rodas de conversa sobre situações estressoras que possam afetar o desempenho da equipe, dinâmicas de grupo para fortalecer o respeito e a união dentro do ambiente de trabalho, entre outros tipos de atividades que auxiliem o profissional que está sob forte pressão a manter-se saudável e desempenhando seu papel da melhor maneira possível, assim como também ajudaria este indivíduo a lidar com suas fragilidades pessoais, sem que estas influenciassem nas suas atividades laborais. Portanto, é importante que todos os membros da equipe de enfermagem tenham seu espaço de fala e sejam ouvidos, para que os problemas provenientes do ambiente de trabalho possam ser resolvidos da melhor maneira possível e não afetem o indivíduo de maneira que este passe por qualquer tipo de sofrimento, inclusive sofra de sintomas depressivos e não receba qualquer atendimento que o auxilie a restabelecer sua sanidade mental. A principal contribuição deste estudo é a constatação de que a saúde mental do profissional de enfermagem está cada vez mais em risco, o que possibilita uma maior visibilidade deste sujeito, que por vezes não tem espaço para expressar seus sentimentos dentro da equipe.

DESCRITORES: Depressão; Enfermagem; Saúde do Trabalhador;

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

Referências

1. Organização Mundial da Saúde, 2016.
2. BURCH, J.B. Shiftwork impacts and adaptation among health care workers. *Occupational Medicine*. 2009; v.59, p. 159–166.
3. FREIRE, MA. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2014; 63(4):281-9.
4. SADOCK, BJ. SADOCK Virginia A. *Manual Conciso de Psiquiatria Clínica*. 2^oed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

31. DESAFIOS, AVANÇOS E PERSPECTIVAS DE CUIDADO ÀS FAMÍLIAS SAUDÁVEIS NO SUL DO BRASIL

CHALLENGES, ADVANCES AND PROSPECTS OF CARE FOR HEALTHY FAMILIES IN THE SOUTH OF BRAZIL

DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS DE CUIDADO FAMILIAS SALUDABLES EN EL SUR DE BRASIL

HECK, Rita Maria¹; MAICÁ, Cristina Rossano Soares²

Introdução: A enfermagem e o sistema oficial de saúde do Brasil têm vivido dias turbulentos diante de fatos que quebram a estabilidade da democracia e desrespeitam a constituição enquanto conquista de direitos sociais. A cada dia emerge uma avalanche de retrocessos e mudanças em relação ao cuidado, à estabilidade e à saúde dos trabalhadores. Os gestores do Estado têm em suas mãos a missão de oferecer condições mínimas de vida para todos, de servirem sendo proativos diante da crise econômica mundial, dando suporte moderador aos que trabalham sem que haja exploração e descontentamento. Nesse contexto, faz-se necessário reafirmar que ser saudável não é uma construção individual, como uma meta estabelecida, atingida quando monitorada clinicamente. Passa por um processo coletivo, de respeito às diferenças étnicas e sociais e de um Estado que formule políticas públicas equitativas. Desta forma, comprehende-se que a rede de cuidado em saúde envolve um conjunto de instituições e serviços em complexidades diferentes, nas quais é indispensável o cuidado familiar. O qual tem requerido do enfermeiro uma nova postura, de relativização em relação à visão unilateral biológica. Contudo, o desafio está em compreender esses processos de cuidado junto aos diferentes grupos sociais, na perspectiva de negociar e agregar novos saberes e práticas, de construção conjunta dos cuidados em saúde. É plausível explanar que os arranjos de cuidado tomam dimensões que incluem a vivência do ser humano na atenção em saúde. Suas experiências podem ter outro espaço se realmente nos determos a ouvir e escutar as verbalizações, compreender a lógica do sofrimento e as práticas potenciais de cuidado significativas na visão de mundo daquele contexto. Percebe-se que esta perspectiva por poucas vezes é considerada pelo profissional de saúde oficial o que converge para um nó formativo, discutido ainda de forma incipiente nos currículos que preparam os profissionais de saúde do sistema de cuidado profissional. A enfermagem atenta ao cuidado familiar tem estudado os diversos cenários das famílias que aparecem como importantes atores sociais aliadas na recuperação de situações de sofrimentos físicos e mentais.⁽¹⁾ **Objetivo:** compreender as expectativas apresentadas como desafios ao cuidado familiar no campo da saúde rural. **Metodologia:** O presente estudo utilizou a abordagem quantitativa e qualitativa e visou o resgate do uso das plantas medicinais e a autoatenção do cuidado em saúde em 25 municípios do bioma pampa sendo realizado em parceria com pesquisadores da Embrapa Clima Temperado e contou com o financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Desenvolvido de março de 2013 a dezembro de 2016. Nesse percurso de objetivar, experienciar e significar o cuidado familiar efetuado pelos sujeitos, frente à realidade na qual vivem, sentiu-se falta de instrumentos de suporte. Isto impulsionou a elaboração de um protótipo que reúne elementos do mapa das redes sociais significativas⁽²⁾ e do ecomapa.⁽³⁾ Estes instrumentos, integrados, foram relacionados a

¹Enfermeira. Doutora. Professora da Universidade Federal de Pelotas. E-mail: rmheckpillon@yahoo.com.br

²Enfermeira. Mestranda o Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

autoatenção,⁽⁴⁾ possibilitando delinear um conjunto de ações que objetivavam o cuidado, detalhando a cultura viva, do qual é indispensável o núcleo família no espaço rural. O protótipo foi testado no projeto Autoatenção no Bioma Pampa.⁽⁵⁾ Intensificou-se as cores no círculo, próximo ao centro a cor de tonalidade mais intensa, diminuindo a tonalidade quanto mais distante do centro do círculo com intuito de acentuar que a família sobrepõe cuidados, podendo mobilizar várias pessoas e diferentes ações. A intenção de objetivar esta ferramenta se justifica por acreditar-se no potencial do Enfermeiro, que integra o sistema oficial de cuidado, e assim pode otimizar possibilidades de vínculos com as famílias, ampliando as negociações entre os sistemas de cuidado, gerando perspectivas para reverter em qualidade de vida contextos de famílias urbanas e rurais. Nesta pesquisa foram respeitados todos os preceitos éticos e legais da pesquisa em enfermagem, bem como a Resolução 466/2012 de competência do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que emana diretrizes sobre pesquisa com seres humanos. Os participantes do estudo assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido e o projeto recebeu parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Pelotas, Ofício 076/2012.

Resultados: A família organiza prioridades dentro da sua práxis que tem uma lógica, esta é construída com a experiência e os recursos ambientais que lhe são disponibilizados. Na investigação que procedida nos 25 municípios do bioma pampa, a ação mais significativa de cuidado relatada que oscilou entre a primeira e terceira tonalidade de cor, da mais intensa para a cor mais clara, no círculo, foi: repouso alimentar, diálogo entre marido/esposa e uso de planta medicinal. Observou-se que estas ações acontecem sem alterar a rotina, sendo que o cuidado subsequente de repouso físico já mobiliza para algo mais grave, interferindo no trabalho, os levava para ampliação do diálogo entre a família (filhos próximos/irmãos), vizinhos e filhos que residem na zona urbana. Se a ação de cuidado não reverte o desconforto, seguem mobilizados ao encontro de outras ações ao seu alcance como: ir consultar no posto de saúde e ou procurar o benzedor ou a pessoa mais velha da família que tenha conhecimentos acumulados no uso de plantas medicinais. Constatou-se que, em uma residência a informante apresentou diversas tinturas com plantas medicinais, guardadas na geladeira. Os frascos etiquetados com o nome popular da planta indicavam também sintomas que acometiam aquela família, denominando-a como uma farmácia caseira. Ainda a informante explicou que seu uso era imprevisível, no dia-a-dia necessitavam das plantas, que algumas desapareciam dependendo da estação do ano, a exemplo da tansagem (*Plantago major*), maçanilha (*Matricaria chamomilla*). Sendo assim, esta mesma informante verbalizou seu interesse em apreender sobre o preparo de tinturas, catalogou as plantas que tinha conhecimento a partir do uso de infusão e criou espaço na geladeira para acomodar as tinturas, práticas, a mão no cotidiano. O estranhamento foi em relação à estratégia utilizada de uso das plantas que estavam disponíveis no pátio, mas de fato ingeriam as tinturas, pois sua crença estava no efeito pragmático, no benefício de alívio que acionavam entre as diversas atividades de trabalho. **Conclusão:** A utilização da ferramenta metodológica permitiu compreender a dinâmica e as especificidades do sistema de cuidado das famílias que vivem no Sul do Rio Grande do Sul, como também, otimizou possibilidades de vínculos com as famílias, ampliando as negociações entre os sistemas de cuidado, gerando perspectivas para reverter em qualidade de vida contextos de famílias urbanas e rurais. A perspectiva que foi apontada traz como propósito lançar perspectivas, indicar ações de cuidado, aproximar e vincular as famílias apoiando iniciativas de cuidado que potencializem a vida. Certamente há elementos nessa ferramenta metodológica que indicam outra perspectiva. Nessa compreensão, está longe a possibilidade deste controle assimilado na formação profissional e, se acentua necessidade de discussão sobre o cuidado e a tolerância entre as diferenças, tema

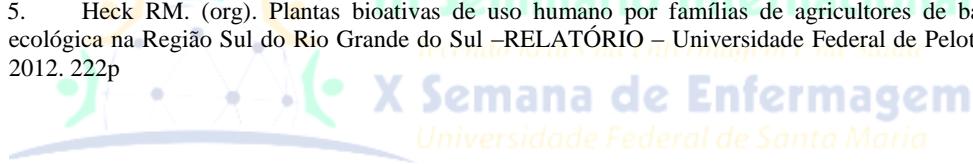
extremamente importante na atualidade, pois permite repensar o que é viver e buscar compreender as diversas possibilidades do viver. Nessa perspectiva, consideramos que os avanços apresentados contribuirão no desafio de cuidar famílias saudáveis. Ressalta-se que, diante de uma perspectiva saudável, o profissional de saúde tem um papel de destaque, em especial o Enfermeiro, na função de incluir nas suas práticas de cuidados as terapias complementares, dentre estas principalmente as plantas medicinais e, mais recentemente, operacionalizar a Política Nacional de Saúde Integral das populações do campo e da floresta. Ambas as políticas públicas indutoras de inclusão social que fortalecem ações que visam contemplar as práticas de cuidado das famílias rurais.

DESCRITORES: Enfermagem; Cuidado; Família.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Elsen, I. (org). Enfermagem com Famílias: modo de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros. Florianópolis: Editora Papa Livros, 2016.
2. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. (C. Berliner, Trad.) São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
3. Wright LM. Leahey, M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção em família. 5º.ed.: Roca; 2012.
4. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciênc. saúde coletiva. 2003, v. 8(1): 185-07.
5. Heck RM. (org). Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na Região Sul do Rio Grande do Sul –RELATÓRIO – Universidade Federal de Pelotas, 2012. 222p



32. DESCRIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA FEBRE AMARELA NO BRASIL: ALERTA SOBRE A EXPANSÃO DA DOENÇA

EPIDEMIOLOGICAL DESCRIPTION OF YELLOW FEVER IN BRAZIL: ALERT ON THE SPANSION OF THE DISEASE

DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA FIEBRE AMARILLA EN BRASIL: ALERTA SOBRE LA PROPAGACIÓN DE LA ENFERMEDAD

VIEIRA, Yohana¹; PETRY, Letícia²; DE MARCO, Vera³; MELLER, Tiago⁴; SANTOS, Luana dos Santos⁵; SODER, Rafael Marcelo⁶.

Resumo

A febre amarela é enfermidade viral pertencente a um grupo ecológico transmitido por artrópodes, denominado de arbovíroses. Sua ocorrência representa um importante problema de saúde pública em todo mundo, sendo reconhecida por apresentar alta letalidade e morbidade em regiões tropicais da África e América do Sul. O objetivo desse estudo é descrever a situação epidemiológica atual da febre amarela no Brasil e alertar sobre a possível disseminação da doença no país. Os dados epidemiológicos da febre amarela neste último ano, mostram um aumento significativo de casos, principalmente na região sudeste do Brasil. Em relação a letalidade, observou-se uma taxa elevada. Conclui-se a importância na vigilância epidemiológica na prevenção e controle dessa enfermidade, capacitando equipes, para assim consecutivamente disseminar informações para a comunidade.

Descriptores: Enfermagem; Febre amarela, Vigilância epidemiológica;

Abstract

Yellow fever is a viral disease belonging to an ecological group transmitted by arthropods, called arboviruses. Its occurrence represents an important public health problem worldwide, being recognized for presenting high lethality and morbidity in tropical regions of Africa and South America. The objective of this study is to describe the current epidemiological situation of yellow fever in Brazil and to alert about the Possible spread of the disease in the country. Epidemiological data on yellow fever in the last year show a significant increase in cases, mainly in the southeastern region of Brazil. Regarding lethality, a high rate was observed. The importance of epidemiological surveillance in the prevention and control of this disease is complemented, enabling teams to disseminate information to the community.

Descriptors: Nursing; Yellow fever; Epidemiological surveillance.

Resumen

La fiebre amarilla es una enfermedad viral que pertenece a un grupo ecológico transmitida por artrópodos, llamado arbovirus. Su aparición es un problema importante de salud pública en todo el mundo, siendo reconocido por su alta mortalidad y morbilidad en las regiones tropicales de África y América del Sur. El objetivo de este estudio es describir la actual situación epidemiológica de la fiebre amarilla en Brasil y advertir de la posible propagación de la enfermedad en el país. Los datos epidemiológicos de la fiebre amarilla en el último año, muestran un aumento significativo de casos, sobre todo en el sureste de Brasil. Con respecto a la mortalidad, hubo una tasa alta. La conclusión es la importancia de la vigilancia epidemiológica en la prevención y control de esta enfermedad, potenciando equipos, por lo que la información de forma consecutiva difundir a la comunidad.

Descriptores: Enfermería; Fiebre amarilla; Vigilancia epidemiologica.

¹Acadêmica. Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria campus Palmeira das Missões. yohana_vieira@hotmail.com

² Acadêmica. Enfermagem. Bolsista PET Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões.

³ Acadêmica. Enfermagem. Bolsista PET Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões.

⁴ Acadêmico. Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria campus Palmeira das Missões.

⁵ Acadêmica. Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria campus Palmeira das Missões.

⁶ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente. Universidade Federal de Santa Maria campus Palmeira das Missões.

Introdução

A febre amarela (FA) é uma enfermidade viral pertencente a um grupo ecológico transmitido por artrópodes, denominado de arbovíroses. O vírus da FA pertence ao gênero *Flavivirus*, da família *Flaviviridae*¹. Sua ocorrência representa um importante problema de saúde pública em todo mundo, sendo reconhecida por apresentar alta letalidade e morbidade em regiões tropicais da África e América do Sul².

No ciclo silvestre da enfermidade, os principais hospedeiros vertebrados do vírus amarílico são os macacos dos gêneros *Cebus*, *Alouatta*, *Ateles* e *Callithrix*. Os hospedeiros invertebrados pertencem ao gênero *Haemagogus* e *Sabathes*³.

Devido suas características biológicas a FA silvestre não é passível de erradicação. As coberturas vacinais são intervenções que visam o controle desta doença⁴. No ciclo urbano da enfermidade, o hospedeiro vertebrado é o homem, e o vetor principal é *Aedes aegypti*. O ciclo é resumido por meio da transmissão homem-mosquito-homem^{3,5}. De modo nas condições atuais, o Brasil tem na vacinação o único método de prevenção eficaz, erradicando apenas a FA urbana e controlando a FA silvestre.

A vacina passou a ser produzida no Rio de Janeiro em 1937, quando teve seu uso empregado em um surto que ocorria em Minas Gerais. Após esse episódio, a vacinação foi utilizada em outros estados do país, obtendo certo êxito. Apenas em 1994, a vacina da FA foi introduzida no calendário básico de vacinação brasileiro³. Ainda assim, é passado momento que medidas de preservação ambiental respaldadas por uma legislação rigorosa aliadas a conscientização da população, sobre o impacto de suas ações ao meio ambiente, passem a ser uma busca constante.

Não há notificação da FA urbana no Brasil desde o ano de 1942, transmitidos pelo *A. aegypti*⁶. Em 2003, a maior parte do território nacional era considerado área endêmica, mais precisamente os estados da região norte além de Mato Grosso, Goiás, Distrito Federal, e regiões do Maranhão e Mato Grosso do Sul. As áreas de transição abrangiam a região sul do Maranhão, região leste de Tocantins, região leste de Mato Grosso do Sul, oeste do Paraná e Santa Catarina e noroeste do Rio Grande do Sul. As áreas consideradas indenes compreendiam o estado do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Leste do Rio de Janeiro, Sul do Espírito Santo, Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará e norte do Piauí. Consideravam-se áreas de risco potencial o Norte do Rio de Janeiro e do Espírito Santo⁷.

A arbovirose acomete preferencialmente indivíduos entre 15 a 40 anos de idade. E é classificada como uma doença de notificação imediata⁸. Os homens são acometidos mais frequentemente em relação as mulheres. Essa distribuição justifica-se pela exposição ocupacional, na qual geralmente homens estão mais expostos⁹.

Na face desse quadro, o presente estudo buscou responder a seguinte questão de pesquisa: Qual a situação epidemiológica atual do percurso da FA no Brasil? Para responder a esse questionamento traçou-se como objetivo central descrever a situação epidemiológica atual da FA no Brasil e alertar sobre a possível disseminação da doença no país.

Metodologia

A escolha do desenho metodológico pertinente à proposta de estudo se faz indispensável em qualquer modelo de investigação, pois, através de métodos, pode-se chegar à resposta do problema de pesquisa, proporcionando maior desenvolvimento teórico-científico.

Buscando conhecer as relações da epidemiologia da febre amarela no Brasil, bem como alcançar os objetivos propostos, determinou-se pela escolha do método epidemiológico descritivo.

A base de informações para a coleta de dados foi composta por dados secundários do Sistema de informação de agravos de notificação e portal da saúde provenientes do Ministério da Saúde para o ano de 2016 e 2017.

A coleta de dados aconteceu por meio do Sistema de informação de agravos de notificação, Portal de saúde (DATASUS) e Instituto Nacional de Meteorologia, com base em dados secundários de domínio público; no período de fevereiro a abril de 2017, sendo assim, eximindo o estudo de ser apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

A análise dos dados foi realizada seguindo um processo, elaborado em etapas distintas, permitindo a determinação das exposições que estão efetivamente relacionadas aos indicadores estudados, com o auxílio do Software Microsoft Excel na estruturação das tabelas para posterior análise descritiva de cada um dos indicadores em estudo, avaliando suas principais características, favorecendo a avaliação da concisão e da consistência dos dados coletados.

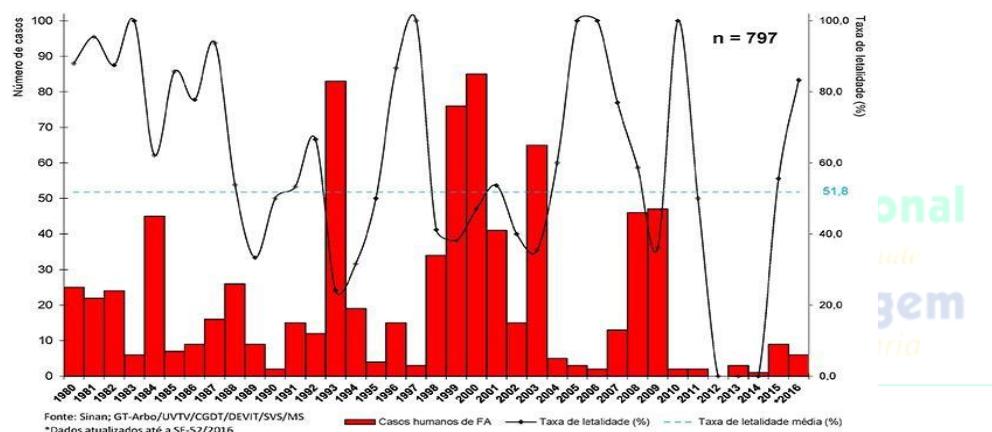
Resultados e discussão

Dentre as doenças de notificação compulsória, a FA foi a primeira doença a ser de notificação obrigatória no Brasil¹⁰. Atualmente, a doença ainda é caracterizada como uma doença de notificação compulsória imediata, onde deve ser notificado imediatamente a autoridade sanitária local, estadual ou nacional, após a confirmação da doença, as autoridades nacionais notificam posteriormente as autoridades internacionais¹¹.

No Brasil, nos últimos 26 anos, a doença tem sido confirmada. Observa-se uma variação do surto, em relação aos locais e também a época de alternância de ocorrência da doença. Todos os casos decorreram da transmissão silvestre, pelo *Haemagogous janthinomys*¹¹.

O histórico epidemiológico e a taxa de letalidade da FA no Brasil nos últimos 26 anos apontam uma mortalidade média de 51,2%. A taxa de letalidade é historicamente elevada em períodos de menor número de casos, mostrando uma relação inversamente proporcional entre as duas variáveis (Figura 1). Essa constatação pode ser explicada pelas ações de vigilância em saúde, em especial da vigilância epidemiológica, eficazes e efetivas, em períodos que exigiram maior atenção das mesmas. É importante ressaltar a agilidade nas investigações e detecções dos casos suspeitos, e/ou possíveis casos, bem como no tratamento, controle e acompanhamento dos eventos epidemiológicos.

Figura 1: Casos humanos, taxa de letalidade e taxa de letalidade média de FA no Brasil.



A descontinuidade das atividades da vigilância epidemiológica explica os picos de mortalidade, quando a enfermidade ocorre em número reduzidos de casos. Tal descontinuidade é consequência da redução na destinação de recursos públicos frente ao aparente controle da situação epidemiológica, ausência de atualização profissional dos agentes de saúde envolvidos e carência de medidas de educação em saúde voltadas à população. A FA tem uma letalidade em torno de 5 a 10%⁴.

Tabela 1: Casos notificados, confirmados e óbitos causados por FA até 06 de abril de 2017.

Estados	Casos notificados	Casos confirmados	Óbitos confirmados
Pará	14 (1,17%)	4 (0,66%)	0
Goiás	31 (2,59%)	0	0
Distrito Federal	15 (1,25%)	0	0
Espírito Santo	219 (18,35%)	146 (24,17%)	43 (21,71%)
Minas Gerais	828 (69,40%)	438 (72,53%)	148 (74,74%)

Rio de Janeiro	20 (1,67%)	11 (1,82%)	3 (1,51%)
São Paulo	44 (3,68%)	5 (0,82%)	4 (2,02%)
Rio Grande do Sul	22 (1,84%)	0	0
Total	1193	604	198

Fonte: Portal da Saúde, 2017.

No que diz respeito a situação da FA no Brasil, no período compreendido entre dezembro de 2016 a abril de 2017, 828 (78,55%) casos foram notificados em Minas Gerais, destes, 438 (52,89%) foram confirmados. Os demais casos notificados no mesmo período ocorreram principalmente no estado do Espírito Santo com 219 casos (18,35%) notificados sendo 146 (66,66%) confirmados; seguido do Rio de Janeiro, de 20 (1,67%) casos notificados e, 11 (55%) confirmados. Ainda merece destaque o estado de São Paulo com 44 (3,68%) casos notificados, sendo 5 (11,36%) confirmados. No Rio Grande do Sul foram notificados 22 casos, porém nenhum foi confirmado. Em relação a taxa de letalidade, entre os 146 casos confirmados no Espírito Santo, 43 (29,45%) foram a óbito. Em Minas Gerais o número de óbitos foi de 148 (33,78%). No Rio de Janeiro apesar de poucos casos confirmados em relação aos outros estados da região Sudeste, o número de óbitos foi 3 (27,27%). Em São Paulo, o número foi de 4 óbitos (80%), sendo a letalidade considerada alta. De acordo com a literatura, a taxa de letalidade pode chegar até 50% em casos graves.

Tabela 2: Casos notificados, confirmados e óbitos causados por FA de julho de 2014 a dezembro de 2016.

Estados	Casos notificados	Casos confirmados	Óbitos confirmados
Pará	93 (17,61%)	2 (14,28%)	0
Goiás	132 (25%)	9 (64,28%)	0
Mato Grosso do Sul	8 (1,51%)	1 (7,14%)	0
Distrito Federal	49 (9,28%)	0	0
Espírito Santo	4 (0,75%)	0	0
Minas Gerais	38 (7,19%)	0	0
Rio de Janeiro	14 (2,65%)	0	0
São Paulo	164 (31,06%)	2 (14,28%)	0
Rio Grande do Sul	26 (4,92%)	0	0
Total	528	14	0

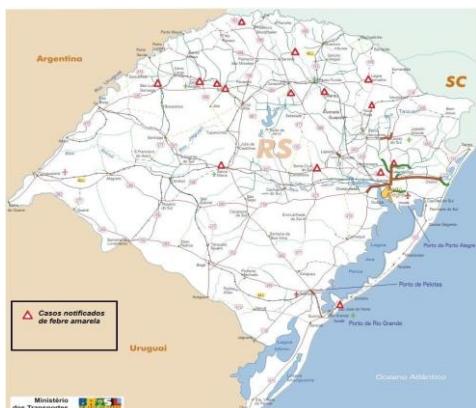
Fonte: Portal da Saúde, 2016.

Estes dados da FA de 2017 em relação aos anos procedentes (2014-2016), mostram um aumento significativo de casos da enfermidade na região sudeste do Brasil, nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e principalmente Minas Gerais e Espírito Santo. Esse aumento significativo serve de alerta para a vigilância epidemiológica de outros estados, principalmente o Rio Grande do Sul, por possuir um clima propício para o desenvolvimento e disseminação do mosquito. As alterações climáticas observadas e relatadas pela população no estado do Rio Grande do Sul, nos

últimos anos, evidenciam que há maior disponibilidade térmica e que a estação fria tem apresentado menor duração. Esses fatores aliados possibilitam a ocorrência de *Heamagogus* e *Sabethes* pois, o fator limitante frio não mais inviabiliza o ciclo biológico do mosquito. Assim os principais fatores que influenciam no sucesso reprodutivo da espécie, umidade de temperatura, são garantidos ao desenvolvimento do mosquito.

Destacando o estado de Minas Gerais, e realizando uma comparação dos números de casos em 2016 e 2017, a partir dessa comparação, pode existir uma possível correlação do surto de FA nessa região, com a tragédia de Mariana, ocorrida em dezembro de 2015. A tragédia de Mariana é denominada como um dos maiores desastres ambientais do Brasil. Esta tragédia implicou em muitos desafios para a saúde coletiva a longo prazo¹².

Figura 2: Mapa do Rio Grande do Sul com casos notificados de FA em 2017



Fonte: Ministério dos Transportes, adaptado pelos autores.

A diminuição de casos de FA nos últimos anos no Rio Grande do Sul indica uma boa atuação dos serviços de saúde. Isso mostra principalmente na questão de prevenção da FA silvestre e na reurbanização da FA urbana, através de salas de vacinas e educação em saúde. As notificações da FA no Rio Grande do Sul neste ano, apontam um possível estabelecimento da doença. Indicativo de que casos autóctones estão acontecendo, e as condições climáticas podem desencadear o definitivo estabelecimento desta doença nesse estado.

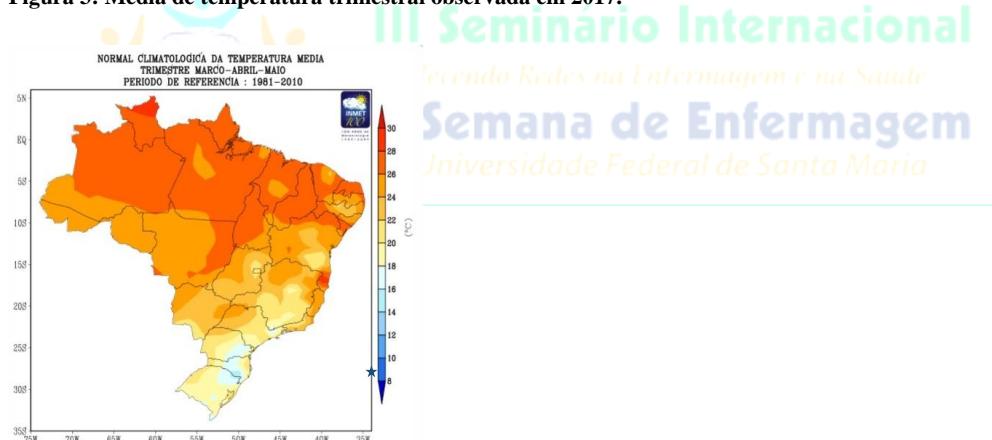
Segundo o Instituto Nacional de Meteorologia (INMET)¹³, as temperaturas médias no Brasil em 2016, na região norte do país evidenciou temperaturas elevadas no norte do país em 2016. Em relação ao fator climático, essa região apresentava temperaturas favoráveis ao desenvolvimento do mosquito. O que justifica não ter ocorrido surtos nessas regiões é a menor densidade demográfica. Na região sudeste, a média de temperatura variou entre 20º e 26º graus. Na

região norte dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo, a temperatura manteve-se elevada, entre 24° e 26°. No Rio Grande do Sul, a temperatura média na região noroeste foi de 20° e 22° graus. Na região fronteira oeste, norte, centro-oeste, centro-norte, centro-leste e leste variou entre 18° e 20°.

A previsão de temperatura média no norte do país para o trimestre de março-abril-maio, varia entre 24° a 30°. Na região sudeste, a temperatura prevista é entre 18° e 28°. No estado de Minas Gerais, na região noroeste o clima oscilou entre 22° e 26° graus, já na região do Jequitinhonha, nas demais regiões do estado a temperatura ficou entre 18° e 22° graus. No Espírito Santo a temperatura variou entre 24 e 26°. No Rio Grande do Sul, 16° e 22°. Essa média de temperatura prevista para todo esse trimestre em 2017.

As condições que permitem o desenvolvimento adequado do mosquito é a temperatura e a umidade, especificamente entre 25° e 29° geralmente em um período de 5 a 10 dias (12). A partir disso, identifica-se nas figuras 3 e 4, algumas regiões do Brasil que propiciam melhores condições climáticas para o desenvolvimento do mosquito. Dentre essas regiões, destaca-se em 2016, toda região norte do Brasil, região sudeste, especificamente norte de Minas Gerais e Espírito Santo.

Figura 3: Média de temperatura trimestral observada em 2017.



Fonte: Instituto Nacional de Meteorologia

No ano de 2017, a região norte do país e a região noroeste de Minas Gerais continuam com previsões de temperaturas elevadas. Ressalta-se uma alerta para a vigilância em saúde com relação ao extremo sul da Bahia, pois está previsto temperaturas elevadas, que poderão contribuir para um melhor desenvolvimento do mosquito, juntamente com outros fatores.

Em relação a FA urbana, por mais que existam vacinas contra a forma urbana, é importante que a vigilância epidemiológica esteja atenta no controle dos riscos e determinantes, visto a necessidade de manutenção da erradicação da febre amarela. Uma vez que existem muito mais

mosquitos da espécie *Aedes aegypti* disseminados pelo Rio Grande do Sul, e estes possuem as mesmas características de adaptação do *Haemagogus* e *Sabettus*, o que torna a disseminação da doença mais fácil e rápida.

A partir de toda essa problemática, o papel fundamental da vigilância epidemiológica para controle de surtos em outras regiões é baseado em educação em saúde, dando ênfase ao controle e a prevenção da doença. Para isso, os manuais de vigilância da FA orientam a capacitar equipes multiinstitucionais, multiprofissionais, empresas de transporte aéreo e terrestre, agências de turismo para um trabalho articulado. Nestas capacitações, é de grande importância ressaltar sobre a ocorrência da doença, modo de transmissão e prevenção da mesma.

Em relação a população, é fundamental serem repassadas orientações primeiramente a população endêmica e de transição. Os indivíduos viajantes também devem receber orientações, principalmente aqueles que irão deslocar-se para áreas endêmicas. Ressalta a importância da organização das Unidades de saúde em relação as orientações a populações específicas, assim como para população geral. Em busca de concretizar o objetivo das ações da vigilância epidemiológica, é necessário procurar/criar técnicas pedagógicas adequadas para sensibilizar a população quanto a importância da prevenção e controle dessa doença, principalmente a vacinação disponível na Unidade de Saúde. Nessa perspectiva, a ampla cobertura vacinal torna-se um elemento indispensável para as equipes de vacinação, tendo como objetivo final atingir 100% de cobertura da população.

Alguns cuidados específicos devem ser considerados em relação a vacina, visto que a mesma é produzida com vírus atenuado, sendo assim não é indicada para indivíduos imunossuprimidos, com HIV, câncer ou gestantes, com risco de transmissão para o feto. Alérgicos a proteína do ovo não devem ser vacinados, pois possuem um risco elevado de reação alérgica¹⁴. Em relação aos vetores da febre amarela, a vigilância possui um papel de intensificar as ações controle de vetores preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da Dengue. Torna-se importante também que ações individuais de utilizar roupas de manga longa e repelentes, virem rotinas em áreas endêmicas, contribuindo no contexto de proteção à saúde humana¹⁵.

A partir de todos esses dados, o fundamental papel da vigilância epidemiológico diante dos surtos. Divulgar e disponibilizar informações analisadas sobre os aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais da FA no Brasil, para a população em geral e profissionais de saúde por meio de mídia impressa e/ou eletrônica¹⁶.

Considerações Finais

A FA no Brasil neste último ano está com rápida disseminação, principalmente na região sudeste. Esses dados servem de alerta para todo Brasil, principalmente em regiões em que os climas

se mantém elevado. Unindo outras condições favoráveis ao desenvolvimento do mosquito, conclui-se que essas regiões estão mais propícias a surtos de febre amarela.

Em relação aos atuais dados elevados de mortalidade, chama atenção sobre a importância do papel imediato da vigilância epidemiológica. Com esses serviços atuando de forma precisa e imediata, os índices de mortalidade poderão diminuir. O papel da enfermagem diante de surtos como esse, possui como ênfase o setor de vigilância epidemiológica. Observa-se a relevância do enfermeiro possuir conhecimento expandido sobre epidemiologia, transmissão, ciclo biológico e medidas profiláticas de uma determinada doença, afim de identificar antecipadamente possíveis surtos, buscando preveni-los. Também se destaca a importância de equipes multidisciplinares, com abordagens diferenciadas em busca da promoção e prevenção da saúde, buscando a manutenção da saúde da população.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

1. DEGÁLLIER N, HERVÉ JP, ROSA APAT, VASCONCELOS P, ROSA JFST, SÁ FILHO G. A ecologia dos arbovírus na Amazônia: pesquisas atuais e perspectiva. *Rev Fund SESP*. 1986; 31:127-30.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Update on progress controlling yellow Yellow fever in África, 2004-2008. *Wkly Epidemiol Rec*. 2008; 83(50):449-60.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de vigilância epidemiológica de febre amarela. Brasília, 2004.
4. RIBEIRO M, ANTUNES CMG. Febre amarela: estudo de um surto. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 42 (5): 523, set-out- 2009.
5. TAUIL PL, SANTOS JB, MORAES MAP. Febre Amarela. In: Coura JR. Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 1775-1765.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 773 p.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância Epidemiológica de Febre Amarela. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, 1999.
8. BRASIL, Portaria Nº 204, De 17 De Fevereiro De 2016.
9. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Manual de vigilância epidemiológica de febre amarela. Disponível em <http://www.funasa.gov.br>.
10. FRANCO O. A história da febre amarela no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 1969. 200 p.
11. VASCONCELOS PFC. Febre amarela. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 36(2):275-293, mar-abr, 2003.
12. PORTO MFS. A tragédia da mineração e do desenvolvimento no Brasil: desafios para a saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(2):e00211015, fev, 2016.
13. INSTITUTO NACIONAL DE METEOROLOGIA. Previsão Sazonal do INMET. Disponível em <http://www.inmet.gov.br>. Acesso em março de 2017.
14. KELSO JM, MOOTREY GT, TSAI TS. Anaphylaxis from yellow fever vaccine. *Journal of Allergy Clinical and Immunology* 103: 698-701, 1999.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância de Doenças Transmissíveis. Orientações para profissionais de saúde sobre febre amarela silvestre. Brasília, Distrito Federal. Janeiro, 2017.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de vigilância epidemiológica de febre amarela. Brasília, 2004.



33. EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÉMICA

HEALTH EDUCATION AS A STRATEGY FOR THE PREVENTION OF SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION

LA EDUCACIÓN SANITARIA COMO ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DE LA HIPERTENCIÓN ARTERIAL SISTEMICA

MINELLO, Andrieli¹; SCHIMITH, Maria Denise²; FREITAS, Taísa de Paula Paiva³;
NEVES, Gabriela Leal⁴; GAMA, Dedabrio Marques⁵; DA SILVA, Jordana Lima⁶.

Introdução: As doenças crônicas representam problemas de grande magnitude tanto para a população adoecida como também para os profissionais de saúde que precisam lidar diariamente com as dificuldades que os indivíduos adoecidos possuem em promover o autocuidado e a conscientização sobre a necessidade de manter hábitos de vida saudáveis. Dentre as enfermidades crônicas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) se caracteriza como não transmissível, sendo evidenciada pelo aumento dos valores pressóricos e ocasionada por diversos fatores. Esta doença requer cuidados contínuos para evitar possíveis quadros de piora ou agudização da doença, o que pode gerar resultados não satisfatórios do controle da pressão arterial (PA). A HAS não é apenas uma simples doença que aumenta os valores pressóricos, mas sim uma doença que desencadeia outras enfermidades significativas para o indivíduo que a possui. Esta doença está entre as maiores causadoras de acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e doenças renais, tornando-a um problema de saúde pública que abrange todo território nacional. Isto porque além desses malefícios já citados, a HAS é responsável por desequilibrar o funcionamento do órgão vital do corpo humano, o coração¹. É também uma doença de alta prevalência no Brasil, pois atinge 35,8% em homens e 30% em mulheres, além de possuir como um fator de agravamento sobre esses dados a baixa taxa de controle da doença: cerca de somente 19,8%². Outro fator que possui pertinência e preocupação frente à doença da HAS são os gastos financeiros que ela acarreta. Além dos elevados custos anuais do Ministério da Saúde, a população adoecida também possui despesas com os remédios para controle da doença, lembrando que muitas vezes esses medicamentos não são unitários e nem acessíveis³. Assim, este trabalho tem o objetivo de relatar a experiência de uma acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) em aulas práticas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). As atividades foram realizadas junto a enfermeiros da UBS, o que resultou em um processo de aprendizado mútuo entre a acadêmica, enfermeiros e usuários, sucedendo-se em uma atividade de conhecimento e aprendizado dinâmico que contribuiu para conscientização das pessoas presentes participantes das ações.

Metodologia: Trata-se de um relato de experiência de uma acadêmica do sexto semestre do curso de graduação em Enfermagem da UFSM, de aulas práticas realizadas na UBS Wilson Paulo Noal na cidade de Santa Maria. O período de realização das atividades descritas ocorreu no segundo

¹ Acadêmica de Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: minelloandrieli@gmail.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 Enfermeira. Mestranda Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSM (PPGEnf/UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Relatadora. UFSM.

⁴ Enfermeira, Mestranda do PPGEnf/UFSM, Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

⁵ Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

⁶ Categoria profissional, maior titulação, cargo e instituição de trabalho.

semestre de 2016 durante a disciplina de Enfermagem na Atenção Básica que tem o intuito de ensinar e ofertar aos acadêmicos a prática da educação e promoção em saúde, contribuindo para redução das complicações decorrentes das doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis.

Resultados e discussão: O período do acontecimento das aulas práticas na UBS foi de aproximadamente três semanas, nas quais além das salas de esperas que abordaram sobre HAS, também foram realizadas consultas de enfermagem com os pacientes com diagnóstico de HAS. Durante a realização das aulas práticas na UBS foram realizadas atividades propostas pelos professores da disciplina como: salas de esperas e educação em saúde, em que o foco foi à prevenção e cuidado com a HAS. A baixa adesão ao cuidado e controle da HAS pode estar vinculada ao fator desta doença ser assintomática e silenciosa, uma vez que o aumento da PA não demonstra sintomas em grande parte dos casos, sendo detectado na maioria das vezes somente com a aferição da pressão arterial sistêmica. Esta por sua vez, muitas vezes é uma prática pouco realizada, tornando-se um fator preocupante e negativo. Pois inviabiliza o diagnóstico da enfermidade. Somado a estas condições, existem aspectos que influenciam também no desenvolvimento desta doença, como a idade, a ingestão excessiva de sódio, índice de massa corpórea (IMC) acima de 25kg/m^2 , etnia negra, etilismo e sedentarismo de vida, sendo este último um problema presente desde a juventude das pessoas. Nesses elementos citados, chamados de fatores de riscos para o desenvolvimento da HAS percebe-se que muitos deles são ocasionados por descuido de grande parte da população, que poderiam ser evitados com adesão de hábitos de vida saudáveis. Frente a esta situação, os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros da UBS, deveriam realizar mais salas de espera em educação em saúde sobre a prevenção e cuidado que os usuários com HAS devem ter. Nestas atividades, abordam-se questões como aderir a um estilo de vida mais saudável com realizações de exercícios físicos, como caminhadas, corridas, ou freqüentar academias ao ar livre que não demandam gastos financeiros para as pessoas, os quais auxiliarão na manutenção do peso ideal, ingestão de uma dieta equilibrada com pouco consumo de sal e diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas, além de orientações sobre o efeito negativo do cigarro e a importância da verificação dos valores pressóricos regularmente. Acredita-se que esta prática de educação em saúde realizada em salas de espera nas unidades de saúde pode ser uma forma prática e acessível de alertar a população sobre a importância do cuidado frente à HAS, para que se consiga alcançar uma diminuição do índice de adoecimentos, ou também uma redução no agravamento que a HAS descompensada pode causar. Mesmo sendo um período curto de práticas, o aprendizado mútuo entre os profissionais de saúdes, acadêmicos e usuários acarretou em uma importante experiência não só para a vida acadêmica, mas também para o futuro profissional.

Considerações Finais: A HAS é uma doença que está cada vez mais presente na vida das pessoas independentes da classe social, cultural ou econômica, e por ser na grande maioria das vezes assintomática acaba sendo mais preocupante, pois acarreta em um maior risco para a população. Uma vez que, quando a pessoa apresenta algum desconforto referente à doença, esta pode já estar bastante descontrolada e com um alerta de agravamento onde o bem estar e o funcionamento do restante do corpo podem estar comprometidos. Por isso deve-se investir em salas de esperas e educação em saúde para que as pessoas possam prevenir complicações e entender a seriedade que esta doença representa para a saúde e vida das pessoas. Assim, podendo trazer um benefício não só para a saúde da população como também para os profissionais de saúde que obterão um resultado positivo de suas ações.

DESCRITORES: Educação em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Doença Crônica, atividades cotidianas.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica: hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.

Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

2. Mazza, F. Guia Prático em Saúde. AC: São Paulo; 2015. 800p.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. 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

34. ENFERMAGEM E A PRÁTICA DA EPISIOTOMIA: UMA REVISÃO NARRATIVA

NURSING AND THE PRACTICE OF EPISIOTOMY: AN NARRATIVE REVIEW

ENFERMERÍA Y LA PRÁCTICA DE LA EPISIOTOMÍA: UNA REVISIÓN NARRATIVA

GUERRA, Gabriele Moura¹; VASQUEZ, Maria Eduarda Deitos²; SCHMIDT, Alessandra³;
SEHNEM, Graciela Dutra⁴.

Resumo

Introdução: a episiotomia consiste em um ato cirúrgico que tem por finalidade ampliar a parte inferior da vagina, o anel vulvar e o tecido perineal durante a fase de expulsão fetal. **Objetivo:** buscou-se conhecer as produções científicas da enfermagem acerca da prática da episiotomia. **Método:** trata-se de uma revisão narrativa da literatura operacionalizada a partir de busca na Biblioteca Virtual em Saúde nas bases de dados LILACS e MEDLINE. Selecionaram-se estudos disponíveis na íntegra, na forma de artigo científico, localizados por meio dos descritores *episiotomia* e *enfermagem*, e publicados no período de 2012 a 2016. **Resultados:** identificaram-se 10 artigos que sinalizam as justificativas e repercuções da episiotomia, bem como a atuação da enfermagem diante desta prática. **Considerações Finais:** os achados evidenciam que a enfermagem obstétrica exerce um papel fundamental para a redução do uso indevido da episiotomia.

Descriptores: Enfermagem; Episiotomia; Saúde da Mulher.

Abstract

Introduction: The episotomy consists of a surgical act that aims to enlarge the lower part of the vagina, the vulvar ring and the perineal tissue during the fetal expulsion phase. **Objective:** we sought to know the scientific production of nursing, about the practice of episotomy. **Method:** this is a narrative review of the literature operationalized from a search in the Virtual Health Library in the LILACS and MEDLINE databases. Were selected full studies, in the form of a scientific article, located through the descriptors *episiotomia* and *enfermagem*, and published in the period from 2012 to 2016. **Results:** were identified 10 articles that indicate the justifications and the repercussions of the episotomy, as well as the nursing performance ahead this practice. **Final Findings:** the findings indicate that obstetric nursing plays a fundamental role in reducing the misuse of episotomy.

Descriptors: Nursing; Episiotomy; Women's Health.

Resumen

Introducción: La episiotomía consiste en un acto quirúrgico que pretende ampliar la parte inferior de la vagina, el anillo vulvar y el tejido perineal durante la fase de expulsión fetal. **Objetivo:** se buscó conocer la producción científica de enfermería, sobre la práctica de la episiotomía. **Método:** se trata de una revisión narrativa de la literatura operacionalizada a partir de una búsqueda en la Biblioteca Virtual de Salud en las bases de datos LILACS y MEDLINE. Se seleccionaron estudios completos, en forma de artículo científico, localizados a través de los descritores *episiotomia* y *enfermagem*, y publicados en el período de 2012 a 2016. **Resultados:** se identificaron 10 artículos que indican las justificaciones y las repercusiones de la episiotomía, así como como la actuación de la enfermería por delante de esta práctica. **Conclusiones finales:** los resultados indican que la enfermería obstétrica desempeña un papel fundamental en la reducción del uso indebido de la episiotomía.

Descriptores: Enfermería; Episiotomía; Salud de la Mujer.

Introdução

¹ Acadêmica de Enfermagem, Membro do Grupo de Pesquisas e Estudos na Saúde da Mulher (GRUPESM), Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). E-mail: gabrielemguerra@gmail.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).

A episiotomia consiste em um ato cirúrgico, realizado por médicos e enfermeiros obstetras, que tem por finalidade ampliar a parte inferior da vagina, o anel vulvar e o tecido perineal durante a fase de expulsão fetal.¹

No Brasil, este procedimento tem sido utilizado de forma abrangente e inadequada, em contrapartida às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que correspondem a 20%. Resultados de Pesquisa intitulada Nascer no Brasil, revelam que a episiotomia configura-se como o procedimento realizado rotineiramente em partos de risco obstétrico habitual, atingindo mais de 50% das parturientes e aproximadamente 75% das primíparas.²

Apesar das crenças relacionadas ao uso da episiotomia para a prevenção do rompimento de fibras musculares no assoalho pélvico, sabe-se que esta prática acarreta complicações que, a longo prazo, implicam na redução da capacidade da musculatura perineal, no desenvolvimento da incontinência urinária, na dor à relação sexual, nas fistulas retovaginais, nas reações de hipersensibilidade, na baixa autoestima e na rejeição materna ao neonato relacionada à dor.³

O papel do enfermeiro, no cenário de cuidado à mulher em processo de parturição e puerpério, deverá assemelhar-se ao de um multiplicador de saberes, a fim de empoderar as mulheres assistidas quanto a sua autonomia e direito de escolha para a realização de procedimentos e intervenções que, por vezes, demonstram-se desnecessários e invasivos, tais como a episiotomia.⁴

Diante deste contexto, o problema de pesquisa norteador desta investigação está embasado no seguinte questionamento: qual a produção científica da enfermagem acerca da prática de episiotomia? Para responder esta questão, este estudo objetivou conhecer a produção científica da enfermagem, acerca da prática da episiotomia, no contexto nacional e internacional.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo revisão narrativa de literatura, o qual consiste na apresentação de novas informações ao proporcionar conhecimentos atuais sobre o tema explorado ou enfatizar lacunas no corpo de pesquisas e assim instigar pesquisadores a melhorar a base de dados científicos.⁵

O levantamento bibliográfico foi realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas 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 ocorreu no mês de março de 2017, a partir dos descritores episiotomia e enfermagem, combinados da seguinte forma “episiotomia” AND “enfermagem”.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: estudos que trouxessem informações pertinentes ao tema da pesquisa; com qualquer tipo de delineamento; disponíveis na íntegra; na forma de artigo científico; nos idiomas inglês, português ou espanhol; e publicados no recorte

temporal de 2012 a 2016 (tendo em vista o quantitativo de produções do tema). Como critérios de exclusão foram aplicados: estudos duplicados, teses, dissertações, monografias, editoriais e resumos publicados em anais de eventos.

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, por meio do alcance do núcleo de compreensão do texto; e *tratamento e interpretação dos resultados obtidos*.⁶

Inicialmente, foi realizada a pesquisa na biblioteca e bases de dados definidas, nas quais foram localizados 172 artigos a partir da combinação dos descritores supracitados. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, esta amostra foi reduzida para 10 trabalhos que, inicialmente, constituíram o corpus desta revisão narrativa.

Quanto às questões éticas, os preceitos de autoria foram respeitados. Em virtude da natureza bibliográfica da pesquisa, não houve necessidade de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão

III Seminário Internacional

Todas as 10 publicações selecionadas encontravam-se indexadas na base de dados LILACS. No que diz respeito ao idioma da pesquisa, sete estudos estavam disponíveis em português e três na língua inglesa. Quanto a delineamento metodológico, houve predomínio de estudos de natureza quantitativa, que totalizaram oito publicações, seguidos por apenas dois estudos qualitativos. Em relação ao país de publicação, todos os estudos que compuseram a amostra apresentaram autoria e publicação nacional, realizados nos estados de São Paulo (04), Rio de Janeiro (02), Alagoas (01), Goiás (01), Minas Gerais (01) e Santa Catarina (01).

Por meio da técnica de análise temática, emergiram duas categorias temáticas apresentadas a seguir:

Episiotomia e primiparidade: justificativas e repercussões da prática inadequada

A elevada frequência com que mulheres, sobretudo, primíparas são sujeitas ao desenvolvimento de lesões perineais relacionadas à prática da episiotomia, têm sido alvo de discussão entre diversos especialistas do saber obstétrico.⁷ Esta conduta, considerada pela OMS como um procedimento a ser evitado ao longo do processo de parturição e nascimento, continuamente, é observada entre as rotinas assistenciais, alicerçando-se na crença da relação da episiotomia com a menor frequência e gravidade de lacerações perineais.⁸

No que diz respeito à esta questão, em estudo que avaliou os fatores maternos e neonatais relacionados à prática da episiotomia, evidenciou-se que, dentre os 1129 prontuários analisados, foram apontados 250 casos de laceração, dos quais 98 (77,8%) estiveram relacionados a mulheres não submetidas à episiotomia, predominando lacerações de 1º e 2º graus. Entretanto, quando as lacerações informadas estiveram associadas a episiotomia (28), em 46,4% dos casos (13) tratavam-se de lacerações graves, de 3º e 4º graus.⁹

Outra questão apontada pelo estudo relaciona-se à faixa etária das parturientes, encontrando correlações significativas entre o uso desta prática em mulheres com idades inferiores a 19 anos.⁹⁻¹⁰ Para os autores em questão, o emprego deste procedimento em mulheres jovens parece estar associado, especialmente, ao amadurecimento incompleto da pelve materna. Foram, também, destacados aspectos como a paridade, uso de fórceps e macrossomia fetal.⁹

Ainda, na relação entre a adolescência e a episiotomia, o desconhecimento dos propósitos da realização deste procedimento, por parte das mulheres adolescentes, foi percebido como um facilitador para seu uso indevido.¹¹ Isso se deve, sobretudo, a posição de submissão e a vulnerabilidade às decisões profissionais, vivenciada pelas jovens mães, inexperientes, diante deste processo.¹¹

Assim, informações a respeito das repercussões da episiotomia são mantidas em posse dos profissionais que, salvo raras exceções, sequer solicitam a autorização da mulher para a realização desta intervenção cirúrgica. Mesmo quando as informam previamente a respeito da execução do procedimento, desconsideram o protagonismo da mulher para ponderar a respeito dos possíveis impactos em seu corpo.¹¹

Dentre as repercussões físicas percebidas *a posteriori*, destacam-se o risco de trauma perineal posterior, necessidade de sutura, complicações na cicatrização, risco de infecção, incontinência anal, incontinência urinária, dispareunia, sangramentos e dor perineal.¹¹⁻¹²

No que diz respeito a este aspecto, estudo transversal destinado a avaliação da dor entre mulheres primíparas submetidas ao trauma perineal, destacou que a episiotomia é o trauma mais frequente entre puérperas com dor, revelando, ainda, que as lesões traumáticas ocasionadas por esta prática representam aproximadamente quatro vezes mais dores de intensidade moderada às puérperas, quando comparadas àquelas com períneo íntegro.⁷ Logo, pode-se afirmar que, uma política de episiotomia seletiva, em contraponto ao seu uso rotineiro, é capaz de reduzir significativamente a dor perineal apresentada por primíparas.⁷

Quanto ao sangramento, reduções consideráveis nos valores médios da hemoglobina e hematócrito, também, podem ser observadas entre mulheres submetidas à partos nos quais o procedimento de episiotomia fora realizado, especialmente, quando comparados às concentrações apresentadas junto aos demais tipos de parto. Este fato demonstra, portanto, o comprometimento

das condições hematológicas das mulheres em meio ao puerpério, causado por esta intervenção e sua possível influência negativa no processo de recuperação.¹²

Atuação da enfermagem obstétrica na redução da prática da episiotomia

Diante da coexistência entre os modelos tecnocrático e humanizado, no contexto da assistencial brasileiro, a enfermagem obstétrica tem exercido um papel determinante para a mudança de paradigmas relacionados aos processos de parturição e nascimento, a partir da promoção do protagonismo da mulher, da minimização de intervenções desnecessárias e do respeito à fisiologia do parto.¹³⁻¹⁴

Uma vez que não existem evidências científicas suficientes que amparem a realização rotineira da episiotomia, percebe-se, na aplicação inadvertida desta intervenção, reflexos de condutas abusivas do poder profissional, nitidamente, arraigadas no arcabouço institucional hospitalar e sustentadas pelo domínio do saber médico.¹⁴⁻¹⁵

Entretanto, no processo de parturição realizado em um ambiente destituído das influências da medicalização, à exemplo do domicílio, evidencia-se, com clareza, a redução de procedimentos desnecessários e inapropriados ao longo do processo de parto, como respostas à condução da assistência pela enfermagem obstétrica, cuja prática e o cerne da formação profissional caracterizam-se pelo cuidado minimamente intervencionista.¹⁶

Em tal contexto situacional, a prática da episiotomia demonstra-se, expressivamente, menos frequente em relação ao quantitativo apresentado tanto no ambiente hospitalar quanto nos centros de parto normal brasileiros. Fato demonstrado por estudo transversal realizado no estado de Santa Catarina, entre os anos de 2005 e 2009, que buscou avaliar os resultados obstétricos e neonatais de partos domiciliares planejados. No que tange a prática da episiotomia, observou-se que, entre os 100 prontuários analisados, apenas em uma parturiente esta intervenção foi realizada, representando uma frequência aproximada de 1%.¹⁶

A utilização criteriosa e eletiva desta prática, também, tem sido consolidada em instituições que contam com a presença exclusiva ou majoritária de enfermeiras obstétricas ao longo da assistência ao parto, a exemplo da Casa de Parto David Caspiano Filho, localizada no município do Rio de Janeiro. Esta instituição, frente a atuação direta de enfermeiras, atingiu entre os anos de 2008 e 2009 a frequência de episiotomias realizadas de 2,4%, equivalente a apenas 11 procedimentos realizados em relação a um total de 485 atendimentos.¹⁷

Outras experiências exitosas, mesmo em se tratando do contexto hospitalar, são observadas. A partir da assistência de enfermeiras de inserção obstétrica em um centro de parto extra-hospitalar paulistano, entre os anos de 2006 e 2009, a incidência de episiotomias correspondeu a 14,1%.¹⁶ Em outro exemplo, entre os 745 partos assistidos por obstetras de uma maternidade pública carioca,

ao longo de um ano, percebeu-se que em apenas 115 partos a episiotomia foi praticada, representando uma incidência de 15,52%,¹⁴ em ambos os casos com estatísticas inferiores aos 20% considerados aceitáveis pelo OMS. Ainda, entre aquelas não submetidas a episiotomia, 36,42% permaneceram com períneo íntegro, sendo apontado apenas um caso de laceração perineal grave, fato que corrobora com a perspectiva de que nem toda a mulher, mesmo primigestas e/ou nulíparas, precisam ser submetidas a este procedimento.¹⁴

Considerações Finais

Segundo os achados da literatura, a primiparidade constitui-se como um fator preditivo para a realização da episiotomia, sendo, frequentemente, justificada na rotina assistencial como uma prática preventiva na iminência de lacerações perineais. As informações a respeito das repercussões da episiotomia, salvo raras exceções, estiveram mantidas em posse dos profissionais, desconsiderando-se o protagonismo e a autonomia da mulher diante do processo.

A impregnação do modelo tecnocrático de assistência ao parto, no contexto assistencial brasileiro, vem sendo ultrapassada a partir da atuação da enfermagem obstétrica, fundamental para a modificação da cultura institucional que permeia o cuidado à mulher em processo de parturião no ambiente hospitalar e favorece a realização de rotinas inadvertidas.

Sugerem-se novas pesquisas que resgatem o papel a ser exercido pela enfermagem como facilitador do protagonismo da mulher em sua parturição, de modo a prevenir condutas e práticas demasiado intervencionistas e, portanto, prejudiciais ao andamento fisiológico do parto e do nascimento.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016; 24: e2793.
2. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saúde Pública. 2014; 30(sup): S17-S47.
3. Kalis V, Rusavy Z, Prka M. Episiotomy In: Doumouchtsis S. Childbirth Trauma.1.ed. Londres: Springer-Verlag; 2016, p. 69-99.
4. Beleza ACS, Ferreira CHJ, Souza L, Nakano AMS. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. Rev Bras Enferm. 2012; 65(2): 264-8.
5. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Ed. São Paulo: HUCITEC; 2014.

7. Francisco AA, Kinjo MH, Bosco CS, Silva RL, Mendes EPB, Oliveira SMJV. Associação entre trauma perineal e dor em primíparas. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(Esp):40-5.
8. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto Normal: um guia prático. Relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS;1996.
9. Salge AKM, Lôbo SF, Siqueira KM, Silva RCR, Guimarães JV. Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais. *Rev Eletr Enf*. 2012;14(4):779-85.
10. Silva MJM, Sanches METL, Santos AAP, Holanda JBL, Santos MS. Assistência prestada à adolescente no momento do parto em uma maternidade de alto risco. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2015; 28(1): 98-105.
11. Figueiredo G, Barbieri M, Gabrielloni MC, Araújo ES, Henrique AJ. Episiotomy: perceptions from adolescent puerperae. *Invest Educ Enferm*. 2015;33(2): 365-73.
12. Gabrielloni MC, Armellini CJ, Barbieri M, Schirmer J. Análise da hemorragia no parto vaginal pelos índices de eritrócitos e hematócrito. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(2):186-93.
13. Reis CSC, Souza DOM, Nogueira MFH, Progianti JM, Vargens OMC. Análise dos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. *J res fundam care online*. 2016; 8(4):4972-9.
14. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Enf Anna Nery*. 2016; 20(2):324-31.
15. Silva FMB, Paixão TCR, Oliveira SMJV, Leite JS, Riesco MLG, Osava RH. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(5):1031-8.
16. Koettker JG, Brüggermann OM, Dufloth RM, Knobel R, Monticelli M. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(4):747-50.
17. Pereira ALF, Lima TRL, Schroeter MS, Gouveia MSF, Nascimento SD. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro. *Esc Enf Anna Nery*. 2013; 17(1):17-23.

35. ENSINO E APRENDIZAGEM EM ANATOMIA HUMANA: UMA ANÁLISE PELO DISCENTE DE ENFERMAGEM

TEACHING AND LEARNING IN HUMAN ANATOMY: AN ANALYSIS BY THE NURSING STUDENT

ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE EN LA ANATOMÍA HUMANA: UN ANÁLISIS POR EL ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA

KÖNIG, Dienifer Farias¹; SALBEGO, Cléton²; MELLER, Tiago Rafael da Silveira³; RAMOS, Tiérle Koslowski⁴; COGO, Silvana Bastos⁵; NIETSCHE, Elisabeta Albertina⁶;

RESUMO

Introdução: A Anatomia Humana insere-se como uma das ciências médicas mais antigas, estudando estruturas e funções do corpo humano. **Objetivo:** Esta pesquisa objetivou investigar as percepções acadêmicas referentes ao processo de ensino e aprendizagem na disciplina de Anatomia Humana presente no curso de Enfermagem. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória que teve por cenário uma Universidade da Região Centro-Oeste do estado do Rio Grande do Sul, realizada com dez acadêmicos do curso, regularmente matriculados na disciplina e frequentando o Laboratório de Anatomia Humana. **Resultados e Discussão:** Desse modo, emergiram percepções acerca do processo de ensino e aprendizagem da disciplina e, sua relevância para a formação profissional. **Conclusão:** Conclui-se que as percepções dos acadêmicos se determinam nos obstáculos enfrentados para uma aprendizagem efetiva. Neste contexto, surge um desafio a ser encorajado, propor estudos que levam em consideração a opinião dos acadêmicos, promovendo espaços de troca e construção coletiva do processo de formação.

Palavras-chave: Percepção; Anatomia; Ensino Superior; Aprendizagem.

III Seminario Internacional

ABSTRACT

Introduction: The Human Anatomy inserts as the older medical science, studying the structures and functions of the human body. **Object:** This research had as the mainly purpose to investigate the academic perceptions regarding to the teaching and the learning process in the Human Anatomy subject, present in Nursing course. **Methodology:** It is a qualitative study with descriptive and exploratory, which was based in a university from the Midwest region of Rio Grande do Sul state. The study was conducted with ten students of the course, enrolled in the discipline and attending the Human Anatomy Lab. **Results and Discussion:** This way emerged perceptions of the teaching and learning process of the discipline and its relevance for vocational training. **Conclusion:** It can be concluded that the perceptions of academics are determined on the obstacles faced for effective learning. In this context emerges a challenge to be encouraged to propose studies considering the academic opinions, promoting spaces of exchange and collective construction of the training process.

Keywords: Perception; Anatomy; Higher Education; Learning.

Resumen

Introducción: Human Anatomy se inserta como una de las ciencias médicas más antiguas, el estudio de las estructuras y funciones del cuerpo humano. **Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo investigar las percepciones académicas relacionadas con el proceso de enseñanza y aprendizaje en la disciplina de Anatomía presentar el programa de enfermería. **Métodos:** Una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria que tuvo como escenario de una universidad del Medio Oeste Región de Rio Grande do Sul, con la participación de diez curso académico, inscrito en la formación o la asistencia del Laboratorio de Anatomía Humana. **Resultados y Discusión:** De este modo surgieron las percepciones del proceso de enseñanza y aprendizaje de la disciplina y su relevancia para la formación profesional.

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões, RS. E-mail: dieniferfk@outlook.com;

² Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor substituto do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões, RS.

³ Acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões, RS.

⁴ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria – Campus Santa Maria, RS.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Santa Maria, RS.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Santa Maria, RS.

Conclusión: Se concluye que las percepciones de los académicos se determinan para hacer frente a los obstáculos para el aprendizaje efectivo. En este contexto, hay un desafío a ser alentados a proponer estudios que tengan en cuenta las opiniones de los académicos, promoviendo espacios de intercambio y construcción colectiva del proceso de formación.

Descriptores: Percepción; Anatomía; Enseñanza Superior; Aprendizaje.

Introdução

A Anatomia Humana insere-se como uma das ciências médicas mais antigas, estudando estruturas e funções do corpo humano. Vinculado ao pensamento de cuidado ao cliente, capaz de possibilitar atenção a toda sua dimensionalidade humana, não podemos dissociar as estratégias pedagógicas empregadas no curso de enfermagem para o alcance de habilidades e atributos de ordem psicomotora, afetiva e cognitiva¹. Com base nisso, é imprescindível o conhecimento da Anatomia Humana para a efetivação de tais atributos, em anteposição destaca-se a relevância da existência de um vínculo estreito entre discentes e docentes no processo de aprendizagem.

Contudo, é necessário ter clareza, ao estabelecer a relação professor e aluno, pois estes precisam ser vistos como seres humanos que se inter-relacionam num mesmo tempo e espaço. Nesse relacionamento, que é considerado longo e complexo, os sujeitos influenciam-se reciprocamente, e os resultados do ensino, bem como da aprendizagem, dependerão das muitas possibilidades de diretrizes presentes neste relacionamento².

Na Universidade em que este estudo foi desenvolvido, o ensino desta ciência se insere como um componente curricular do curso de Enfermagem, trazendo preocupações para o professor ao perceber as dificuldades apresentadas pelos acadêmicos em relação aos termos teóricos e práticos. Isso devido ao caráter singular da disciplina que apresenta um número considerável de estruturas incomuns e de complexo entendimento. Esse caráter interno da Anatomia, muitas vezes, faz com que seu ensino se torne monótono e desmotivante, principalmente para os acadêmicos que se deparam pela primeira vez com seus conteúdos, e que ainda não possuem discernimento quanto à necessidade do conhecimento sólido e profundo sobre o assunto. Desta forma, o entendimento dos conteúdos um pouco mais rebuscados deriva não só das condições de aprendizagem do acadêmico como também da forma como eles são veiculados pelo educador.

Nessa perspectiva, percebeu-se a partir da revisão de bibliografias, que o ensino da Anatomia Humana ainda não apresenta mudanças significativas, mesmo em meio ao presente avanço tecnológico e evolução dos métodos didáticos. A Universidade McMaster no Canadá tem usado o método denominado Aprendizagem Baseada em Problemas (Problem Based Learning - PBL), na educação de ciências da saúde. Este método tem sido aplicado na educação profissional, a fim de desenvolver em simultaneidade o conhecimento, o raciocínio e habilidades de estudo para a construção de um processo cognitivo e de raciocínio clínico. O PBL visa, por meio de um processo cognitivo, identificar sugestões para o caso informado, taxando evidências e então agrupando as sugestões em uma forma lógica para formular hipóteses³.

Tendo presente os elementos da Pedagogia Universitária que, em geral, têm buscado através de processos de formação permanente de seus professores, que estes se utilizem de metodologias mais ativas e métodos de ensino inovadores, atendendo a demanda correspondente ao ensino e a aprendizagem de seu curso; tornando assim o ensino de qualidade suficiente para a formação de profissionais hábeis, competentes, críticos e criativos.

Com isso, o presente estudo tem como objetivos investigar as percepções acadêmicas relacionadas ao processo de ensinar e de aprender na disciplina de Anatomia Humana, bem como, analisar em que dimensão a Pedagogia Universitária pode contribuir para sua efetividade.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória e de abordagem qualitativa, que busca conhecer, analisar, discutir e interpretar a percepção de acadêmicos do curso de Enfermagem a respeito do processo de ensino e de aprendizagem da disciplina de Anatomia Humana.

O local de pesquisa escolhido para esse projeto foi uma Instituição de Ensino Superior, privada, filantrópica, localizada na Região Centro Oeste do Estado do Rio Grande do Sul, que oferta a disciplina de Anatomia Humana na grade curricular do curso de graduação em Enfermagem. Para compor os participantes da pesquisa, foram convidados aleatoriamente dez acadêmicos do curso referido. Os pesquisados foram selecionados atendendo alguns critérios previamente estabelecidos, como ser maior de idade, estar participando efetivamente das aulas extracurriculares no Laboratório de Anatomia e que aceitassem livremente participar do estudo.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Instituição de Ensino Superior em questão, para avaliação e apreciação, tendo como CAAE 5751013.4.0000.5353 e parecer consubstanciado 289.327. A pesquisa atende aos preceitos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que impõe estudos envolvendo seres humanos. Os sujeitos foram esclarecidos quanto aos objetivos, o procedimento para coleta dos dados e da finalidade dos resultados, que além de contribuírem para a elaboração do Relatório Final de Bolsa de Iniciação Científica, poderiam ser elementos para a elaboração de artigos para publicação.

Resultados e discussão

Visão Acadêmica sobre o Processo de Ensino e Aprendizagem

A educação universitária está diretamente ligada ao processo de ensino e aprendizagem. Entretanto, essas expressões, embora partam de um mesmo processo, apresentam sentidos bem distintos. O ensino é entendido como o processo de organização, veiculação e mediação de conhecimentos e experiências para assim ocorrer a apropriação dos referidos conhecimentos e a aprendizagem por parte do educando; já a aprendizagem, está relacionada com as habilidades do

[LMCS1] Comentário: Peço que insira informações, como: quando foi feita a coleta de dados? Como foi formulado o roteiro de entrevistas? Foram entrevistas semi estruturadas? As entrevistas foram audiogravadas? Como os dados foram transcritos e organizados? Como os dados foram analisados? Utilizou algum software? Utilizou para análise a Análise de Conteúdo? De qual autor teve o referencial para análise?

indivíduo de apropriar-se dos conhecimentos e experiências estudados e/ou vivenciados ao longo da vida. É importante ressaltar que a aprendizagem pode ocorrer de maneira formal (em aulas, por exemplo) ou informal (por meio das relações sociais, por exemplo). Assim, a aprendizagem está relacionada com a adaptação do indivíduo ao meio que pode modificar o seu comportamento⁴.

No que se refere ao ensino e a aprendizagem, convém observar que um número significativo de estudantes tem chegado ao ensino superior com certas lacunas de conhecimentos e saberes que acabam inibindo a produção de seu conhecimento. Na mesma direção, sabe-se que a maioria dos professores que atuam no ensino superior não têm formação docente. A combinação desses dois aspectos: defasagem de conhecimentos básicos relacionado a acadêmicos e falta de formação específica para o ensino proveniente do professor afeta diretamente o processo de ensinar e aprender. Assim, cabe às instituições de ensino buscar oferecer atividades de formação pedagógica para seus docentes, bem como métodos e inovações pedagógicas para suprir as dificuldades de aprendizagem dos alunos. Isso se dará por meio de uma maior qualificação na formação profissional tornando-os mais criativos e críticos^{5,6}. É nesse sentido que a pesquisa que ora relata-se intenciona verificar o que pensam os acadêmicos sobre seus processos de aprendizagem para nortear o processo de ensino do professor, além de alertar para a contribuição da Pedagogia Universitária na melhoria do processo de ensino e de aprendizagem.

Destacando a fala dos participantes desse estudo, observa-se que esses trazem questões que consideraram relevantes no processo de ensino em que estão inseridos, assim como as dificuldades enfrentadas na disciplina, que interferem diretamente neste contexto. As falas a seguir denotam suas percepções sobre essas dificuldades:

Encontro dificuldades para entender, [...] são muitos nomes, principalmente na osteologia, são nomes mais difíceis, [...] a gente tem dificuldade para gravar (E9);

[...] só os nomes, as estruturas são boas, guardar os nomes que é difícil, mas o atlas me auxilia (E3);

[...] as aulas de anatomia são boas se não tivesse a parte dos ossos [...] é a parte mais difícil, tem muitos nomes para decorar, [...] isso não tem como aprender (E5)!

Observa-se a existência de percepções quase que unâimes, trazendo a morfologia da disciplina como uma das maiores dificuldades enfrentadas. Os participantes revelam seus anseios, expõem suas opiniões sobre a disciplina tais como o número infindável de estruturas com nomes incomuns e de intricada compreensão e nomenclaturas semelhantes que dificultam a aprendizagem, corroborando com as percepções dos acadêmicos em outro estudo⁷, o processo de ensino-aprendizagem em Anatomia Humana se apresenta de caráter complexo e difícil no que se relaciona ao ensino dos aspectos morfológicos, vez que, a memorização de estruturas extensas e com nomes

bastante complexos torna a tarefa monótona e desestimulante para a maioria dos alunos quando não ministrada de maneira mais participativa.

Essas premissas, em última instância, servem de alerta ao docente responsável pela disciplina para que possa pensar na possibilidade de adotar abordagens diferenciadas, buscar metodologias personalizadas que venham a facilitar a aprendizagem dos discentes. Para tanto, torna-se de fundamental importância a busca de estratégias de ensino inovadoras que facilitem a apreensão dos conhecimentos⁸. Isso por certo trará avanços nessa área do conhecimento, e desenvolvimento para os acadêmicos. Nesse sentido, atualmente, as instituições de ensino superior buscam métodos e inovações no ensino para atender a falta de conhecimentos dos alunos ingressantes, bem como buscam a qualidade na formação de um profissional criativo e crítico cuja intenção é sempre recorrente nessas instituições⁶.

Ao analisar a disciplina de Anatomia Humana, em termos gerais, percebe-se que ela se apresenta na Universidade estudada, como uma das disciplinas mais difíceis do início da graduação, promovendo números elevados de estudantes em exame, assim como reprovados. Dentre os fatores destacam-se alguns intrínsecos às dificuldades trazidas pelos estudantes que fazem parte da realidade desta Instituição de Ensino. Ou seja, em sua maioria, estudantes trabalham de maneira formal ou informal; muitos são provedores do lar, e, como mães e/ou pais de família assumem compromissos e responsabilidades que requerem tempo e dedicação. Além disso, há estudantes que estiveram vários anos afastados dos estudos, conferindo-lhes em geral maior dificuldade de aprendizagem. A esse respeito se manifestam da seguinte forma:

[...] tenho dificuldades, fazem vários anos que parei de estudar [...] quando voltei foi uma barreira, a cada momento eu vou aprendendo (E10)

Outros aspectos que chamam a atenção na fala dos sujeitos da pesquisa são: a consciência de que a distância entre uma aula e outra interfere na motivação;

[...] as aulas de Anatomia são muito distanciadas, seria mais fácil se fossem próximas, tu não perde a empolgação (E01).

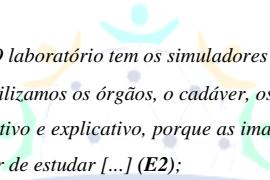
O trabalho prático, no laboratório, seria uma alternativa para diminuir as dificuldades apresentadas;

Eu trabalho durante o dia, não posso vir (no laboratório), tenho dificuldade em entender os conteúdos [...] o laboratório não abre de noite, e a carga horária (da disciplina) é pouca (E5);

[...] tenho dificuldade de tempo de ir ao laboratório [trabalho], ai fica difícil de assimilar os conteúdos (E2).

Frente ao exposto, cabe à instituição universitária buscar alternativas para que os acadêmicos que trabalham durante o dia possam usufruir do laboratório em horários alternativos, bem como, ao docente desenvolver práticas pedagógicas que venham minimizar as deficiências do processo de ensino-aprendizagem, elaborando estratégias que estejam embasadas em métodos interativos, que se aproximem da realidade dos educandos. Nesse sentido, o educador precisa também, do conhecimento de propostas alternativas, que exijam mais do aluno na disciplina, estimulando não apenas a capacidade de memorização das estruturas anatômicas, mas de que estabeleçam correlações entre as ciências morfológicas e a prática específica⁸.

Como alternativa, os laboratórios contemporâneos são espaços modernos destinados à difusão e popularização do conhecimento. Cada vez mais esses espaços se tornam lúdicos, interativos e exploram tópicos atuais de forma interdisciplinar. Diante dessa alternativa, a percepção dos pesquisados apresenta-se compatível. Alguns sujeitos trouxeram em seus discursos que esses recursos didáticos são utilizados nas aulas e que favorecem a aprendizagem tornando-a mais significativa. Vejamos seus posicionamentos:

 **III Seminário Internacional de Anatomia Humana**
Universidade Federal de Santa Maria
[...] O laboratório tem os simuladores e estes painéis que auxiliam bastante (E6);
[...] utilizamos os órgãos, o cadáver, os ossos, tem o atlas, os materiais dados pela professora. O atlas é bastante claro, ilustrativo e explicativo, porque as imagens são grandes [...] mas se fosse um atlas de imagens reais, como fotos, seria melhor de estudar [...] (E2);
A praticidade, o lúdico, o tocar, o enxergar a cada órgão [...] analisar, estudar, é uma nova descoberta e aquilo se torna mais interessante (E8);

Nos discursos, é possível notar que cada aluno revela a sua forma de aprendizagem. Sendo assim, cabe ao professor fazer a leitura das possibilidades de aprendizagem de cada um. Para dar conta dessas possibilidades de aprendizagem o professor precisa fazer uso de novas metodologias, das tecnologias de ensino, de materiais didático-pedagógicos que venham a contribuir positivamente com o processo ensinar e aprender da Anatomia Humana.

Por conseguinte, é necessário construir um diálogo entre o professor e o acadêmico para que se consiga um bom planejamento de aula, o qual parte de um processo reflexivo, com vistas a motivar o discente e a qualificar a prática docente. A respeito do processo reflexivo Perrenoud⁹ sustenta que a reflexão permite analisar mais tranquilamente os acontecimentos, construir saberes que cobrem situações comparáveis que podem ocorrer. Isso estimula o envolvimento e por consequência a aprendizagem.

Analizando o posicionamento supracitado pode-se sugerir com base numa dimensão pedagógica de desafio ao acadêmico, que o ponto de partida desse processo de ensino seja uma

problematização, a partir da prática a ser desenvolvida no curso, que exija do aluno a busca do conhecimento teórico/prático com vistas à solução do problema³. Assim, mesmo no laboratório, as atividades seriam mais significativas, pois o papel do estudante não seria apenas a visualização de estruturas, mas a aplicação na atividade prática, entendido como o desafio a ser enfrentado quando profissionais, em seu dia a dia do exercício profissional.

Nessa direção, ao serem questionados percebe-se que os alunos pensam de forma semelhante, todavia, entendem que a melhor forma de aprender os conteúdos propostos pela dita ciência Anatomia Humana, é, por meio de realização de estudos práticos. Entretanto, não pode-se desconsiderar a teoria como elemento relevante principalmente no nível do ensino superior.

Sendo assim, as aulas teóricas e práticas poderiam ser abordadas, não como momentos separados, mas como parte do mesmo processo, de forma que se completem e superem a dicotomia teoria-prática. Ou seja, a partir do conhecimento do organismo humano, o professor conseguirá conduzir os acadêmicos a compreenderem e a elaborarem questionamentos diretos e objetivos do seu cotidiano que os levará a construção das habilidades e competências profissionais necessárias ao exercício da profissão. Assim, associando os elementos teóricos às compreensões das próprias experiências e proporcionando aos alunos a construção do conhecimento, a partir de seus significados pessoais, as aulas de anatomia seriam realmente integrativas¹⁰.

Referente ao exposto convém observar as críticas e as contribuições dos participantes do estudo em relação ao processo de ensino da Anatomia Humana, em que se podem inferir elementos necessários aprimorar do ensino e, por extensão sua aprendizagem:

[...] poderia haver mudanças, ter mais exercícios, a professora só passa as estruturas [...] não tem exercícios, a gente não sabe o que vai estudar para as provas teóricas. Já os materiais do laboratório são muito bons, a gente tem muitos órgãos e o cadáver para estudar (E5);

[...] tinha que ter um pouco mais de dinâmicas, [...] a gente fica muito mecanicista, [...] chega, vê as estruturas, analisa, decora e vai embora (E6).

As falas dos indivíduos da pesquisa trazem elementos importantes para a reflexão do professor da disciplina no sentido de verificar possibilidades de ampliar o nível de aprendizagem de seus alunos. Além disso, traz uma preocupação dos alunos que pode levar à ampliação das discussões sobre essa temática, e que não fez parte deste estudo por hora, isto é, de como é feito o processo de avaliação da disciplina, bem como a percepção dos acadêmicos a respeito de aprendizagem e de aprovação. Expressando a preocupação da seguinte maneira:

[...] as avaliações poderiam ter um pouquinho mais de trabalhos pra ajudar [...] eu acho que o aluno fazendo trabalhos, aprende muito mais de que estudando para provas (E4).

Assim, é válido mencionarmos a contribuição da Pedagogia Universitária no contexto, em que essa traz a importância do docente construir sua profissionalidade a partir da reflexão sobre a própria prática. Nesse sentido, a pesquisa em questão é um elemento que pode contribuir com a formação dos docentes de anatomia na medida em que servir de elemento de reflexão e de elemento propulsor de seus estudos.

Ainda em referência a fala dos sujeitos, em relação ao ensino da anatomia humana, convém ressaltar que esses consideram que a visualização é de fundamental importância para a aprendizagem. A esse respeito é importante dizer que a maioria das metodologias de ensino utilizadas nessa área explora, principalmente, o uso de multimídia, com imagens estáticas, gráficas ou vídeos. No entanto, o contato manual com as estruturas anatômicas facilita a compreensão dos detalhes, dimensões, texturas e propriedades físicas dessas, tais como o peso, rigidez e elasticidade¹¹. Contudo, é relevante o uso do laboratório como elemento impulsionador de um ensino problematizador e de uma aprendizagem significativa que possa ser transferida para a atividade profissional.

Contribuições da Anatomia Humana para a formação do (a) Enfermeiro (a)

A Anatomia Humana é a base de conhecimento para todos os estudantes das Ciências da Saúde e acompanha o aluno universitário desde o primeiro ano até a plenitude da sua formação acadêmica e no desempenho das suas atividades laborais. É importante perceber a relevância dessa disciplina para o estudante, pois desde o primeiro ano poderá observar as várias interligações e correlacionamentos intrínsecos entre as outras disciplinas¹³.

O estudo dos dados anatômicos é fundamental para possibilitar ao enfermeiro o reconhecimento dos órgãos do corpo humano, assim como a morfologia, a localização, a função e a organização desses órgãos em sistemas. Esse conhecimento é elemento indispensável para a atuação profissional. Assim, não há como um enfermeiro atuar profissionalmente nessa profissão se não tiver pleno domínio dos conhecimentos relativos ao corpo em sua plenitude.

Autores¹⁴ consideram a anatomia humana como a disciplina alicerce de todas as disciplinas clínicas. É, portanto, uma disciplina instrumental e indispensável. A saber, que uma disciplina instrumental significa o que será usado, um instrumento, uma ferramenta, uma atividade intelectual eficaz. Logo, conhecê-la bem é uma necessidade intrínseca ao profissional de enfermagem.

Por meio do estudo da Anatomia Humana leva-se a refletir sobre as mais variadas formas de estar a favor do outro, do cuidar em enfermagem; e esse cuidar do outro deve ser desenvolvido em todos os momentos¹⁵. O acadêmico percebe por meio de uma análise crítica e consciente de sua organização corporal, entende questões acerca das situações humanas a serem encaradas¹².

Neste contexto, os alunos participantes deste estudo trouxeram em seus discursos suas percepções acerca da importância e da relevância da disciplina para sua formação profissional.

[...] nós vamos precisar depois, já que enfermagem é cuidado. Nós vamos cuidar de pessoas [...] (E9); Com toda certeza, é o que tu vai vivenciar todos os dias, tu vai fazer uma anamnese, vai fazer qualquer exame clínico tu vai precisar da anatomia, para qualquer coisa banho de leito, tu vai precisar de anatomia, é muito importante eu acho até que deveria ser mais valorizada até na enfermagem (E6).

Torna-se evidente a percepção dos acadêmicos sobre a necessidade de se estudar os conteúdos da disciplina. Observa-se que esses sujeitos referem-se à Anatomia, como uma forma de conhecer a localização e dimensão dos órgãos do corpo humano. Relatam, ainda, que é através dos estudos anatômicos que profissionais e estudantes da Enfermagem conseguem dar sustentação aos cuidados prestados aos pacientes.

Neste ínterim, os conhecimentos proporcionados pela Anatomia Humana, de maneira geral contribuem para a realização da grande maioria dos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, que segundo os entrevistados, vão desde a realização de uma anamnese, exame físico, banho de leito, até a identificação de uma musculatura para a aplicação de vacina.

Totalmente relevante, pois não tem como fazer alguma coisa no trabalho na área da Enfermagem sem conhecer o corpo do paciente [...] e a anatomia te da esse suporte, um exemplo é você aplicar uma vacina [...] (E2).

Esse estudo releva a importância do estudo da Anatomia Humana, bem como a sua interdisciplinaridade, permitindo ao futuro enfermeiro um desenvolvimento de suas atividades profissionais com competência, capacitando-o a exercer funções complexas nos sistemas de saúde. Portanto, consolida-se a ampliação do conhecimento científico do futuro profissional, possibilitando intervenções individualizadas junto aos pacientes.

A anatomia é referenciada¹⁵ como de suma importância para despertar a sensibilidade do acadêmico; ao saber que a sensibilidade o capacita naturalmente em tocar, em sentir, no cuidar, tudo em favor da vida. Neste contexto, ensinar anatomia é conduzir o acadêmico a refletir sobre o corpo-matéria-morte, conduzindo-o ao entendimento corpo-matéria-vida. Quando vivencia o manuseio com o cadáver, o acadêmico está desenvolvendo suas práticas de aprendizagem sobre o cuidado humano, criando assim seu futuro profissional.

Considerações finais

A partir do desenvolvimento deste estudo, foi possível perceber que o ensino da anatomia é repleto de obstáculos para a aprendizagem efetiva dos estudantes. Os conteúdos apresentam grande

número de estruturas, com nomes incomuns e de intricada compreensão. Por vários momentos essas dificuldades despertam nos estudantes sentimentos de impotência, de desânimo, pois segundo alguns dos sujeitos do estudo, a Anatomia Humana não é uma disciplina a ser aprendida, mas para ser decorada. Além dos aspectos morfológicos da disciplina e das infundáveis nomenclaturas que apresenta, outras questões apontadas como dificuldade para a aprendizagem da disciplina foram: os aspectos relacionados à disponibilidade de tempo para estudos práticos. Esse é considerado como fator primordial que dificulta os acadêmicos em utilizar dessa possibilidade de aprendizagem, pois a rotina de trabalho apresenta-se como característica dos alunos de nossa universidade, em que a grande maioria trabalha durante o dia para poder financiar seus estudos. Outro aspecto apontado é o tempo que muitos desses estudantes estiveram afastados dos estudos, fato que contribui diretamente na aprendizagem de cada um.

Dante do exposto, as teorias de aprendizado propõem que quando o aluno é solicitado e estimulado a construir seu próprio conhecimento com orientação e incentivo do professor, esse saber se fundamenta de forma mais profunda e duradoura. Por isso, estudos que levam em consideração a opinião dos acadêmicos, propondo espaços de troca, bem como de construção coletiva do seu processo de formação são alternativas que devem ser encorajadas, a fim de manter sempre laços estreitos entre professor e aluno.

Assim, os saberes da Pedagogia Universitária apresentam-se como ferramentas essenciais para a efetivação de propostas inovadoras, como a desse estudo, permitindo a (re) construção de saberes e conceitos formativos docente. Ademais, estabelece condições objetivas para a concretização da inovação, que contemplam estratégias de comunicação que favorecem o diálogo entre os sujeitos envolvidos.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Silva PS, Dias SL, Henriques JCF et al. Discurso sobre anatomia humana no currículo integrado de enfermagem. R. pesq.: cuid. fundam. Online. 2013. jan./mar. 5(1):3136-49.
2. Jardilino JRL, Amaral DJ, Lima DF. A interação professor-aluno em sala de aula no ensino superior. Rev. Diálogo Educ., Curitiba. 2010;10(29):101-119.
3. Mayner L, Gillham D, Sansoni J. Anatomy and physiology for nursing students: is problem-based learning effective? Professioni Infermieristiche. 2013 Vol. 66, Luglio - Settembre 2013, n. 3, pag. 182-86
4. Lima ES. Didática geral. Teresina: UAPI, 2010.
5. Verri ED, Deienno FS, Sampaio MGE, Gomes OA. Análise comparativa da metodologia de estudo para o ensino e aprendizagem de anatomia entre ABP/tradicional. Ribeirão Preto: UNAERP, Anais do XXIII Congresso Brasileiro de Anatomia, 2008.
6. Lima VM, Pereira K. Métodos de ensino-aprendizagem em anatomia humana e comparativa. Jataí, Anais do XXV Congresso de Educação do Sudoeste Goiano/Edição Nacional, 2009.

[LMCS2] Comentário: Não está em Vancouver

7. 15. Perrenoud, P. Formar professores em contextos sociais em mudança — prática reflexiva e participação crítica. *Rev. Bras. Educ.* 1999;12.
8. Pereira ALF. Pedagogical approaches and educational practices in health sciences. *Cad. Saúde Pública.* 2003;19(5):1527-1534.
9. Silva RA, Guimarães MM. Arte educação: facilitando o ensino de morfologia. *Educere.* 2004;4(1): 55-63.
10. Vavruk JW. A importância do estudo da anatomia humana para o estudante da área de saúde. *O Anatomista. Rev. Div. Cient. Soc. Bras. Anat.* 2012;2(3).
11. Oda JY, Castilho MAS, Castro SL. O ensino da anatomia humana e sua relevância para o curso de enfermagem. *EDUCERCE- Revista de Educação,* Umuarama. 2009;9(1):65-80.



36. EQUIPE DE MATRICIAMENTO PARA O ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: AVANÇOS E DESAFIOS

MATRIMATION TEAM FOR THE ATTENDANCE OF SEXUAL VIOLENCE VICTIMS: ADVANCES AND CHALLENGES

EQUIPO DE MATRICIAMENTO PARA LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE VIOLÉNCIA SEXUAL: AVANZOS Y RETOS

ROSSATO, Virginie Medianeira Dallago¹; BARATTO, Danièle Lang²

RESUMO

A violência tem sido reconhecida por instituições ligadas aos direitos humanos e organizações internacionais como questão de saúde pública. **Objetivo:** Relatar ações, que culminaram na organização e constituição da Equipe de Matriciamento em Violência Sexual do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Pontua-se neste artigo a trajetória e as formas de organização e mobilização, da rede e de profissionais para efetivar uma equipe capacitada e um espaço que atendesse a demanda emergente, ou seja, os casos de Violência Sexual. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, caracterizado como relato de experiência. **Resultados:** A mobilização do grupo buscou sensibilizar os gestores e profissionais da saúde para a organização de uma Equipe de Matriciamento para o atendimento às vítimas de Violência Sexual atendidas na região pertencente a 4^a Coordenadoria de Saúde. **Considerações Finais:** A Equipe de Matriciamento, constitui-se em dezembro de 2015, passando o HUSM ser referência para esse atendimento.

Descriptores: Violência Sexual; Serviço; Equipe.

ABSTRACT

Violence has been recognized by institutions linked to human rights and international organizations as a public health issue. **Objective:** In the present study, we intend to report actions, which culminated in the organization and constitution of the matrix support team in sexual violence at the Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). We describe in present article the trajectory and forms organize and mobilize, the network and the professional to implement a qualified team and a service area that account an emerging demand, that is, the cases of sexual violence. **Methods:** This study is a descriptive, characterized as an experience report. **Results:** The mobilization of group aimed to sensitize managers and health professionals to an organization of a matrix support team to attend the victims of sexual violence attended in the region belonging the 4th health coordinating. **Final considerations:** The team was constituted in december 2015, making HUSM a reference for this service.

Descriptors: Sexual Violence; Service; Team.

RESUMEN

La violencia ha sido reconocida por instituciones ligadas a los derechos humanos y organizaciones internacionales como cuestión de salud pública. **Objetivo:** En el presente estudio, se objetiva relatar acciones que culminaron en la organización y constitución del Equipo de Matriciamento en Violencia Sexual del Hospital Universitario de Santa María (HUSM). Se ponea en este artículo, la trayectoria y las formas de organización y movilización, de la red y de los profesionales, para efectuar un equipo capacitado y un espacio que atendiese la demanda emergente, o sea, los casos de violencia sexual. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, caracterizado como relato de experiencia. **Resultados:** La movilización del grupo buscó sensibilizar los gestores y profesionales de la salud para la organización de un Equipo de Matriciamento, con el intuito de atender las víctimas de violencia sexual atendidas en la región que pertenece a la 4^a Coordinadora de Salud. **Consideraciones finales:** El equipo de Matriciamento se constituyó en diciembre de 2015, cuyos efectos designan el HUSM como referencia para ese atendimiento.

Descriptores: Violencia Sexual; Servicio; Equipo.

Introdução

¹ Enfermeira. Doutora em Educação e Ciências: Química da Vida e Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria. Responsável pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria. Preceptora da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de saúde. Coordenadora do Projeto de extensão Violência Sexual é uma questão de saúde. Vamos falar sobre isso!? e da Equipe de Matriciamento em Violência Sexual/HUSM; Coordenadora do Grupo de Trabalho Integrado de Enfrentamento às Violências.

² Assistente Social. Especialista em Gestão Pública. Integrante da equipe do Pronto Socorro Pediátrico e do Ambulatório Pediátrico de Matriciamento em Violência Sexual do HUSM. Membro do Projeto de extensão Violência Sexual é uma questão de saúde. Vamos falar sobre isso!?

A violência é hoje uma das grandes preocupações em nível mundial, afetando a sociedade como um todo, grupos ou famílias e ainda, o indivíduo de forma isolada¹. Em relação a violência sexual, é vista como um fenômeno de conceituação complexo e multicausal, que atravessa uma intricada teia de aspectos sociais, culturais, religiosos e econômicos atingindo todas as faixas etárias e pessoas de ambos o sexo.¹

Segundo a Secretaria Especial de Direitos Humanos, no ano de 2015, a violência sexual de crianças e adolescentes, é quarta violação mais recorrente que chega ao Disque 100. Conforme consta nas informações do site da Secretaria: “Nos três primeiros meses do ano de 2015, foram denunciados 4.480 casos de violência sexual, o que representa 21% das mais de 20 mil demandas relacionadas a violações de direitos da população infanto-juvenil”.² No Brasil, em 2011, segundo o Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), foram registrados no Sistema Único de Saúde (SUS), 73.633 atendimentos de saúde relativos à violência doméstica, sexual e/ou outras violências sendo que 48.152 (65,4%) eram mulheres.³

Em pesquisa realizada, pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/Redes) de Santa Maria, no banco de dados do Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no ano de 2013, foram registrados 1.502 casos de violência sexual contra mulheres no Rio Grande do Sul. Dos quais 50% das vítimas foram meninas, de 10 a 19 anos; 30,43% em meninas abaixo de 10 anos; 8,45% em mulheres entre 20 e 29 anos; 2,7% em mulheres com 30 anos ou mais; 9,72% das vítimas apresentavam algum tipo de deficiência física ou mental; 5,06% eram gestantes; 67,38% dos abusos ocorreram na própria residência da vítima; 46,6% sofreram mais de um episódio de abuso.⁴

Este trabalho vem contextualizar a organização do serviço de atendimento as vítimas de Violência Sexual, que surge através de um movimento de profissionais que mobilizados por meio da formação de um grupo de trabalho denominado Grupo de Trabalho Integrado de Enfrentamento às Violências – GTIEV, promoveu um espaço de debate que culminou na formação da Equipe de Matriciamento do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Para entendermos o processo de organização e constituição da Equipe de Matriciamento em Violência Sexual e organização do serviço de atendimento no HUSM, faz-se necessário realizar uma retrospectiva que teve início no ano de 2005. O HUSM começou a notificar os casos de violência, iniciativa que se deu através de uma parceria com o Estado do Rio Grande do Sul quando esse aderiu ao Programa Sentinel criando o Observatório de Vigilância de Acidentes e Violência, que tinha a função de fazer a busca ativa para registro em banco de dados de acidentes e violências atendidos no serviço. Com a introdução da Notificação das Violências Doméstica, Sexual Violências e/ou outras Violências Interpessoais, no SINAN em 2010, o Observatório passou a

funcionar junto ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVEH) do HUSM criado em 2007 pela Instituição.³

Em 2012, foi realizada a capacitação para o atendimento às vítimas de Violência Sexual, promovida pelo Ministério da Saúde, dentro do Projeto Superando Barreiras. Este projeto tem como objetivo prover serviços de atendimento à mulher que sofre violência sexual, incluindo a interrupção legal da gravidez, de forma que este atendimento se torne uma rotina normal/regular nos hospitais brasileiros. O evento ocorreu no HUSM e contou com a participação de 131 profissionais de diferentes categorias, tais como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, delegados de polícia, entre outros.

A emergência de organizar um fluxo de atendimento, às vítimas de Violência Sexual, foi manifestada no I Encontro Regional “Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio” que congregou 168 profissionais da rede de atenção à saúde dos municípios da 4^a Coordenadoria Regional de Saúde e acadêmicos em geral. Evento realizado em 11 de junho de 2014 no HUSM, assim, a organização do evento entendeu a necessidade de manter encontros periódicos, pela importância e complexidade da temática da violência.⁵

Diante disso, foi criado o GTIEV, que teve suas ações iniciadas no segundo semestre do ano de 2014, contando com a participação de gestores, profissionais, residentes multiprofissionais e acadêmicos vinculados ao PET/Saúde. O GTIEV é coordenado pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HUSM tendo como um dos seus objetivos a articulação intersetorial entre os profissionais que atendem e acolhem pessoas em situação de violência no Município de Santa Maria/RS, com a proposta de construção de fluxos de atendimentos às demandas.

As discussões do Grupo se mantiveram nas duas urgências Tentativas de Suicídio e Violência Sexual às quais foram priorizadas para atendimento enquanto urgência conforme portaria 1271/14 ratificada na pela Portaria 204/16. O presente trabalho tem por objetivo relatar as ações que foram realizadas para efetivar a criação da Equipe de Matriciamento em Violência Sexual no HUSM e a atuação dessa equipe até o momento.⁶⁻⁷

Metódo

Trata-se de um estudo descritivo, caracterizado como relato de experiência, elaborado por profissionais do Hospital Universitário de Santa Maria/RS.

Resultados e discussão

Atualmente o HUSM é referência para o atendimento às vítimas de Violência Sexual no Município e Região, recebendo os usuários pelas portas de entrada do Pronto Socorro Adulto,

Pronto Socorro Pediátrico e Centro Obstétrico, além de atendimentos ambulatoriais que foram criados para o atendimento exclusivo de vítimas de Violência Sexual.

Para que o serviço fosse efetivado na sua integralidade, e organizado através da criação de fluxos e protocolos de atendimentos, ocorreram reuniões sistemáticas com a Promotoria de Justiça Especializada do Município, gestores locais e profissionais da rede. Nestas reuniões acordou-se que o HUSM deveria estar organizado para recebimento e atendimento as vítimas de violência da seguinte maneira:

- ✓ O Hospital será serviço de porta aberta, 24 horas para Violência Sexual;
- ✓ As portas abertas funcionaram com acolhimento e Classificação de Risco, com tempo de espera de 15 minutos;
- ✓ Constituição de equipe para o atendimento, composta por 1 Pediatra, 1 Ginecologista, 1 Psicóloga e 1 Assistente Social;
- ✓ Formação de uma Equipe de Matriciamento multiprofissional com estabelecimento de carga horária semanal, com salas para o atendimento, exames ginecológicos, sala de reuniões e supervisões;
- ✓ Estabelecimento de fluxo dos casos crônicos de violência sexual, os quais serão encaminhados ao HUSM, pela rede socioassistencial, unidades de saúde e demais órgãos de proteção.

Em maio de 2015, realizou-se uma reunião com a Promotoria de Justiça Especializada do município, ficando acordado que o HUSM teria 60 dias para se organizar para funcionar como Referência no atendimento a Violência Sexual. Frente ao compromisso firmado pelos gestores do HUSM, a equipe do NVEH com integrantes do GTIEV se reunia sistematicamente com representante da gestão para que o grupo se efetivasse.

Dando continuidade à organização do serviço promoveu-se uma capacitação, em julho de 2015 por profissionais do Centro de Referência no Atendimento Infanto Juvenil (CRAI) de Porto Alegre/RS, para partilhar a experiência do serviço. O evento “Violência Sexual é uma questão de saúde, vamos falar sobre isso?” A capacitação teve a adesão de 115 profissionais que estão envolvidos com atendimento às vítimas de Violência Sexual. O próximo passo, foi uma reunião entre gestores do HUSM e representantes do GTIEV pactuando uma equipe de referência, também foi acordado área física, horário de trabalho.

Em novembro de 2015 o HUSM foi cadastrado para atendimento à Violência Sexual, em dezembro constitui-se a Equipe de Matriciamento em Violência Sexual/HUSM, com 5 profissionais: Enfermeiras, Assistente Social, Médica Obstetra e Psicóloga. A Equipe foi efetivada através da Portaria 003/HUSM de 10 de fevereiro de 2016. Este apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, assim a

equipe tem como objetivo servir de referência para os atendimentos de emergências, organizar o atendimento ambulatorial, realizar as capacitações setoriais e representar a instituição frente essas demandas.⁸

As primeiras intervenções realizadas pela equipe foram a construção de três Procedimentos Operacionais Padrões (POPS). Nos POPs foram normatizados os fluxos Internos de atendimento e definidos os protocolos nos casos de abuso agudo (até 72 horas) e abusos crônicos (após 72 horas) de atendimentos à crianças/adolescentes, mulheres e homens. O objetivo do POP é esclarecer dúvidas, mas deve ser de modo contínuo, assim como a educação continuada e, por isso, há necessidade de treinamento específico sobre a sua utilização.⁹

No início de 2016 ingressou na equipe uma médica pediatra infectologista, assim foi organizado o serviço ambulatorial para crianças e adolescentes, de forma interdisciplinar, contando profissionais do Serviço Social e Psicologia. Lembrando que a atuação adequada nesses casos significa não somente minimizar as consequências essa vitimização como prevenir abusos futuros.¹⁰ Para que às instituições busquem se adequarem à constituição de 1988, que elegeu criança e adolescente como prioridade absoluta, a interdisciplinaridade é um recurso novo e essencial para o encaminhamento de um agravo, à violência sexual intrafamiliar, que é muito difícil de ser abordado.¹¹ Já o ambulatório adulto conta com uma médica ginecologista obstetra, uma assistente social, uma psicóloga e um médico infectologista.

Em maio de 2016 inaugura-se a Sala Matriciamento à Violência, o espaço utilizado para reuniões, acolhimento e discussão de casos. Também cria-se uma marca, para identidade visual da equipe. A equipe também integra um Projeto de Extensão Violência Sexual é uma Questão de Saúde Vamos Falar Sobre Isso?! Com Registro 042051.

Além destas atividades, a equipe promove eventos para sensibilização dos profissionais e acadêmicos, participa de capacitações e divulga o serviço para facilitar o acesso. A regulação assistencial promove a equidade do acesso aos serviços de saúde, garantindo a integralidade da assistência permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.¹² Ratificando o exposto, após a constituição da Equipe de Matriciamento e a organização do serviço, no ano de 2016 aumentou 124% os atendimentos comparando ao ano de 2015.

Em novembro 2016 a Equipe de Matriciamento juntamente com a Promotoria de Infância, Secretaria de Saúde e Conselhos Tutelares delineou um fluxo externo de atendimentos a crianças e adolescentes, nos casos de abusos crônicos, promovendo um acesso menos burocrático e qualificando a oferta do serviço. Nos casos de violência, são necessários intensos esforços de

articulação técnica e política para que a rede de atendimento se estruture e se mantenha.¹³ Reitera-se, que a organização do serviço foi fruto de uma luta de profissionais, que comprometidos com a problemática da violência construíram espaços de discussões, buscaram parcerias e tencionaram para que chegasse a este resultado.

Atualmente a Equipe de Matriciamento é formada por uma coordenadora, representante do Núcleo de Vigilância, uma assistente social, uma psicóloga, uma médica ginecologista, uma médica pediatra infectologista, uma enfermeira e uma bolsista. Conta-se com outros profissionais em outros setores que trabalham como apoiadores no HUSM.

Considerações finais

A oferta de uma atendimento qualificado e com ações efetivas é um ponto crucial no atendimento as vítimas de violência sexual. Assim o presente estudo vem ratificar a importância de organização de serviços, que abarquem esta demanda. Acolher e tratar violência sexual se diferencia, de certa forma, de outras práticas de saúde, exigindo profissionais qualificados e sensibilizados com a temática. Assim, ressalta-se a importância de movimentos de profissionais, como o ocorrido no Município de Santa Maria/RS, que com a Formação Grupo de Trabalho Integrado de Enfrentamento às Violências – GTIEV, possibilitou espaços de discussão da realidade local, no que tange a violência na suas mais diversas formas, e fazendo o recorte da Violência Sexual, proporcionou um movimento que culminou na criação da Equipe de Matriciamento em Violência Sexual do HUSM, e na pactuação do hospital como referência regional nos atendimentos de Vítimas de Violência Sexual.

O GTIEV continua se reunindo sistematicamente, tendo como objetivo atualmente a criação do Centro de Atendimento às Vítimas de Violência e a organização da Linha de Cuidado aos Usuários com Tentativa de Suicídio.

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

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.
2. Brasil. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Disque 100: Quatro mil denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes foram registradas no primeiro trimestre de 2015. Brasília; 2015 [acesso em 2017 mar 30]. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/noticias/2015/maio/disque-100-quatro-mil-denuncias-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-foram-registradas-no-primeiro-trimestre-de-2015>
3. Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN NET). [Internet]. [Acesso em 2017 mar 25]. Disponível em: <http://200.198.173.165/scripts/deftohtm.exe?sn=notindivinet>
4. Halberstadt BF, Kocourek S, Rossato VMD, Schramm N. Dados epidemiológicos da violência sexual contra a mulher no Rio Grande do Sul em 2013. In: V Semana Científica do HUSM e II

Jornada de Pesquisa do HUSM, 2014; Hospital Universitário de Santa Maria. Santa Maria: Revista Saúde (Santa Maria); 2014, p. 17-20.

5.Rossato VMD, Noal MHO, Ronsani APV, Theisen, C. Grupo de Trabalho Integrado de Enfrentamento às Violências: Relato de uma trajetória. In: 4ª Jornada Internacional de Enfermagem: Tecnologias e inovações no cuidado em saúde e 2º Seminário em Saúde Materno Infantil, 2015; Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2015. p 1-10.

6.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 União, Brasília, 9 jun. 2014. Seção 1, p 67.

7.Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. 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 União, Brasília, 18 fev. 2016. Seção 1, p 23.

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

9.Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev. LatinoAm. Enferm. 2008, 16(6): 966-972.

10.Pelisoli C, Pires JPM, Almeida ME, Dell'Aglio DD. Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência. Temas psicol. 2010, 18(1): 85-97.

11.Azambuja MRF. Violência sexual intrafamiliar: é possível proteger a criança? Textos e Contextos 2006, 5(1): 1-19.

12.Vilarins GCM, Shimizui HE, Gutierrez, MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. Saúde em Debate 2012, 36(95): 640-647.

13.Vilela WV, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. Cad. Saúde Pública 2007, 23(2): 471-475.



37. FAMÍLIAS RURAIS E PLANTAS BIOATIVAS: ESTIMULANDO O VÍNCULO E A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO

RURAL FAMILIES AND BIOACTIVE PLANTS: STIMULATING THE LINK AND THE PRODUCTION OF SCIENTIFIC KNOWLEDGE

FAMILIAS RURALES Y PLANTAS BIOACTIVAS: FOMENTAR LA FIANZA Y PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

BUSS, ELIANA¹; ISE, Fernanda²; HECK, Rita Maria³; SCHWARTZ, Eda⁴.

Introdução: A família é um sistema de cuidado em saúde para seus membros e um conjunto de crenças, valores, experiências que guiam ações na promoção da vida e no tratamento de sofrimentos do indivíduo. Neste contexto a família lança mão de diferentes estratégias para manter-se saudável, uma delas configura-se no uso de plantas bioativas. Estes cuidados em saúde são experenciados de geração em geração chamando a atenção dos pesquisadores e do governo, desta forma através do decreto 5.813 de 22 de junho de 2006 institui-se a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) no Sistema Único de Saúde (SUS).⁽¹⁾ Entre outras perspectivas objetiva ampliação da gama de tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde; diminuição nos custos dos tratamentos uma vez que estes são menos onerosos em se tratando do uso de plantas medicinais e fitoterápicos; diminuição da iatrogênica uma vez que as plantas medicinais e os fitoterápicos têm menor potencial de provocar efeitos adversos; facilidade de acesso às plantas medicinais tendo em vista que a magnitude da flora brasileira; estímulo da população para inserção da Fitoterapia no seu cotidiano; garantia do direito do usuário de escolher seu tratamento; empoderamento da participação popular no SUS uma vez que a população detém conhecimento empírico sobre as plantas bioativas; criação de uma cadeia produtiva de plantas bioativas nos municípios que implementarem a Fitoterapia. Para tanto, identificar a relação que os indivíduos constroem no cuidado a saúde e o uso das plantas bioativas é de suma importância. Uma metodologia que possibilita ao pesquisador uma visão geral da família possibilita ao pesquisador uma visão geral da família, retratando os vínculos desta com o que se pretende conhecer, ou seja, os sistemas mais amplos, geralmente construído em conjunto com os membros da família possibilitando uma maior fidedignidade da informação, é o ecomapa.⁽²⁾ **Objetivo:** conhecer o vínculo das famílias rurais com as plantas bioativas para o cuidado em saúde. **Metodologia:** Este estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado: “Autoatenção e uso de plantas medicinais no bioma pampa: perspectivas do cuidado de enfermagem rural” que consistiu em uma pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa com vistas ao resgate do uso das plantas medicinais e a autoatenção do cuidado em saúde. A pesquisa foi desenvolvida pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e pela Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – Embrapa Clima Temperado e contou com o financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O local do estudo compreendeu o território sul do Rio Grande do Sul, em 25 municípios do bioma

¹Enfermeira. Mestre em Gestão de Políticas Públicas. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. E-mail: busseliana@yahoo.com.br

²Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora titular da Faculdade de Enfermagem UFPel.

⁴Enfermeira, Mestre e Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

pampa, que compreende um conjunto ambiental de diferentes solos, recobertos, predominantemente, por vegetações campistas, sendo caracterizado por clima chuvoso, sem período seco sistemático, mas marcado pela frequência de frentes polares e temperaturas negativas no inverno. Sendo eles: Aceguá, Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Candiota, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Hulha Negra, Jaguá, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul, Turuçu. Elenca-se aqui a metodologia do estudo qualitativo que foi norteada pelo referencial antropológico tendo em vista a abordagem da autoatenção do cuidado em saúde e o uso das plantas medicinais. Os sujeitos participantes do estudo foram informantes chaves, conhecedores da vegetação locais e dos usos no cuidado em saúde. Em cada município estes sujeitos foram indicados pelos contatos previamente realizados através da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER) por ser conhecedor da vegetação local e dos usos no cuidado em saúde. Os instrumentos de pesquisa para coleta de dados foram a entrevista semi-estruturada observação assistemática não participante, construção do Ecomapa.⁽³⁾ A coleta teve inicio em janeiro de 2014 até julho de 2016. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e a análise dos dados serão organizados em unidades de significação, elencando o que é significativo dentro do sistema de cuidado da família. Nesta pesquisa foram respeitados todos os preceitos éticos e legais da pesquisa em enfermagem, bem como a Resolução 466/2012 de competência do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que emana diretrizes sobre pesquisa com seres humanos. Os participantes do estudo assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido e o projeto recebeu parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Pelotas, Ofício 076/2012.

Resultados: Foram elaborados 57 ecomapas, juntamente com o sujeito da pesquisa a fim de demonstrar quem são e como são os vínculos destas famílias quando se trata do tema plantas bioativas. Os ecomapas demonstraram que as trocas entre o conhecimento das plantas bioativas ocorre no ambiente familiar possuindo vínculos fortes na utilização das plantas. Os vínculos fortes prevalecem no círculo interno da própria família, entre pais, mães, irmãos, avós e avós. O que se verifica 10 anos mais tarde é semelhante ao que foi identificado em outro estudo⁽⁴⁾ que investigou as famílias rurais do Sul do Rio Grande do Sul onde o conhecimento sobre as plantas bioativas encontrava-se predominantemente na família. Assim, a pesquisa demonstrou a ação familiar cotidiana de cuidado, de credibilidade do discurso, de solucionar e sobrepor obstáculos que comprometem a qualidade de vida no sistema de cuidado mais amplo do grupo social. A PNPMF reconhece e valoriza o fato de que o uso de plantas medicinais está radicado na tradição popular uma vez que a população, detém amplo conhecimento sobre elas. A diretriz de número 10 da PNPMF recomenda: Promover e reconhecer as práticas populares de utilização das plantas medicinais e remédios caseiros.⁽¹⁾ Em relação a esse conhecimento, profissionais ainda têm uma atitude contrária ao que preconiza a PNPMF as representações mais amplas da classe médica. Em função disto, há a necessidade do estabelecimento de uma interação entre o conhecimento popular e o conhecimento científico. Há ainda a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) também instituída em 2006 onde esta enfatizada a necessidade resgatar e valorizar o conhecimento tradicional proporcionando a troca de informações entre grupos de usuários, detentores do conhecimento tradicional, pesquisadores, técnicos, trabalhadores em saúde e representantes da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos.⁽⁵⁾ Para aumentar o conhecimento dos profissionais de saúde, a PNPIC recomenda: Estimular as instituições de ensino superior a inserir nos cursos de graduação e pós-graduação, envolvidos na área, disciplinas com conteúdo voltado às plantas medicinais e fitoterapia.⁽⁵⁾ Os resultados dos ecomapas evidenciam seu caráter de recurso terapêutico excelente no cuidado às famílias rurais, facilitando o estreitamento da relação pesquisador-pesquisado, identificando o vínculo das famílias com as plantas bioativas, como prática cultural que tem sido utilizada por mais de duas gerações na mesma família.

Conclusões: O Brasil é um país de grande diversidade de espécies vegetais com poderes medicinais o que é reafirmado com o passar dos tempos devido ao constante uso das plantas bioativas para manter-se saudável ou tratar doenças. Desta forma esta característica provem de um saber que tem

sido considerado pela ciência uma vez que nos serviços de saúde que utilizam as plantas bioativas ou os fitoterápicos estão também os indivíduos que contem o saber empírico auxiliando nas capacitações , bem como na construção de farmácias vivas entre outros. No entanto o Brasil ainda carece de profissionais de saúde que detenham conhecimentos suficientes para implementar o uso das plantas bioativas no seu cotidiano e isto demanda estudos aprofundados. O ecomapa contribui na iniciativa de auxiliar aos profissionais de saúde no fortalecimento do vínculo com as famílias rurais e consequentemente no aprendizado deste saber já cientificamente comprovado.

DESCRITORES: Enfermagem; família; rural; vínculo

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. Nascimento LC, Dantas IRO, Andrade RD, Mello DF. Genogram and ecomap: brazilian nursing contributions. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2014 Jan-Mar cited 2015 Ago 07]; 23(1):211-20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100211
3. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção em família. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.
4. Piriz MA, Ceolin T, Mendieta MC, Mesquita MK, Lima CAB, Heck RM. O cuidado à saúde com o uso de plantas medicinais: uma perspectiva cultural. Cienc Cuid Saude 2014 Abr/Jun; 13(2):309-17.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPICT-SUS. 2006 Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p.



38. FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM AMBIENTE HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

FACTORS ASSOCIATED TO HAND HYGIENIC ACCESSION IN HOSPITAL ENVIRONMENT: INTEGRATING LITERATURE REVIEW

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHESIÓN DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO: REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

DAL ONGARO, Juliana¹; LUZ, Emanuelli Mancio Ferreira da²;
MAZZUCO, Marina de Souza³; GRECO, Patrícia Bittencourt Toscani⁴; LANNES, Taís Carpes⁵;
MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza⁶; GIACOMINI, Caroline Zottele Piasentin⁷

Resumo

Introdução: A higienização das mãos constitui uma importante ação de prevenção e controle das infecções, sendo que sua adesão, por parte dos profissionais de saúde, está diretamente relacionada com a infraestrutura adequada. **Objetivo:** Identificar na literatura os fatores associados à adesão da higienização das mãos em ambiente hospitalar, com vistas à segurança do paciente. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura, com levantamento nas bases de dados LILACS e PubMed. Foram utilizados os descriptores “enfermagem” and “desinfecção das mãos” and “serviços de saúde” and “segurança do paciente”. **Resultados e discussão:** Os fatores associados com a baixa adesão dos profissionais de saúde à prática de HM foram a infraestrutura, os equipamentos, a falta da realização de educação permanente. Os cartazes e materiais educativos foram estratégias que auxiliaram na adesão da HM. **Considerações finais:** O conhecimento sobre os fatores associados à adesão podem contribuir para ações mais eficazes relacionadas à segurança do paciente.

Descriptores: Segurança do Paciente; Higiene das mãos; Enfermagem; Serviços de saúde.

Abstract

Introduction: Hand hygiene is an important action in the prevention and control of infections, and its adherence by health professionals is directly related to adequate infrastructure. **Objective:** Identify in the literature the factors associated with the adhesion of hand hygiene in a hospital environment, with a view to patient safety. **Methodology:** Integrating review of the literature, with survey in the LILACS and PubMed databases. The descriptors "nursing" and "disinfection of hands" and "health services" and "patient safety" were used. **Results and discussion:** The factors associated with the low adherence of health professionals to HM practice were the infrastructure, the equipment, and the lack of permanent education. The posters and educational materials were strategies that helped in the adhesion of HM. **Final considerations:** Knowledge about factors associated with adherence may contribute to more effective actions related to patient safety.

Descriptors: Patient Safety; Hand Hygiene; Nursing; Health Services.

Resumen

Introducción: La higiene de manos es una acción importante para prevenir y controlar las infecciones, y su adhesión por parte de los profesionales de la salud, está directamente relacionada con la infraestructura adecuada. **Objetivo:** La literatura para los factores asociados con la adherencia de higiene de las manos en los hospitales, con vistas a la seguridad del paciente. **Metodología:** Revisión integradora de la literatura, una encuesta realizada en las bases de datos PubMed y LILACS. los descriptores se utilizaron "enfermería" y "desinfección de las manos" y "atención médica" y "seguridad del paciente". **Resultados y discusión:** Los factores asociados con la baja adherencia de los profesionales de

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC. Email: dongaro.ju@gmail.com Departamento de Enfermagem. Av. Roraima – 1000. Prédio 26. Sala 1339. Cidade Universitária. CEP: 97105-900.

² Enfermeira. Mestre. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Enfermeira do Hospital de Guarnição de Santa Maria

³ Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

⁴ Enfermeira. Mestre. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Professora da URI/Santiago.

⁵ Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

⁶ Enfermeira. Doutora. Professora da Universidade Federal de Santa Maria. Enfermeira no Setor Vigilância em Saúde Segurança do Paciente do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/EBSERH).

⁷ Enfermeira. Mestre. Enfermeira no Serviço de Controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCI) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/EBSERH).

la salud a la práctica HM fueron la infraestructura, el equipamiento, la falta de realización de la educación permanente. Carteles y materiales educativos fueron las estrategias que ayudaron a la adhesión de HM. **Consideraciones finales:** El conocimiento de los factores asociados con la adherencia puede contribuir a acciones más efectivas relacionadas con la seguridad del paciente.

Descriptores: Seguridad del Paciente; Higiene de las Manos; Enfermería; Servicios de Salud.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2004, propôs a Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Nessa aliança, vários países firmaram compromisso a respeito da segurança do paciente, tendo como um dos principais temas a Higienização das Mão (HM). A partir disso, foram dedicados esforços para fomentar a implantação de diretrizes e estratégias com vistas à adesão para a prática de HM, pelos profissionais de saúde.¹

Ao reportarmos para o âmbito hospitalar, sabe-se que instrumentos normativos reforçam a importância da prática de HM como ação de prevenção e controle das infecções hospitalares (IH). Define-se como IH alguma patologia adquirida após 72 horas de admissão no ambiente hospitalar, ou mesmo após a alta, quando esta possuir relação com a internação ou a procedimentos realizados no hospital.² Porém, o termo vem sendo substituído nos últimos anos por Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), no qual a designação passa a ser ampliada, considerando todos os locais que prestam assistência à saúde.³

Dentre as normativas sobre HM, está a Portaria nº. 2.616, de 12 de maio de 1998, que estabelece ações mínimas a serem desenvolvidas com vistas à redução da incidência das IRAS; e a RDC nº. 50, de 21 de fevereiro 2002, que institui as normas e projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, com vistas à efetivação da HM.¹ Destaca-se que as IRAS, no contexto atual, são consideradas um problema de saúde pública em âmbito global. Estas estão associadas à escassez e qualificação de recursos humanos, interligada a uma estrutura física inadequada dos serviços de saúde e ao desconhecimento de medidas de controle. Tal situação produz reflexos na segurança do paciente durante a prática do cuidar.^{3,4}

Na literatura, entre os principais motivos relacionados a não adesão desta prática, destaca-se a falta de motivação, ausência ou inadequação de pias, ou dispositivos de álcool gel próximos aos leitos, falta de materiais como sabão e álcool além de toalhas de papel e lixeiras.⁵ Nesta pesquisa, constitui-se como objeto de estudo os estudos que abordam os fatores associados a adesão da prática de higienização das mãos em ambiente hospitalar.

O interesse e justificativa por essa temática se relaciona a trajetória das autoras no Grupo de pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem”, com sub-linha de pesquisa em “Trabalho e Segurança do Paciente”, aonde foram oportunizados momentos em que surgiram inquietações e a possibilidade de realizar leituras e discussões sobre a temática. Também, os resultados subsidiarão o Trabalho de Conclusão de Curso de uma das autoras no Curso de Graduação em Enfermagem da

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), RS, Brasil. Sob essa perspectiva, o objetivo desta revisão foi identificar na literatura os fatores associados à adesão à higienização das mãos em ambiente hospitalar com vistas à segurança do paciente.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que visa identificar os fatores associados a adesão de higienização das mãos em ambiente hospitalar. A revisão integrativa é um dos métodos de pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidências a qual permite a incorporação das evidências na prática clínica. Ela tem como objetivo sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema de forma sistemática e ordenada.⁶ Este estudo seguiu os passos os seis passos propostos para uma revisão integrativa:1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa, 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura;3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa(níveis de evidência); 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.⁶

O levantamento dos estudos ocorreu nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), entre os meses de dezembro de 2016 à fevereiro de 2017. Foram utilizados os descritores “enfermagem” and “desinfecção das mãos” and “serviços de saúde” and “segurança do paciente”, alternando os mesmos com indicadores booleanos *AND* ou *OR* durante as buscas. Realizou-se o recorte temporal de 2011 a 2016, com o marco temporal da publicação da RDC 63, a qual dispõe sobre os Requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde.⁷

Os critérios de inclusão foram: artigos provenientes de pesquisa na temática de higienização das mãos em ambiente hospitalar; idiomas português, inglês ou espanhol, artigos com resumo completo, disponível *online* na íntegra gratuitamente. Foram excluídos os artigos em que os participantes abordados não foram trabalhadores da saúde, as monografias, teses e dissertações.

A busca foi realizada pela acadêmica e para a organização das informações contidas nas publicações científicas encontradas, foi utilizada a leitura flutuante dos títulos e resumos dos trabalhos, identificando-se o objeto, os objetivos e resultados. Os dados foram registrados em um quadro sinótico, que incluiu: título, autores, ano, revista, país, área do conhecimento que o estudo foi produzido, objetivos, método, principais resultados e conclusões. Para análise dos dados, utilizou-se a análise descritiva de forma a responder o objetivo desta revisão.

Resultados e discussão

Foram encontrados 11 artigos na base de dados do LILACS e, também 11 artigos na base de dados da PubMed totalizando 22 produções. Destes, sete artigos da LILACS e 10 da PubMed não responderam à pergunta de pesquisa. Foram incluídos cinco estudos, quatro provenientes da LILACS e um da PubMed, os quais integraram a presente revisão narrativa

Os resultados são apresentados de acordo com abordagem quantitativa descritiva e as discussões com os principais aspectos encontrados nos artigos acima selecionados.



Quadro 1- Quadro sinóptico com os artigos selecionados nas bases de dados LILACS e PubMed. Santa Maria/RS/Brasil (2016).

TÍTULO	AUTORES	ANO	REVISTA	PAÍS	ÁREA DO CONHECIMENTO	OBJETIVOS	MÉTODO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA*	PRINCIPAIS RESULTADOS	PRINCIPAIS CONCLUSÕES
01/LILACS Desafio ao uso das preparações alcoólicas para higienização das mãos nos serviços de saúde	Prado, Maria Fernanda do; Maran, Edilaine	2014	Escola Anna Nery Revista de Enferm	Brasil	Enfermagem	Refletir sobre aspectos relacionados ao uso das preparações alcoólicas para higienização das mãos, no contexto dos serviços de saúde.	Reflexão teórica acerca do uso das preparações alcoólicas para a higienização das mãos nos serviços de saúde, fundamentada nas normativas internacionais e nacionais vigentes.	VII	A comprovação da eficácia antimicrobiana das preparações alcoólicas, por métodos rigorosos é fundamental para a utilização nos serviços de saúde. Coexistem ainda outras variáveis envolvidas na eficácia da HM, como a sua duração, o volume do produto a ser aplicado e a aceitabilidade.	Identificam-se lacunas nas normativas oficiais, que podem comprometer o controle de infecções e a segurança do paciente.
02/LILACS Promotion of hand hygiene strengthening initiative in a Nigerian teaching hospital: implication for improved patient safety in low-income health facilities	Uneke, Chigozie Jesse et al.	2014	Brazil Jornal infectologia	Nigéria	Enfermagem	Promover a adoção das Diretrizes de Higiene das Mãos da Organização Mundial de Saúde para melhorar a conformidade entre médicos e enfermeiros e melhorar a segurança dos pacientes.	O delineamento do estudo foi uma intervenção transversal em um Hospital Federal Ensino do Sudeste da Nigéria. intervenções envolvendo treinamento/educação; introdução de fraccionamento das mãos; lembretes de higiene das mãos. O impacto das intervenções e o cumprimento da higiene das mãos foram avaliados utilizando a técnica de observação direta da Organização Mundial de Saúde	V	A taxa de adesão à higiene das mãos após a intervenção foi de 65,3%. As indicações de higiene das mãos apresentaram maior índice de adesão após 75,3% de exposição ao fluido corporal e 73,6% ao paciente, enquanto que a menor taxa de adesão foi registrada antes do contato com o paciente (58,0%). A taxa de adesão à higiene das mãos foi significativamente maior entre os enfermeiros (72,9%) do que os médicos (59,7%) ($\chi^2 = 23,8$, $p < 0,05$).	As campanhas de higiene das mãos, utilizando as ferramentas e a metodologia da Organização Mundial de Saúde, podem ser executadas com sucesso em um centro de saúde terciário de baixa renda com melhorias de conformidade de longo alcance.
03/LILACS Higienização das mãos e a segurança do paciente	Silva, Franciele Maciel et al.	2013	Cienc. Enfermagem	Brasil	Enfermagem	Avaliar se a HM, realizada antes do preparo e da administração de medicamentos e	Estudo quantitativo exploratório descritivo realizado de agosto a novembro de 2010, cuja coleta de dados foi	V	Constatou-se a baixa adesão à prática de HM mãos e estrutura inadequada, segundo as diretrizes estabelecidas pela OMS e ANVISA.	Há necessidade de se reestruturar o espaço físico e fornecer condições favoráveis para realização das técnicas de

pediátrico.						fluidoterapia, pelos profissionais de enfermagem segue as diretrizes estabelecidas pela OMS e ANVISA.	implantada por meio da observação direta da HM em uma unidade de internação pediátrica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil, nos turnos manhã e tarde.			higienização das mãos pelos profissionais, como também a educação continuada.
04/ LILACS Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente	Bathke, Janaína et al.	2013	Revista Gaúcha de enfermagem	Brasil	Enfermagem	Investigar a infraestrutura material e a adesão à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva do sul do Brasil, em 2010.	Os dados foram coletados por observação direta não participante e emprego de instrumento autoaplicável a 39 profissionais, analisados com auxílio de Teste do χ^2 , estatística descritiva e análise de discurso quantitativa	V	Embora os profissionais superestimem a adesão, reconheçam a prática como relevante para a prevenção de infecções e refiram não haver fatores de impedimento, entre 1277 oportunidades observadas, a adesão foi de 28,6%, e significativamente menor antes do contato e dos procedimentos assépticos do que após o contato com o paciente. A infraestrutura apresentou-se deficiente em funcionalidade.	Os resultados implicam risco para a segurança dos pacientes, sendo relevante o planejamento de ações corretivas e que promovam essa prática.
01/ PubMed Políticas de controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: análise conceitual	Oliveira HM, Silva CP, Lacerda RA.	2016	Revista Escola Enfermagem/ USP	Brasil	Enfermagem	Este artigo é um estudo teórico-reflexivo que tem como objetivo verificar à luz das políticas de controle e prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), a evolução e as mudanças na qualidade da assistência ao paciente ao longo dos anos no Brasil.	Trata-se um estudo teórico-reflexivo.	VII	Aspectos sobre IRAS e o processo de mudança nas políticas de saúde no Brasil, bem como a qualidade da assistência associada ao seu controle, são abordados em relação às políticas de segurança do paciente. Há novas e várias propostas teóricas e práticas criadas no Brasil.	Apesar da dificuldade de medir a segurança do paciente, direcionada à prevenção e controle das IRAS, enfatiza-se que somente criar políticas, estabelecer normas, diretrizes e indicadores não são suficientes.

*Fonte:

Stillwel,

Fiuneaut-

Overholt,

Melnyk,

Williansom.⁸

A HM é uma medida primária individual simples, de fácil execução e menos onerosa para prevenir a propagação das IRAS. A contaminação das mãos ocorre, principalmente, pelo contato direto com paciente ou indireto pelo contato com superfícies, equipamentos e mobiliários previamente contaminadas.⁹ Estudo¹⁰ realizado sobre a oportunidade de prática de HM pelos profissionais de saúde, verificou que das 1206 oportunidades, houve adesão em somente 481 (39,9%) oportunidades. Destas, 208 foram realizadas antes e após o procedimento o que indica uma taxa de higienização correta das mãos de 17,2%.¹⁰

Contudo, a HM deve ser realizada nos momentos certos e através da utilização de água e sabão, com a preparações alcólicas à 70% e/ou através do uso de antissépticos. Essa prática previne as IRAS, especialmente em ambientes hospitalares. No que tange à oportunidade para HM, os estudos mostraram percentuais similares. Em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de adultos de um hospital de ensino, foram observadas 1277 oportunidades para a prática de HM, com predomínio para não adesão, em relação as oportunidades de HM (73,5%, N=939) e taxa geral de adesão positiva de 26,5% (N=338).¹¹ Ao ser analisado os turnos de trabalho e a adesão da HM, obteve-se 28,6% de adesões pela manhã, 22,8% no período vespertino e 28,8%, no noturno, respectivamente.¹¹ O maior percentual das oportunidades de HM observadas foram antes e após o contato com o paciente e/ou ambiente.¹¹

Quando abordada a categoria profissional e a realização de HM, evidenciou-se no estudo que a taxa de adesão à prática de HM, entre os auxiliares de enfermagem e os médicos foram significativamente maiores que a taxa de adesão de técnico em enfermagem, enfermeiro e fisioterapeuta, sendo que estes não diferiram entre si.¹¹ Sabe-se que a ANVISA preconiza como equipamentos necessários para a prática efetiva de HM, em qualquer estabelecimento de serviços de saúde, lavatórios, lavabo cirúrgico, dispensadores de sabonete líquido, antissépticos, dispensadores de papel toalha, soluções alcoólicas degermantes; água e lixeiras com pedais.¹² Sendo também, obrigatório que os lavatórios sejam de uso exclusivo para a HM, possuam profundidade suficiente para que o profissional de saúde lave as mãos sem encostá-las nas paredes laterais ou bordas da peça e tampouco na torneira e que ainda, evite respingos nas laterais do lavatório, no piso e no profissional.¹²

Todavia, alguns fatores podem estar associados com a não adesão dos profissionais de saúde à prática de HM. Entre eles,¹¹ identificou que quando a infraestrutura é inadequada, nos setores hospitalares, a prática de HM se torna ineficaz e, apontou a fragilidade estrutural de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde a mesma possuía a relação de 1,4 lavatórios por leito ativo, que menos da metade das estações reunia condições estruturais e de abastecimento ideais para a prática correta de HM. Nesse contexto de infraestrutura nos serviços de saúde para a prática de HM, é identificada uma associação com o fornecimento inadequado de água, dispensador de sabonete líquido

e papel toalha como também a falta de consciência de profissionais, ausência de orientações, e a não realização de educação permanente sobre HM.¹³

É compromisso da instituição hospitalar seguir as recomendações e estratégias de acordo com as diretrizes estabelecidas pela OMS e ANVISA.¹⁴ Como estratégias para melhorar a adesão da prática de HM, o estudo elenca os seguintes: realização de orientações, educações continuadas regulares sobre a prática de HM com foco na prevenção das IRAS, bem como a necessidade de reorientações periódicas a partir dos indicadores de IRAS com vistas à melhorias e comprometimento por parte dos profissionais a adesão da HM.¹³

Sabe-se que a informação sobre a importância da HM, bem como a visualização, por meio de cartazes e materiais educativos dispostos nas unidades hospitalares, são estratégias que auxiliam na adesão da HM. Uma maior adesão a prática de HM, por parte dos profissionais, foi identificada após a intervenção com as indicações dos cinco momentos para HM, onde a taxa de adesão após exposição corporal foi de 75,3% e após o contato com um paciente foi de 73,6%, enquanto a menor taxa de adesão foi 58,0%, registrada antes de tocar no paciente.¹³ Todavia, há lacunas nesse processo de informação dos profissionais, como a falta de cartazes que promovam e identifiquem a técnica correta dos cinco momento para a HM.¹⁴

Também, quanto à informação, os trabalhadores de saúde de um hospital público relatam que nunca receberam instrução específica sobre a HM, nos últimos dois anos.¹³ Com isso, torna-se fundamental a atualização dos profissionais de saúde quanto aos protocolos de HM, prepará-los com capacitações, demonstrações da importância da prática diária das HM e seus benefícios com a segurança do paciente e prevenção de IRAS em âmbito hospitalar. Outro resultado apresentado a partir desta revisão da literatura foi que, não há como quantificar a segurança do paciente nos ambientes hospitalares e somente elaborar medidas, políticas, normas e indicadores, estes não garantem a prática de HM.¹⁵ Caso não haja suporte na infraestrutura para a realização das HM e condições adequadas para a adesão dos profissionais nessa e demais práticas que visem a prevenção de IRAS, o controle das infecções não será alcançado.¹⁵

A presente busca na literatura possibilitou identificar que há necessidade de realizar outras investigações sobre a adesão para a prática de HM, nos hospitais, especialmente no que se refere à estrutura adequada para essa prática.

Considerações finais

O estudo poderá contribuir com as instituições de saúde, especialmente hospitalares, na medida em que fornece evidências dos fatores associados a adesão para a prática de HM, como a estrutura, equipamentos, meios de informação e educação permanente. Assim, estas evidências poderão nortear a prática das instituições hospitalares, a fim, de aumentar a adesão da HM. Da

mesma forma, poderá contribuir com a construção do conhecimento na enfermagem no que diz respeito à segurança do paciente e prevenção de IRAS. No que se refere à formação acadêmica será possível ampliar as discussões e o envolvimento do graduando com a temática, a fim de que ele possua um olhar crítico ao atuar nas instituições e possa desenvolver ações de promoção da segurança do paciente.

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

Referências

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília: Anvisa, 2007. 52 p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar. Brasília (DF): ANVISA; 2006.
3. Padoveze MC, Fortaleza CMCB. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2014; 48(6): 995-1001.
4. Oliveira AC, Paula AO. Infecções Relacionadas ao Cuidar em Saúde no Contexto da Segurança do Paciente: Passado, Presente e Futuro. Revista Mineira de Enfermagem REM. 2013; 17(1): 216-220.
5. Coelho MS, Silva AC, Faria SSM. Higienização das mãos como estratégia fundamental no controle de infecção hospitalar: um estudo quantitativo. Enfermería Global. 2011; 10(1): 1-9. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/115161/10998>. Acesso em: 24 ago. 2016.
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. 2008; 17(4): 758-764. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Acesso em: 24 abr. 2016.
7. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n°. 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, nov, 2011.
8. Stillwell SB, Fineout-Overholt, E, Melnyk, BM, Williamson, KM. Searching for the Evidence: Strategies to help you conduct a successful search. American Journal of Nursing (AJN). 2010, 110(1): 51-53. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20520115>. Acesso em: 24 abr. 2017.
9. Paim RSP, Lorenzini E. Estratégias para prevenção da resistência bacteriana: contribuições para a segurança do paciente. Revista cuidar. 2014; 5(2): 757-64.
10. Santos TCR, Roseira CE, Piai-Moraes TH, Figueiredo RM. Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. Rev Gaúcha Enferm. [online] 2014 [acesso em 07 fev 2017] 35(1): 70-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n1/pt_1983-1447-rgenf-35-01-00070.pdf>.
11. Bathke J, Cunico PA, Maziero ECS, Cauduro LFF, Sarquis LMM, Cruz EDA. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(2): 78-85, 2013.
12. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das mãos. 109 p, 1^a edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
13. Uneke CJ, Ndukwe CD, Oyibo PG, Nwakpu KO, Nnabu RC, Prasopa PN. Promotion of hand hygiene strengthening initiative in a Nigerian teaching hospital: implication for improved patient safety in low-income health facilities. Braz J Infect Dis [Internet]. 2014 Jan [cited 2017 Feb 05]; 18(1): 21-27. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702014000100021&lng=en. Epub Sep 09, 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2013.04.006>.

14. Silva FM, Porto TP, Rocha PK, Lessmann JC, Cabral PFA, Schneider KLK. Higienização das mãos e segurança do paciente pediátrico. *Ciência Y Enfermeria*. 2013; 19(2): 99-109, 2013.
15. Oliveira HM, Silva CPR, Lacerda RA. Políticas de controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: análise conceitual. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(3): 502-508.



39. FORMAÇÃO DE GRUPO DE PESQUISA SOBRE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES CUTÂNEAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

TRAINING OF RESEARCH GROUP ON PREVENTION AND TREATMENT OF SKIN INJURIES: EXPERIENCE REPORT

GRUPO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA FORMACIÓN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO A LESIONES DE LA PIEL: RELATO DE EXPERIENCIA

TRISTÃO, Fernanda Sant'Ana¹; SCHULTZ, Vania Greice da Paz²; VIERO, Natieli Cavalheiro³

Introdução: Grupo de pesquisa é definido como um grupo de pesquisadores que se estruturam em uma área do conhecimento, com o objetivo de desenvolver pesquisa científica. A institucionalização dos grupos de pesquisa no Brasil é uma prática que tem consolidado a pesquisa no país. Os grupos são responsáveis por grande parte das investigações realizadas na atualidade e pela formação de inúmeros pesquisadores. No entanto, existe distanciamento entre o conhecimento científico produzido e a utilização do resultado dos estudos e sua aplicação na prática assistencial, assim como a colaboração interdisciplinar, já que grande parte dos grupos de pesquisa no Brasil estão vinculados a instituições de ensino e universidades que muitas vezes produzem estudos sem vinculação ou interação com os serviços de saúde, dissociando a produção de conhecimento em saúde com o desenvolvimento de práticas assistenciais. Faz-se necessário que os grupos de pesquisa não só gerem e difundam o conhecimento, mas também, promovam a integração de forma a produzir conhecimentos sobre os serviços e para os serviços de forma que os avanços científicos e tecnológicos, sejam por eles utilizados. A vinculação de grupos de pesquisa voltados à prevenção e tratamento de lesões cutâneas com os hospitais é uma estratégia importante para a produção de conhecimentos que os orientem para o manejo das lesões cutâneas, que são lesões de etiologia variada que acometem grande parte dos pacientes internados, já que muitas delas representam um grave problema de saúde pública devido ao grande número de pacientes acometidos, gerando aumento da média de internação, aumento do custo do tratamento e diminuição da qualidade de vida. **Objetivo:** relatar a experiência da formação de um grupo de pesquisa em prevenção e tratamento de lesões cutâneas e em um hospital público de ensino e a utilização do conhecimento produzido. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em um hospital de ensino do sul do Rio Grande do Sul. O estudo foi realizado no período de novembro de 2016 e janeiro a abril de 2017. **Resultados:** frente à necessidade gerar e difundir conhecimentos que contribuam para a melhoria da qualidade da assistência o Grupo de Pele da instituição conjuntamente com docentes e alunos da Faculdade de Enfermagem, conceberam um Grupo de Estudo e Pesquisa com foco na Prevenção e Tratamento de Lesões Cutâneas com o objetivo de produzir, divulgar e aplicar os conhecimentos científicos adquiridos em estudos e pesquisas na área, a fim contribuir com o ensino, a pesquisa e a assistência na instituição e fora dela. Visando difundir a cultura da pesquisa na instituição, o grupo alinhou algumas estratégias dentre elas destacam-se: organização das atividades do grupo de pesquisa dentro da instituição em

¹ Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Prevenção e Tratamento de Lesões Cutâneas (GEPPTELC).

² Enfermeira Assistencial do Hospital Escola UFPEL/EBSERH. Aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPEL. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa em Prevenção e Tratamento de Lesões Cutâneas (GEPPTELC).

³ Enfermeira Assistencial do Hospital Escola UFPEL/EBSERH. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa em Prevenção e Tratamento de Lesões Cutâneas (GEPPTELC). E-mail: natieliviero@hotmail.com
[Digite texto]

[LMCS3] Comentário: Ajustar o período no qual o estudo foi realizado. A informação não está comprehensível.

local e hora pré-definidos; levantamento das necessidades do serviço em relação a melhorias de processos; desenvolvimento de atividades de capacitação para pesquisa voltada para os profissionais de saúde; atividades de educação e capacitação sobre o tema prevenção e tratamento de lesões cutâneas; desenvolvimento de pesquisas voltadas para o cotidiano da instituição em consonância com políticas nacionais de educação na saúde e nas seguintes linhas de pesquisa, como assistência em pediatria e neonatologia, assistência em clínica cirúrgica e médica e assistência em oncologia, que contemplam as áreas de atendimento na instituição e apoio técnico ao grupo de pele do hospital. A estruturação das atividades foi organizada da seguinte forma: em relação a organização das atividades do grupo de pesquisa dentro da instituição em local e hora pré-definidos foi elaborado um cronograma de reuniões ordinárias do grupo que levou em consideração a disponibilidade dos participantes em relação ao turno, horário e local. Essa iniciativa possibilitou a participação de um número maior de trabalhadores nas reuniões e também maior assiduidade por parte deles. Em relação ao levantamento das necessidades do serviço em relação às melhorias de processos, foi feito um inquérito junto aos membros do grupo e gestores da instituição sobre quais processos em relação a prevenção e tratamento de lesões que precisariam de aperfeiçoamento, técnico, educacional ou gerencial. Esse levantamento subsidiou a construção da agenda de trabalho do grupo delimitando as ações a serem desenvolvidas nos anos de 2016 e 2017. No que se refere ao desenvolvimento de atividades de capacitação para pesquisa voltada para os profissionais de saúde, foi criado um cronograma de atividades que contemplou ações de formação como o desenvolvimento de um curso de capacitação para revisão bibliográfica, dois de capacitação para preenchimento do currículo lattes, e sobre métodos de pesquisa. Sobre as atividades de educação e atualização sobre o tema prevenção e tratamento de lesões cutâneas foram desenvolvidas atividades temáticas de cunho mais específico voltadas aos membros do grupo de pesquisa e gerais voltadas para os profissionais da instituição. Dentre elas destaca-se o “Dia de Prevenção das Lesões por Pressão” possibilitando um espaço de discussão e atualização sobre o tema, já que este é um dos tipos de lesões cutâneas com maior prevalência na instituição. Nesta oportunidade foram discutidas formas de prevenção. Uma outra ação importante foi a atualização sobre tratamento de úlceras vasculogênicas. A capacitação teve como foco as novas tecnologias para o cuidado, já que esse tipo de lesão acomete grande parte dos pacientes assistidos pelas Equipes Multidisciplinares de Atendimento Domiciliar da instituição. Realização do primeiro I Simpósio de Prevenção de Lesões Cutâneas, que contou com a participação de 170 profissionais. No encontro foram abordados os seguintes temas: prevenção de lesões por pressão, prevenção de dermatite associada a incontinência, prevenção de lesão em ostomias, prevenção de lesões cutâneas em recém-nascidos, manejo de feridas oncológicas e organização de serviços voltados a prevenção e tratamento de lesões cutâneas. Em relação ao desenvolvimento de pesquisas voltadas para o cotidiano da instituição, foram construídos dois projetos de pesquisa em parceria com alunos do curso de graduação em enfermagem da universidade; um voltado a identificação de fatores de risco e prevalência de lesões por pressão em pacientes adultos internados na instituição e o outro a voltado a identificação prevalência de lesões cutâneas em usuários do serviço de atenção domiciliar vinculado ao hospital. Os projetos foram apresentados e aprovados por uma banca examinadora, encaminhados ao Comitê de Ética e Pesquisa e estão em fase de execução. Esses dois estudos, são os primeiros empreendidos na instituição que tem como propósito um mapeamento institucional de lesões cutâneas. Em relação ao apoio técnico ao grupo de pele do hospital o grupo de pesquisa, auxiliou na construção de uma ficha de avaliação de risco e prevalência de lesão por pressão, com o objetivo de detectar os fatores de risco presentes, número e o estágio das lesões identificadas, além de descrever o perfil sociodemográfico e identificar o perfil clínico dos pacientes com lesões cutâneas internados no hospital. O instrumento foi construído através da discussão nas reuniões do grupo, testado e aplicado pelos seus membros. O grupo de pesquisa auxiliou o grupo de pele, na construção do projeto para implantação de uma escala de avaliação de risco para lesão por pressão, conduzindo a construção do projeto, validação do instrumento pelos pares – integrantes do grupo de pesquisa e

[Digite texto]

[LMCS4] Comentário: Uniformizar se vai utilizar o termo em letras maiúsculas ou minúsculas.

enfermeiras do hospital e aplicação do teste piloto em algumas unidades. No momento o projeto está em andamento para futura implantação em todo o hospital. **Conclusões:** a criação de grupos de pesquisa que articulam a prática assistencial em saúde se faz cada vez mais necessária em um contexto onde há um crescimento das doenças crônico degenerativas e diminuição dos recursos a serem aplicados nos serviços. Nesse sentido, essa experiência de prática assistencial fundamentada na pesquisa tem um papel importante porque nos mostra a possibilidade do uso dos recursos humanos, materiais e financeiros dos serviços de saúde que reverte na qualidade da assistência.

DESCRITORES: Grupos de Pesquisa; Ferimentos e Lesões; Enfermagem.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências

- 1.Ribeiro MS, Pompeo DA, Souza MG. Grupos de pesquisa na Enfermagem brasileira em saúde mental e psiquiatria. Arq. Ciênc. Saúde. 2016; 23(1):58-62.
- 2.Gomes DC, Backes VMS, Lino MM, Canever BP, Ferraz F, Schveitzer MC. Produção científica em Educação em Enfermagem: grupos de pesquisa Rio de Janeiro e Minas Gerais. Rev Gaúcha Enferm. 2011; 32(2):330-7.
- 3.Erdmann L, Santos AG, Klock JL, Soder P, Erdmann RM, Dal Sasso GTM. Políticas, gerência e inovação de grupos de pesquisa para a excelência em enfermagem. Aquichán. 2013; 13(1):92-103.



[Digite texto]

40. FRENTISTAS DE POSTOS DE COMBUSTÍVEIS: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE TRABALHADORES DE SANTA MARIA-RS

ATTENDANTS IN GAS STATIONS: SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF EMPLOYEES FROM SANTA MARIA – RS

ASISTENTES DE GASOLINERAS: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE TRABAJADORES DE SANTA MARÍA – RS

PESERICO, Anahlú¹; BECK, Carmem Lúcia Colomé²; SILVA, Rosangela Marion da³; COELHO, Alexa Pupiara Flores⁴; SILVA, Jonatan da Rosa Pereira da⁵; TRINDADE, Liliane Ribeiro⁶

Introdução: O trabalho é central na vida, na formação da identidade do trabalhador, perpassando todos os espaços de sua existência e da sociedade, abrangendo a questão social, econômica, política e da saúde¹. Nessa direção, atualmente, observam-se mudanças no contexto econômico advindas de fenômenos tais como: a ascensão da renda familiar nos últimos anos, o crescente aumento do acesso a bens de consumo, as taxas de crédito, financiamentos e consórcios, os investimentos no setor automobilístico e a acelerada produção em massa. Além da incidência de campanhas publicitárias e promocionais visando à comercialização, os quais contribuem com o acréscimo do número e circulação de veículos automotivos. Frente a isso, evidencia-se que estas transformações culminam no aumento do número de veículos circulantes e, portanto, acrescendo-se a necessidade de empresas que trabalhem com a oferta de combustíveis². Conforme a Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) nº 273 de 2000, tais empreendimentos são definidos como Posto Revendedor (PR), instalação onde se exerce a atividade de revenda varejista de combustíveis líquidos derivados de petróleo, álcool combustível e outros combustíveis automotivos, dispondo de equipamentos e sistemas para o seu armazenamento e equipamentos medidores³. O ambiente dos postos de combustíveis propicia, aos trabalhadores, inúmeros riscos e agravos à saúde, os quais devem ser considerados nocivos ao processo saúde-doença do profissional exposto, podendo-se destacar: o contato com combustíveis e outros produtos químicos, como o benzeno, a permanência junto às bombas de combustíveis, ruído, vibração, calor, frio, risco de atropelamento, assaltos, incêndios e explosão, repetitividade de movimentos, longas jornadas de pé e sobrecarga de trabalho pelas múltiplas funções que desempenham⁴. Frente ao exposto, considera-se relevante identificar e

¹Enfermeira, Mestra em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Enfermeira assistencial na Unidade de Cirurgia e Recuperação Pós-anestésica do Hospital Universitário de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem”, linha de pesquisa “Saúde do Trabalhador”. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: anahlupeserico@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor titular do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem”, Coordenadora da linha de pesquisa “Saúde do Trabalhador”. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor adjunto I do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem”, linha de pesquisa “Saúde do Trabalhador”. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem” linha de pesquisa “Saúde do Trabalhador”. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁵Acadêmico de Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem”, linha de pesquisa “Saúde do Trabalhador”. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁶Enfermeira. Especialista em Saúde do Trabalhador. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem”, linha de pesquisa “Saúde do Trabalhador”. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

[Digite texto]

conhecer, por meio de dados sociodemográficos, quem são os trabalhadores que estão na linha de frente do trabalho em postos de combustíveis. **Objetivo:** Descrever o perfil sociodemográfico de trabalhadores frentistas de postos de combustíveis do município de Santa Maria no estado do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Os dados apresentados neste estudo foram extraídos de uma dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Maria no ano de 2016. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo. Os cenários de estudo foram postos de combustíveis localizados na área urbana da cidade de Santa Maria, estado do Rio Grande do Sul. Quanto aos critérios de inclusão da pesquisa, realizou-se o mapeamento da distribuição dos postos de combustíveis por Regiões Administrativas (RA) do município, que objetivou abranger de forma igualitária todas as regiões do mesmo. Após, foi realizado o sorteio manual de um posto de combustível por RA, totalizando oito postos de combustíveis selecionados. Os participantes foram os trabalhadores frentistas de ambos os sexos, a escolha dos mesmos foi realizada através da solicitação de listagem dos trabalhadores frentistas, junto aos administradores dos postos, os quais, após sorteio manual, foram contatados em seu ambiente de trabalho e convidados a participar do estudo. A técnica eleita para a coleta dos dados foi a entrevista semiestruturada, as quais foram gravadas em áudio e transcritas, conferindo maior fidedignidade aos dados coletados. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 35 minutos. Cada participante da pesquisa assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o projeto foi aprovado pelo do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 43676115.7.0000.5346. **Resultados:** Os dados sociodemográficos foram extraídos da entrevista semiestruturada realizadas com os trabalhadores frentistas. Em relação ao perfil dos participantes da pesquisa, seis participantes eram do sexo masculino e dois do sexo feminino demonstrando a predominância do sexo masculino nesse ambiente de trabalho. Nesse sentido, cabe salientar, que a construção social de gênero, a qual atribui aos homens trabalhos onde a exigência do uso da força física faz-se necessário pode implicar em maior dificuldade de inserção feminina nestes ambientes de trabalho. Outros estudos com esta população corroboram esta afirmativa⁵, ainda em estudo com um número significativo de participantes, 221 frentistas, realizado na cidade de Rio Grande no estado do Rio Grande do Sul, observou-se que a maioria dos trabalhadores (90,5%) também era do sexo masculino e 21 (9,5) do sexo feminino. Corroborando que o fato de a maioria dos participantes ser do sexo masculino pode estar relacionado a ocupações que envolvem riscos óbvios, como motoristas de caminhão, trabalhadores portuários e trabalhadores expostos ao benzeno, como é o caso dos trabalhadores frentistas e que tradicionalmente são ocupados por homens⁴. No que tange a faixa etária dos trabalhadores frentistas encontrada no estudo, predominou o adulto jovem, com faixa etária entre 21 a 38 anos, sendo encontrado ainda um participante com 45 anos. Assim, infere-se que o trabalho em postos de combustíveis é percebido como uma possibilidade de inserção no mercado de trabalho. Já outro estudo⁴ demonstrou uma oscilação entre 19 e 64 anos, com média de 30 anos ($\pm 9,58$). Quanto à escolaridade, a maioria dos participantes deste estudo possuía ensino médio completo, ainda sendo encontrado um participante com ensino médio incompleto e um participante com ensino fundamental incompleto. Outros estudos verificam a prevalência do nível médio de escolaridade onde 111 (50,2%) possuíam ensino médio completo, 38 (17,2%), o ensino fundamental, 32 (14,5%), ensino médio incompleto, 29 (13,1%), ensino fundamental incompleto, oito (3,6%), ensino superior, incompleto; um (0,5%), ensino superior e um (0,5%), pós-graduação⁴. **Conclusões:** Diante disso, conclui-se que a partir dos dados encontrados neste estudo, os trabalhadores frentistas do município de Santa Maria são predominantemente do sexo masculino, com uma inserção muito reduzida de mulheres neste contexto de trabalho, fato este que pode ser associado à dinâmica e condições de trabalho estabelecidas no ambiente de postos de combustíveis, e que ainda expõe os trabalhadores aos mais diversos riscos e agravos à sua saúde. Ademais este ambiente está composto, na sua maioria pela faixa etária adulto jovem, os quais muitas vezes estão iniciando a sua inserção no mercado de trabalho, e que corrobora com o nível de

[Digite texto]

escolaridade encontrado na pesquisa, que é o ensino médio completo. Deste modo, considera-se a importância de conhecer os dados sociodemográficos dos trabalhadores frentistas do município de Santa Maria, a fim de estabelecer, traçar e apoiar novas e futuras pesquisas com estes trabalhadores.

DESCRITORES: Saúde do trabalhador; Posto de combustível; Satisfação no emprego; Enfermagem.

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

Referências

- 1.Marques ACL. Vivência de prazer e sofrimento dos oficiais de justiça numa instituição pública do Distrito Federal [Monografia]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
- 2.Peserico A. Riscos e satisfação no trabalho de frentistas de postos de combustível [Dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria- UFSM; 2016.
- 3.Brasil. Conselho Nacional Do Meio Ambiente. Resolução nº. 273, de 29 de novembro de 2000. Estabelece diretrizes para o licenciamento ambiental de postos de combustíveis e serviços e dispõe sobre a prevenção e controle da poluição. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. 2001 jan. 8; Seção 1.p. 20- 23.
- 4.Cezar-Vaz MR, Rocha LP, Bonow CA, Silva MRS, Vaz JC, Cardoso LS. Risk perception and occupational accidents: a study of gas station workers in southern Brazil. *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9(7):2362-77.
- 5.Quevedo LS, Tochetto T, Siqueira MA, Machado MS. Auditory brainstem response in gas station attendants. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology.* 2012;78(6):63-68.



[Digite texto]

41. GERENCIAMENTO DE SEGURANÇA EM ENFERMAGEM: REVISÃO DE LITERATURA

NURSING SAFETY MANAGEMENT: LITERATURE REVIEW

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DE ENFERMERÍA: REVISIÓN DE LA LITERATURA

BALBUENO, Briana Lencina¹; GRECO, Patrícia Bitencourt Toscani²; MAGNAGO, Tania Solange Bosi de Souza³; SANTOS, Fabiano Pereira dos⁴; SOUZA, Marina Mazzuco de⁵

Introdução: O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) instituído no Brasil por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, tem como objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional. Este programa apresenta como objetivos, a organização de conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propõe medidas redutoras de riscos e de eventos adversos¹. A partir desta portaria um conjunto de protocolos básicos, definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), foram criados para proporcionar uma prática assistencial segura a partir das condutas profissionais nos estabelecimentos de saúde. Portanto, as premissas constituintes e norteadoras do (PNSP) são: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre profissionais da saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higienizar as mãos para evitar infecções e reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão¹. Desde o início do processo de cuidado o paciente está exposto ao risco, seja por meio de procedimentos simples como um curativo ou mais complexo como uma cirurgia, logo, entende-se que na assistência à saúde o risco faz parte de uma característica intrínseca do processo do cuidar². Com o pensar reflexivo sobre o processo do cuidado humano diretamente ligado ao agir dos profissionais de saúde, o gerenciamento de segurança em enfermagem deve desenvolver estratégias e ações para promover a educação dos profissionais envolvidos na assistência segura aos pacientes, dispondo de instrumentos instituídos pelos órgãos de saúde³. Para isto, cabe aos gestores e profissionais da assistência contribuições na implementação da cultura de segurança com foco na melhoria da qualidade à assistência prestada ao paciente e inserção na prática rotineira o uso de protocolos e diretrizes nos serviços de saúde⁴. Os estabelecimentos de saúde têm necessidade de aperfeiçoar estratégias para a segurança do paciente através do conhecimento e do cumprimento de normas e regulamentos, à procura de novos passos, como por exemplo, a elaboração de planos locais de qualidade e segurança do paciente, com ações monitoradas e uma política de utilização destes protocolos e demais ferramentas¹. No que tange as dimensões da qualidade dos serviços em saúde, a segurança é definida como a ausência de lesões na assistência à saúde do paciente/usuário. Desse modo o cuidado deve ser benéfico, seguro e com garantias de riscos e danos mínimos aos indivíduos que estão em acompanhamento nos sistemas de saúde⁵. Dentre as abordagens metodológicas da segurança citadas pela ANVISA está a gestão da qualidade que norteia a melhoria e a continuidade da assistência à saúde com objetivos de

¹ Acadêmica do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus Santiago. E-mail: brilencinabalbueno@hotmail.com.

² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSM. Docente do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus Santiago. E-mail: pbtoscani@hotmail.com.

³ Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: tmagnago@terra.com.br

⁴ Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSM. E-mail: santosfabiano210@gmail.com

⁵ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSM. E-mail: marina.mazzuco@yahoo.com.br

[Digite texto]

segurança envolvido pela promoção de uma cultura de segurança positiva entre os profissionais da organização de saúde⁵. “Em toda a Rede de Atenção à Saúde [...] a segurança deve ser entendida e valorizada como um direito do paciente e um compromisso ético do profissional de saúde. Assim, os múltiplos pontos de atenção à saúde – como, por exemplo, domicílios, unidades básicas de saúde, serviços de hemoterapia e hematologia, centros de apoio psicossocial e hospitais – devem proporcionar cuidados e serviços seguros à população atendida”. ⁴ Tendo em vista a relevância deste assunto e sua aplicabilidade na segurança do paciente, objetivou-se através deste trabalho, identificar as produções da enfermagem sobre o gerenciamento de segurança em enfermagem.

Objetivo: Identificar as produções da enfermagem sobre gerenciamento de segurança na base de dados LILACS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão do tipo narrativa, a partir de uma pesquisa na base de dados LILACS utilizando os descritores “Enfermagem” e “Gerenciamento de segurança”, associados pelo operador booleano “and”. Nesta busca encontrou-se um total de 11 estudos. Foram incluídos todos os estudos que trouxeram a temática gerenciamento de segurança em enfermagem, sem recorte temporal, e excluídos teses, dissertações, manuais, estudos de revisão e materiais com dados incompletos na base. Foram analisados os títulos e resumos para compor o corpus de análise. **Resultados:** A partir da pesquisa na base de dados LILACS utilizando os descritores “Enfermagem” e “Gerenciamento de segurança” obtiveram-se 11 artigos como resultados, dentro dos descritores utilizados, onde 2 foram excluídos: um devido ser dissertação, e o outro não encontrava-se com dados completos na base de dados conforme metodologia escolhida, totalizando 9 artigos que constituíram o corpus para análise. No que se refere aos anos de publicações 40% dos artigos foram publicados no ano de 2010, os demais 60% estão distribuídos nos anos de 2007, 2009, 2011, 2013 e 2015. A maioria das publicações foram realizadas pela Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Quanto aos tipos de estudos 60% foram qualitativos, 20% quantitativos e 10% qualitativo/quantitativo. Dentre os assuntos discutidos nos estudos estão a comunicação entre os profissionais de saúde, que no âmbito positivo, consideram-se como elemento contribuinte para a melhoria da segurança do paciente, já no âmbito negativo apontam a cultura punitiva e a análise inadequada dos casos de eventos adversos. O aumento de notificações de eventos adversos, possui relevância nos estudos analisados, principalmente no que diz respeito a identificação correta do paciente e dos dispositivos invasivos usados pelo mesmo. Verificou-se ainda, dentre os estudos, o uso e administração de medicamentos incorretos determinados por uma ausência de compreensão do que é um erro de medicação e quando ele deve ser notificado. A partir da análise e leitura dos estudos foi possível observar eventos adversos notificados por uso e administração de medicamentos incorretos que ocorrem por consequência da sobrecarga de trabalho e uso inadequado dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI'S) pelos profissionais de saúde. **Conclusão:** Essa revisão de literatura proporcionou um olhar ampliado ao tema gerenciamento de segurança na enfermagem, bem como foi possível identificar as produções da base de dados LILACS referentes ao tema. Da mesma forma destaca-se a necessidade de investir em estudos que possam contribuir com o processo de gestão eficazes para a segurança do paciente. Além disso foi possível identificar a comunicação como aspecto positivo, que contribui para a segurança do paciente, bem como a sobrecarga, o olhar punitivo da instituição, como fatores que dificultam que a organização tenha uma cultura de segurança.

DESCRITORES: Enfermagem; Gerenciamento de segurança; Segurança do paciente.

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

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de SEGURANÇA DO PACIENTE. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

[Digite texto]

2. Leitão IMTA, Oliveira RM, Leite SS, Sobral MC, Figueiredo SV, Cadete MC. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. *Rev Rene*. 2013; 14(6): 1073-83.
3. Brasil. Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013. Resolução de Diretoria Colegiada [Internet]. Diário Oficial da República federativa do Brasil. 2013 jul. 26 [acesso em 2017 mar 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.
4. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132p.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: ANVISA; 2013.



[Digite texto]

42. GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MANAGEMENT OF NURSING CARE IN THE HOSPITAL CONTEXT: EXPERIENCE REPORT

GESTIÓN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO: RELATO DE EXPERIENCIA

DIAS, Caren Franciele Coelho¹; RABELO, Simone Kroll²; EBERHARDT, Thaís Dresch³; LIMA, Suzinara Beatriz Soares de⁴

Introdução: O gerenciamento do cuidado de enfermagem apresenta, em seu conceito, divergências de concepções, pois alguns enfermeiros apresentam dificuldades em unificar o administrar e o cuidar, fazendo referência à dicotomia entre essas duas esferas, como se fossem atividades simultâneas e incompatíveis em sua realização, sendo que alguns profissionais não têm a compreensão de que o processo de trabalho envolve o cuidar e o administrar¹. O que pode trazer transformação nestes pensamentos é a mudança na formação e nos saberes e fazeres destes profissionais, para que os parâmetros a serem seguidos na prestação dos cuidados de enfermagem executados na prática, sejam baseados em um modelo sistêmico¹. Gerenciar o cuidado é um processo que significa efetivar, com auxílio de um conjunto de práticas/atividades, que são interdependentes e complementares entre si. O enfermeiro necessita ser um profissional com competência na dimensão física, emocional e espiritual, preparado a atender as mais diversas situações e entender que uma boa recuperação depende também do gerenciamento do cuidado de enfermagem. Nesse sentido, tem-se como objetivo relatar as discussões sobre o conceito de gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto hospitalar. Essa reflexão se faz necessária devido a presença de diferentes discursos e divergências do conceito ainda presentes na prática do enfermeiro. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de uma atividade desenvolvida durante a disciplina de seminário temático II: trabalho e gestão, do curso de pós-graduação em enfermagem de uma universidade federal na região Central do Rio Grande do Sul. Realizou-se uma discussão ancorada na literatura científica da área, sobre gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto hospitalar, por meio de círculos de discussão com estudantes do mestrado e doutorado em enfermagem, além de estudantes com matrícula especial. A disciplina foi ofertada no período de agosto a dezembro de 2016, e a aula foi conduzida por duas mestrandas, uma doutoranda e a professora orientadora, responsável pela disciplina. Em um primeiro momento, para problematizar a discussão foi perguntado ao grupo de estudantes: quais as competências necessárias para

¹ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem – Linha de Pesquisa Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem (GASEnf). E-mail: carenfrancielecoelhodias@yahoo.com.br

² Enfermeira do Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/EBSERH), Mestranda do Programa de Pós-graduação em enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem – Linha de Pesquisa Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem (GASEnf).

³ Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem – Linha de Pesquisa Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem (GASEnf).

⁴ Enfermeira, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM, Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem – Linha de Pesquisa Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem (GASEnf).

[Digite texto]

desenvolver o gerenciamento do cuidado de enfermagem? Para responder a esta questão foi realizada a construção de uma colmeia, para esta dinâmica foi entregue aos estudantes hexágonos em papel de cartão colorido, nos quais deveriam responder à pergunta. Após os alunos responderem à questão nos hexágonos, estes, foram agrupados em uma nuvem de palavras por meio do software NVivo permitindo a construção do conhecimento e a reflexão sobre a temática gerenciamento do cuidado em enfermagem. **Resultado e discussão:** Em um primeiro momento foi realizada uma roda de discussão com os estudantes trazendo conceitos sobre o tema proposto. O gerenciamento do cuidado de enfermagem está articulado entre as esferas gerencial e assistencial, que definem o trabalho do enfermeiro nos mais variados ambientes onde atua. O enfermeiro, em sua prática gerencial, abrange ações de gerenciar cuidando e educando, de cuidar gerenciando e cuidando, de educar cuidando e gerenciando, estabelecendo conhecimento na busca da melhor qualidade do cuidado para o ser humano². Desta forma, o gerenciamento do cuidado está sendo utilizado para qualificar especialmente as ocupações dos enfermeiros, propondo a realização de melhores práticas de cuidados nos serviços de saúde, mediante o planejamento das ações de cuidado, da previsão e provisão de recursos para fortalecer a relação entre a equipe de saúde, objetivando uma atuação mais articulada². Contudo, alguns estudos apontam que os enfermeiros ainda consideram o gerenciamento (ações de cuidado indireto) e o cuidar (ações de cuidado direto), duas atividades dicotômicas e incompatíveis, com diferença entre o cuidado direto e o cuidado indireto, entendendo que o cuidado é o que depende diretamente de sua prática junto ao paciente. Porém, o processo de trabalho do enfermeiro inclui o cuidar e o administrar, que voltam-se para a gerência do cuidado¹⁻². Desta forma, alguns autores descrevem a definição teórica do conceito de gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: “a gerência do cuidado de enfermagem em sua concepção teórica envolve uma relação dialética entre o saber-fazer gerenciar e o saber-fazer cuidar. A dialética do termo estabelece um jogo de relações que resulta em um processo dinâmico, situacional e sistêmico, que articula os saberes da gerência e do cuidado possibilitando a existência de uma interface entre esses dois objetos na prática profissional”¹. Ao fazer referência ao saber-fazer da gerência do cuidado de enfermagem descrevemos que ele está sustentado na dimensão ontológica, que abrange o conhecimento científico, ético, estético e pessoal, tendo uma associação e inserção nos diferentes contextos de vida. O saber-fazer envolve também o conhecimento científico e pessoal, habilidade técnica, competência gerencial e assistencial¹. Desempenhar funções de gerenciamento das organizações de saúde está presente nas atividades do enfermeiro. Para alguns autores não há diferenças entre as funções de gerência e assistência, elas se completam, são funções constantes no dia-a-dia do enfermeiro, porém o seu papel é gerenciar a assistência. A administração dos serviços de saúde realizados pelos enfermeiros compõe uma ferramenta de seu trabalho e não um desvio de função. As funções realizadas pelo enfermeiro juntamente com sua equipe são de planejamento, organização, direção e controle, todas estão presentes, às vezes, com menor ou maior frequência. Segundo o mesmo autor, o enfermeiro é o gerenciador da assistência proporcionada aos pacientes, uma vez que esta prática é centrada na assistência ao paciente, abrangendo a gerência de recursos humanos, material e das acomodações indispensáveis ao atendimento. Ao realizá-la, o profissional estará ciente para as ações que praticam com uma assistência de acordo com as necessidades sentidas pelos pacientes³. Ao final da dinâmica, pode-se perceber que gerenciamento do cuidado é compreendido como um instrumento que possa contribuir, efetivamente, para que a assistência de enfermagem se torne um modelo de produção de serviço e que seja capaz de produzir qualidade para todos. Para que as ações possam ser planejadas, o enfermeiro necessita ter conhecimento, assim, as ações serão eficazes, uma vez que se possa aliar o conhecimento comprovado cientificamente com as situações específicas do serviço. Como gerenciador do cuidado, o enfermeiro poderá implementar ações das dimensões gerencial e assistencial, por meio de planejamento do cuidado, previsão e provisão de recursos e da supervisão, liderança e capacitação da equipe de enfermagem⁴. Em um estudo, foram identificadas algumas ações de gerência do cuidado realizadas pelos enfermeiros no seu cotidiano de trabalho, são elas:

[Digite texto]

dimensionar a equipe de enfermagem; exercer liderança no ambiente de trabalho; planejar a assistência de enfermagem; educar/capacitar a equipe de enfermagem; gerenciar os recursos materiais; coordenar o processo de realização do cuidado; realizar o cuidado e/ou procedimentos mais complexos; e avaliar o resultado das ações de enfermagem². O enfermeiro atuando como gerenciador tem assumido um respeitável papel, o de realizar integração nas áreas administrativas, assistenciais de ensino/pesquisa, oferecendo um atendimento de qualidade. Para trabalhar, o enfermeiro realiza além das tarefas de gerenciamento, tem que ter o conhecimento e interação em todo o ambiente organizacional, oferecendo maior contribuição para o sucesso da instituição⁵. No desempenhar dos serviços, o enfermeiro deve atingir metas, executar atividades administrativas e de assistência, deter conhecimento técnico e científico e argumentar em prol deste. A gerência de enfermagem deve ser compreendida como uma ferramenta que auxilie a assistência de enfermagem, para que se realize planejamento, programação e avaliação dos serviços de saúde, garantindo, desta forma, a qualidade no atendimento ao paciente. **Considerações finais:** A partir deste relato, percebe-se que o gerenciamento do cuidado abrange as ações de gerenciar e cuidar, que estão interligadas entre si e são fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. Desta forma, entende-se que unir essas ações se torna importante aos profissionais que dela se utilizam, pois estarão realizando uma assistência de acordo com as necessidades sentidas pelos pacientes. O desempenho destes serviços está no compromisso do profissional com a instituição, pacientes e com as avaliações e os resultados destas ações. O gerenciamento do cuidado exige, do enfermeiro, uma visão voltada às necessidades dos pacientes com competência que vai do caráter educativo, assistencial e administrativo.

DESCRITORES: Enfermagem; Gestão em Saúde; Administração dos Cuidados ao Paciente; Papel do Profissional de Enfermagem.

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

Referências

- 1 Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. Revista da escola de enfermagem da USP. 2012; 46(3): 734-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 21 out. 2016.
- 2 Santos JLG, Pestana AL, Guerrero P, Meirelles BSH, Erdmann AL. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem. 2013; 66(2): 257-63.
- 3 Melo MRAC, Fávero N, Trevizan MA, Hayashida M. Expectativa do administrador hospitalar frente as funções administrativas realizadas pelo enfermeiro. Revista latino-Americana de Enfermagem. 1996; 4(1):131-44.
- 4 Santos JLG, Lima MADS. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. Revista Gaúcha Enfermagem. 2011; 32(4):695-702.
- 5 Furukawa PO, Cunha ICK. O Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2011; 19(1):106-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100015&lng=en&nrm=iso Acesso em: 02 out. 2016.

43. INFECÇÃO EM CATETERES VENOSOS CENTRAIS: REVISÃO NARRATIVA DE ENSAIOS CLÍNICOS DA ENFERMAGEM

INFECTION IN CENTRAL VENOUS CATHETERS: NARRATIVE REVIEW OF CLINICAL NURSING TESTS

INFECCIÓN EN CATÉTERES VENOSOS CENTRALES: REVISIÓN DESCRIPTIVA DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS DE LA ENFERMERÍA

SILVA, Karla Cristiane Oliveira¹; POHLMAN, Pamela²; PESERICO, Anahlú³; DIAS, Janete⁴; COPELLO, Luciane⁵

Resumo

A assistência à saúde é essencial para a manutenção da vida, entretanto pode provocar agravos à saúde, como infecções decorrentes do uso de cateter venoso central. Objetivou-se identificar os ensaios clínicos do Portal de Enfermagem Baseada em Evidências, sobre infecções relacionadas a cateteres venosos centrais. Esta revisão narrativa buscou produções na Biblioteca Virtual em Saúde, seção *Enfermería Internacional*, por meio dos termos "infecção" e "cateter venoso central". Os resultados evidenciaram que cateteres venosos centrais têm indicações e contraindicações, vantagens e desvantagens associadas ao uso. Coagulopatias são uma importante contraíndicação e o trauma da veia pode distorcer sua anatomia, dificultando a implantação do cateter. Taxas de infecção de corrente sanguínea e mortalidade relacionadas a cateteres venosos centrais são elevadas, por isso, o enfermeiro deve atentar para os respectivos sinais e sintomas. Intervenções de enfermagem buscam monitorar sinais vitais; providenciar hemoculturas, administrar antibioticoterapia e pesquisar outras fontes de infecção.

Descriptores: Cateter Venoso Central; Infecção; Prevenção de Infecção; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Baseada Em Evidências.

Abstract

Health care is essential for the maintenance of life, however it can cause health problems, such as infections due to the use of a central venous catheter. This study aimed identifies the clinical trials of the Evidence Based Nursing Portal on infections related to central venous catheters. This narrative review sought productions in the Virtual Health Library, International Nursing section, with terms "infection" and "central venous catheter". The results showed that central venous catheters have indications and contraindications, advantages and disadvantages associated with the use. Coagulopathies are an important contraíndication and trauma to the vein can distort the anatomy, making it difficult to implant the catheter. Rates of bloodstream infection and mortality related to central venous catheters are high, so the nurse must pay attention to the respective signs and symptoms. Nursing interventions seek to monitor vital signs; provide blood cultures, administer antibiotic therapy and investigate other sources of infection.

Descriptors: Central Venous Catheter; Infection; Infection Prevention; Nursing Care; Evidence-Based Nursing.

Resumen

El cuidado de la salud es esencial para el mantenimiento de la vida, pero puede causar problemas de salud como infecciones resultantes del catéter venoso central. El objetivo era identificar los ensayos clínicos de enfermería basada en la evidencia sobre las infecciones relacionadas con catéteres venosos centrales. Esta revisión narrativa buscó

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Espda em Terapia Intensiva e Enfermagem Perioperatória. Enfermeira assistencial no Centro Cirúrgico/Recuperação Pós-Anestésica do Hospital Universitário de Santa Maria. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional, Universidade Federal de Santa Maria. k.karla@live.com.

² Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva, Emergência e Trauma e Gestão de Pessoas. Enfermeira assistencial na Unidade de Cirurgia e Recuperação Pós-anestésica do Hospital Universitário de Santa Maria.

³ Enfermeira, Mestra em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Enfermeira assistencial na Unidade de Cirurgia e Recuperação Pós-anestésica do Hospital Universitário de Santa Maria.

⁴ Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Franciscano. Técnica de Enfermagem no Bloco Cirúrgico do Hospital Universitário de Santa Maria.

⁵ Acadêmica de Enfermagem, do Centro Universitário Franciscano. Técnica de Enfermagem na Recuperação Pós-Anestésica do Hospital Universitário de Santa Maria.

[Digite texto]

producciones en la Biblioteca Virtual en Salud, sección Internacional Enfermería buscado, por los términos "infección" y "catéter venoso central". Los resultados mostraron que los catéteres venosos centrales tienen indicaciones y contraindicaciones, ventajas y desventajas asociadas. Trastornos hemorrágicos son una contraindicación y el trauma de la vena puede distorsionar su anatomía. Las tasas de infección del torrente sanguíneo y mortalidad son altos, por lo que la enfermera debe prestar atención a sus síntomas y signos. Intervenciones de enfermería tratan de controlar los signos vitales; proporcionar cultivos de sangre, administrar antibióticos y la búsqueda de otras fuentes de infección.

Descriptores: Catéter venoso central; Infección; Prevención de la infección; Los cuidados de enfermería; Enfermería Basada en la Evidencia.

Introdução

A assistência à saúde é essencial para a manutenção da vida, entretanto, há procedimentos e tratamentos que podem provocar agravos à saúde, como as infecções, consideradas complicações importantes e repetitivas nos pacientes em ambiente hospitalar. As infecções da corrente sanguínea têm, como principal causa, o uso do Cateter Venoso Central (CVC), especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs)¹. Onde imperam os procedimentos complexos e invasivos, a ocorrência e prevalência das infecções podem ser significativas, uma vez que o CVC é de uso constante e pode permanecer por longa data. Por este e outros motivos, o paciente encontra-se vulnerável ao risco de colonização do sítio de inserção do cateter, pois a manipulação deste acontece diversas vezes ao dia para a administração de medicamentos, soluções, Nutrição Parenteral Total (NPT) ou hemoterapia.

Nas últimas décadas, os acessos venosos centrais estão, cada vez mais, sendo indicados para salvar e prolongar a vida dos pacientes em tratamento de inúmeras enfermidades². Todavia, podem desencadear inúmeras complicações, como embolia gasosa, perfuração de vasos calibrosos ou de órgãos contíguos ao sítio de punção, pneumotórax, sepse ou trombogênese, dentre outras³. Desse modo, é vital que sejam estudados os para-efeitos da cateterização venosa central e as formas de prevenir complicações, sobretudo em relação às infecções no contexto hospitalar.

Contudo, é escassa a produção científica da Enfermagem acerca deste tema, apesar de se tratar de uma tecnologia importante, de demanda considerável na prática clínica hospitalar⁴. Considera-se este fato preocupante, uma vez que o conhecimento teórico-prático e a conscientização da equipe de enfermagem para o cuidado com o paciente em uso de CVC são essenciais para minimizar a ocorrência de infecções e complicações relacionadas, as quais podem ser fatais. Por conseguinte, buscam-se elementos coadjuvantes e norteadores para as tomadas de decisão na prática clínica da enfermagem e da medicina, em se tratando do tema em questão.

Nesse sentido, no intuito de auxiliar no aprimoramento da prática clínica relacionada ao paciente que utiliza o CVC, propôs-se esta revisão, por meio da reunião e organização de trabalhos divulgados na literatura científica, cujo objetivo visa identificar os resultados dos ensaios clínicos divulgados no Portal de Enfermagem Baseada em Evidências, na Biblioteca Virtual em Saúde, sobre infecções relacionadas a CVCs. Espera-se, assim, oferecer subsídios para a prática clínica da

[Digite texto]

enfermagem ao se discutir os resultados dos estudos como possibilidade de auxiliar nas tomadas de decisão durante os processos de trabalho dos enfermeiros no seu cotidiano, no que se refere à prevenção de infecções relacionadas ao uso do cateter venoso central.

Método

A Prática Baseada em Evidências (PBE) surgiu da necessidade de minimizar a lacuna existente entre os avanços científicos e a prática clínica. Para empregá-la, primeiramente tem-se a delimitação do problema, seguido da busca e avaliação crítica das evidências disponíveis na literatura, com a implantação das evidências na prática clínica e, por fim, a avaliação dos resultados obtidos⁵. Sob esta ótica, foram desenvolvidos diversos métodos de revisão da literatura, cuja finalidade é buscar, avaliar criticamente e sintetizar as evidências disponíveis acerca do tema investigado com vistas a embasar, teoricamente, a prática clínica. Para tanto, existe a revisão narrativa, que, ao contrário das outras, tem caráter investigativo amplo, com o objetivo de desenvolver estudos teóricos ou conceituais acerca de um determinado tema⁶.

A primeira etapa deste estudo consistiu na identificação do tema e na elaboração da questão de pesquisa. Em seguida, foi realizada a busca das produções científicas na literatura, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde, seção *Enfermería Internacional*, empregando-se os termos “infecção”, “cateter venoso central”, com o uso do operador booleano “*and*”.

No intuito de melhor organizar a busca, os critérios de inclusão foram: ser artigo completo; oriundo de ensaio clínico; divulgado na íntegra; disponível *online*; de acesso gratuito; nos idiomas Português, Inglês ou Espanhol; divulgado entre os Ensaios Clínicos e as Diretrizes e Protocolos do Portal de Enfermagem Baseada em Evidências; constar nas Coleções “Bases de dados especializadas”; apresentar como “Assunto principal” os filtros “Cateterismo Venoso Central” *and* “Infecções Relacionadas a Cateter”. Foram excluídos: teses, dissertações, monografias, resumos; trabalhos que não atendem à temática proposta; revisões bibliográficas e reflexões teóricas; trabalhos cujo acesso é pago; artigos indisponíveis *online*. Não foi utilizado recorte temporal, uma vez que não foi encontrado nenhum marco específico sobre o assunto que pudesse ser claro o suficiente para tal delimitação. Esta revisão teve início em novembro de 2015, e a busca dos artigos se deu de fevereiro a julho de 2016. As etapas seguintes terminaram em outubro do mesmo ano.

A avaliação dos estudos incluiu a análise crítica dos artigos selecionados e foi utilizada a análise descritiva, que tem por objetivo descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade⁷. Assim, os dados foram analisados de forma descritiva, com enfoque qualitativo, devido à possibilidade de melhor organizá-los, além de apresentar e sintetizar os dados coletados. A natureza

[Digite texto]

qualitativa permitiu uma análise mais individualizada dos conhecimentos para a consequente associação descritiva⁸. A análise dos dados se refere à discussão dos resultados evidenciados nos artigos incluídos nesta revisão narrativa, os quais foram discutidos e comparados com outros estudos preexistentes na literatura acerca das infecções relacionadas ao CVC.

Resultados e discussão

As indicações para o uso de CVCs são múltiplas, variando desde a necessidade de infusão comum de drogas, em vasos mais calibrosos, como a hemodiálise, para o tratamento agudo da insuficiência renal, até a terapia mais prolongada com administração de nutrição parenteral total (NPT) e de quimioterápicos, além de terapias endovenosas com necessidade de fluxo de infusão rápido ou urgência de infusão de grandes volumes de fluidos. Define-se como CVC o dispositivo endovenoso que está situado, em seu extremo distal, em uma veia, normalmente a cava superior ou a inferior, exatamente antes da sua entrada no átrio direito, podendo, assim, ser implantado para permanecer por um curto ou por um longo período de tempo, dependendo do tipo de terapia a ser implementada⁹. Há quatro tipos principais de implantação: os de inserção percutânea local e os de inserção periférica, inseridos por cirurgia ou sem, cada um com suas características e especificidades clínico-terapêuticas. As principais configurações dos cateteres, no entanto, variam entre cateteres de curta permanência e único lúmen (mono lúmen), cateteres de curta permanência e vários lumens (duplo ou triplo lumens, mormente), cateter de Groshong, cateter de Broviac, cateter de Hickman-Broviac e PICC.

No Hospital Universitário Ramón y Cajal (2005), na Espanha, os cateteres de curta duração são inseridos nas veias subclávia ou jugular, apresentando dois, três ou quatro lúmens (ou vias). Também utilizam cateteres de Swan-Ganz para a verificação das pressões pulmonares e débito cardíaco quando a monitorização hemodinâmica é estritamente necessária. Por sua vez, a veia femoral é punctionada para a inserção do cateter do tipo Shaldon, para a realização de hemodiálise. Já os cateteres de longa permanência são dispositivos com reservatório e do tipo Hickman. O cateter com reservatório vascular possui um cateter interno inserido com técnica de tunelização, normalmente constituído de silicone, contendo uma ou duas luzes, e se situa embaixo do tecido subcutâneo. É apresentado com uma ou duas vias, e as zonas de implantação, normalmente, são no tórax, e, nos casos de cateteres com reservatório, estes são implantados sobre uma superfície óssea. O acesso à veia cava ocorre pelas veias jugulares, subclávias ou tronco cefálico¹⁰.

Na Hemato-Oncologia, é comum o CVC de longa permanência para diminuir ou eliminar traumas físicos e psicológicos, ocasionados pelas constantes punções venosas. Estes traumas

[Digite texto]

também podem ser ocasionados por substâncias ou medicamentos irritantes ou vesicantes. Salienta-se que as drogas irritantes são as que provocam reação inflamatória local quando transpassam a parede dos vasos sanguíneos. Por sua vez, as drogas vesicantes ocasionam necrose grave nos tecidos circunjacentes ao local da veia punctionada, se houver extravasamento¹¹.

As vantagens do CVC são múltiplas: fornece linha direta e eficaz às veias calibrosas centrais (jugulares internas e subclávias), permite a infusão rápida de grandes volumes de fluidos e medicamentos, oferece um meio prático para a coleta de sangue, possibilita a aferição da Pressão Venosa Central (PVC), minimiza o número de punções venosas periféricas, preservando-as e permitindo a sua recuperação, diminui o risco de dano venoso decorrente da administração de substâncias irritantes ou vesicantes. No entanto, a cateterização venosa de linha central também oferece desvantagens, por se tratar de um processo mais demorado de técnica de inserção do cateter, pela exigência de maior habilidade técnica e maior preço para a sua manutenção³.

Mas, apesar de largamente utilizado na prática clínica hospitalar, existem algumas contraindicações que impedem a implantação do CVC. Podem ocorrer infecções das áreas adjacentes ao sítio de inserção e trombose da veia punctionada. As coagulopatias também representam uma importante contraindicação, mas de maneira relativa, na dependência de cada caso. Outro fator que pode acarretar contraindicação é o trauma da veia, que, se consecutivo, pode distorcer a anatomia desta e dificultar a implantação do CVC no local¹².

Nesse contexto, o médico deve considerar: indicações, contraindicações e possíveis complicações que podem decorrer do procedimento, as quais, por si só, já podem ser fatores de contraindicação. O procedimento pode acarretar punção accidental de carótida, formação de hematomas, punção traqueal accidental, lesão de nervo recorrente laringeo, embolia aérea, pneumotórax, trombose, flebite, sepse, implantação do CVC em má posição, lesão cardíaca ocasionada pelo próprio dispositivo¹³. O CVC não deve ser utilizado nos casos de discrasias sanguíneas graves, para a administração de anticoagulação terapêutica, nas endarterectomias de carótida ipsilateral, em pacientes que apresentam tumores cervicais ou tumores com extensão intravascular para o átrio direito¹³. Resumindo, as contraindicações gerais da colocação deste tipo de cateter incluem infecção da área subjacente ao local de inserção e trombose da veia punctionada, sendo a coagulopatia uma contraindicação relativa, na dependência de cada caso¹⁴.

Considerando esses fatores, sabe-se que diversos hospitais no mundo possuem protocolos de procedimentos operacionais padronizados, os quais foram embasados científicamente, testados e implementados, objetivando a uniformização e otimização das rotinas dos serviços. A elaboração desses documentos tem por prioridade oferecer informações detalhadas, tais como o protocolo geral

[Digite texto]

de CVCs do Hospital Universitário Ramón y Cajal (2005)¹⁰, que adota medidas semelhantes às preconizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no Brasil¹⁵.

Para mantê-los permeáveis e livres de contaminação, algumas medidas profiláticas são importantes e devem ser tomadas rigorosamente como rotina, tais como não realizar coletas de sangue através do cateter; não desobstruir o cateter por meio da aspiração de coágulos; proteger o cateter durante a higiene corporal do paciente para não molhar; higienizar as mãos antes e após a inserção e manipulação dos cateteres; lavar a(s) via(s) com solução fisiológica após a infusão de medicamentos ou hemoderivados, nos casos de cateteres semi-implantáveis, ou, em alguns casos específicos, pode-se utilizar a heparinização da luz do cateter; evitar a infusão ou coleta de sangue através dos cateteres implantáveis, pois provocam danos ao dispositivo; utilizar luvas estéreis e realizar antisepsia da pele antes de inserir a agulha no cateter, trocando a agulha de Huber a cada dois dias e, nos casos de agulhas especiais, a troca deve ocorrer em até sete dias¹⁵.

A técnica de inserção e manipulação deve ser rigorosamente estéril; a administração de medicamentos não deve ser feita com seringas inferiores a 10ml; utilizar nos cateteres com reservatórios somente agulhas específicas, dos tipos Gripper ou Huber; sempre utilizar técnica de pressão positiva. A utilização de conectores valvulados é muito útil nesses casos⁹.

Portanto, apesar de todas as vantagens que a cateterização de linha venosa central oferece, é preciso levar em consideração as complicações causadas pelo uso dos CVCs e, igualmente, é necessário atentar para as contra-indicações, no intuito de oferecer um dispositivo e uma técnica realmente seguros para o tratamento do paciente, desde a sua indicação até a sua remoção.

Compreende-se que a utilização e manutenção dos CVCs podem trazer diversos riscos à saúde do paciente e, nesse contexto, a infecção se destaca, pois pode ocorrer no local de inserção do dispositivo ou em nível sistêmico. Sendo que, se não tratada devidamente, pode desencadear, choque séptico e morte do paciente. Nas UTIs do Brasil, as taxas de infecção de corrente sanguínea relacionada aos CVCs possuem prevalência de 8,1 a 25,8 casos/1000 cateteres/dia, mantendo uma taxa média de 9,1 infecções/1000 cateteres/dia, uma taxa maior do que os 2,4 casos identificados em outros estudos. Esses pacientes possuem uma taxa de mortalidade de 47,1%, a qual aumenta na medida em que os dias de internação aumentam na UTI¹⁶.

Dentre as complicações referentes ao sítio de inserção do CVC, pode ser observada a presença de eritema e exsudatos, obstrução das vias do cateter ou a sua colonização bacteriana, além de oferecer o risco de ocasionar, também, bactеремia¹⁷. Por consequência, é importante que o enfermeiro atente para os sinais e sintomas que o paciente pode exibir. Quando se trata de uma infecção local, o paciente pode apresentar febre, calafrios, mal estar, erupção ou pústulas no local,

[Digite texto]

exsudato purulento e/ou sinais de inflamação: rubor, calor, edema, sensibilidade aumentada no sítio de inserção. As possíveis causas podem ser: falha na assepsia durante a técnica de inserção ou a manutenção do dispositivo, não trocar o curativo de acordo com as normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, permitir que o curativo permaneça úmido ou com sujidade, irritação nos pontos de contato com os fios de sutura, dentre outras condições³.

As infecções sistêmicas acarretam, ainda, leucocitose, náuseas e vômitos, causados por contaminação do cateter e/ou da solução de infusão e/ou do equipo, falha nos procedimentos assépticos durante a conexão do frasco de solução de infusão ao equipo, abertura frequente do sistema, uso prolongado de um único cateter ou um único acesso venoso, além da probabilidade de imunossupressão do paciente, de acordo com seu quadro clínico e doença de base³.

Em uma pesquisa sobre complicações relacionadas a 66 CVCs, foram identificados 44% de casos de infecções. Dos cateteres envolvidos em processos infecciosos, 56,75% eram parcialmente implantados e 27,6%, cateteres totalmente implantados. O germe mais comumente encontrado foi o *Staphilococcus* (18 casos) e, em três, a infecção foi causada por *Pseudomonas aeuroginosa*². Outro estudo, acerca da análise microbiológica de pontas de CVCs de pacientes internados, as infecções identificadas foram causadas, principalmente, por *Staphylococcus coagulase-negativa*, e *S. aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii*, seguidos, em menor número, por *Acinetobacter baumannii*, *Candida albicans*, *Corynebacterium* sp, *Enterobacter cloacae*, *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*, *Citrobacter freündii* e *Candida* sp¹⁸.

Para a prevenção dessas infecções, deve monitorar os sinais vitais; providenciar culturas de sangue de CVC e/ou de cateter periférico, especialmente se for visível algum tipo de exsudato; administrar a antibioticoterapia local ou sistêmica, de acordo com os resultados dos culturais; e pesquisar outras fontes de infecção. Nos casos suspeitos de infecção causada pelo CVC, se necessário, remove-se o cateter e, idealmente, realiza-se a cultura imediata de sua ponta para identificar o tipo de germe causador da infecção, e, por meio do antibiograma, identificar possíveis resistências bacterianas aos antibióticos a fim de selecionar o esquema de tratamento correto. Tal procedimento evita o surgimento de bactérias multi ou pan-resistentes, como se observa, com frequência, nos hospitais de alta complexidade e que possuem UTIs³.

As medidas para prevenção e controle das infecções de corrente sanguínea associadas aos CVCs são conhecidas a partir de diretrizes e recomendações internacionais. É essencial manter rigorosamente a técnica asséptica durante as trocas de curativos, trocas de soluções, administração de medicamentos e manuseio do cateter e áreas adjacentes; trocar os curativos conforme protocolos vigentes; trocar curativos úmidos ou contaminados; trocar mais frequentemente o curativo se o sítio

[Digite texto]

de inserção for próximo à traqueostomia ou à região femoral; verificar as condições dos líquidos administrados antes de iniciar a infusão; verificar se existem vazamentos no frasco de infusão; trocar o CVC com maior frequência. Nos casos de infecções sistêmicas, também é importante monitorar a presença de glicosúria (maior que 2+), pois pode indicar um sinal de sepse^{1,3}.

O que se nota é um consenso mundial de que as indicações de *bundles*, ou medidas baseadas em evidências, se utilizadas de maneira rigorosa no ambiente de trabalho, são efetivas contra as infecções, prevenindo-as. Entretanto, sabe-se que, na realidade, há diferentes falhas nesse processo, o que acaba ocasionando e perpetuando as infecções hospitalares, cada vez mais difíceis de controlar devido ao aumento da resistência bacteriana.

Nesse sentido, há múltiplas intervenções que podem ser utilizadas para a prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea provocada por CVC. Estas incluem: implantação de CVC de curta permanência, por meio de inserção cutânea, paramentação cirúrgica e assepsia rigorosa, campos estéreis amplos, uso de antissépticos alcoólicos para o preparo da pele do paciente; uso de curativo oclusivo após a inserção do cateter; registros diários de indicação e controle do tempo de permanência do cateter; adesão aos cuidados efetivos e manutenção adequada do curativo do sítio de punção, com registro e troca conforme a periodicidade recomendada pela CCIH da instituição; desinfecção dos *hubs* de todas as vias e conectores (valvulados – de preferência – ou não valvulados) com clorexidina alcoólica 0,5% antes da sua manipulação; troca de equipos e transdutores conforme as rotinas preconizadas pela CCIH; higienização rigorosa das mãos sempre antes da manipulação das linhas venosas centrais, da troca dos sistemas de infusão, a administração de medicamentos, da troca e realização de curativos e da coleta de sangue pelo cateter, de forma efetiva e rotineira¹.

Considerações finais

Esta revisão narrativa atingiu seus objetivos ao investigar o que a enfermagem, por meio de pesquisas clínicas, tem pesquisado sobre as infecções relacionadas ao uso do CVC, uma vez que é relevante a sua utilização no contexto hospitalar. No entanto, observou-se que é escassa a publicação de trabalhos sobre o tema no que tange aos cuidados clínicos de enfermagem ofertados aos pacientes que fazem uso desse tipo de dispositivo invasivo.

A utilização e manutenção dos CVCs podem trazer sérios riscos à saúde do paciente e, nesse contexto, pode ocorrer desde infecção no local de inserção até a morte. Por isso, é importante que o enfermeiro atente para os sinais e sintomas que o paciente pode apresentar enquanto permanecer com o dispositivo. Assim sendo, as intervenções de enfermagem são essenciais no sentido de

[Digite texto]

monitorar os sinais vitais; providenciar culturais de sangue, administrar o esquema apropriado de antibioticoterapia, de acordo com os resultados dos culturais, conforme a prescrição médica; e, igualmente, pesquisar outras fontes de infecção.

Destaca-se que a utilização de medidas simples, baseadas em evidências, ou *bundles*, são efetivas na prevenção de infecções. Assim, o que se espera é minimizar a ocorrência e a prevalência de infecção hospitalar desencadeada pela implantação e manutenção não seguras do CVC, independentemente do seu tipo ou da técnica de inserção.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

- 1 O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Am Journal Infection Control [Internet]. 2011 [acesso em 2015 dez 21];39(4):S1,01-34. United States of America. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>.
- 2 Marcondes CRR, Biojone CR, Cherri J, Moryia T, Piccinato CE. Complicações precoces e tardias em acesso venoso central: análise de 66 implantes. Acta Cir Bras [Internet]. 2000 [acesso em 2015 dez 21];15(S2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-865020000006 00023&lng=en&nrm=iso&tlang=pt.
- 3 Banton J, Brady C, O'Kelley SD. Terapia Venosa Central. In: Banton J, Brady C, O'kelley SD. Terapia Intravenosa. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. P. 53-63.
- 4 Leal KP, Girardon-Perlini NMO, Guido LA. Análise da produção científica acerca do uso de cateter venoso central em adultos hospitalizados. Cuidado é fundamental [Internet]. 2013 [acesso em 2016 ago 24];5(5):95-101. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado/fundamental/article/viewFile/1640/pdf_1026.
- 5 Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [acesso em 2015 dez 22];22(4):434-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>.
- 6 Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paul Enferm, [Internet]. 2007 [acesso em 2016 jul 24];20(2):5-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>.
- 7 Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2010.
- 8 Medri W. Análise exploratória dos dados. 82p. Curso de Especialização “Lato sensu” em Estatística. Universidade Estadual de Londrina [Internet], 2011 [acesso em 2015 dez 04]. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxlc3RhdGlzdGljYWJhc2ljYWNjfGd4OjFIOTc1YjEzNDVkZThjZjQ>.
- 9 Noval AMA, Fernández EF, Fernández AG, García EG, González TV, Lalín AML et al. Cateteres venosos centrales – Guia para enfermeira. Servicio de Salud del Principado de Asturias. [Internet]. 2011 [acesso em 2015 dez 19]. Disponível em: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/guia%20cateteres%2028%20marzo%202011.pdf.
- 10 Hospital Universitario Ramón Y Cajal. Dirección Enfermera. Protocolo general: catéteres venosos centrales de inserción central. PRT/CVCC/005. Ciudad de Madrid. [Internet]. 2005 [acesso em 2015 dez 19]. Disponível em: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urlidata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185623&ssbinary=true>.

[Digite texto]

- 11 Bonassa EMA. Quimioterapia via endovenosa (EV). In: Bonassa EMA. Enfermagem em quimioterapia. Rio de Janeiro: Atheneu. 1998. P. 45-58.
- 12 Graham AS, Ozment C, Tegtmeier K, Lai S, Braner DAV. Central venous catheterization. New Eng Journ Med [Internet]. 2007 [acesso em 2015 dez 04];356(2). Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm055053>.
- 13 Araújo S. Acessos venosos centrais e arteriais periféricos – Aspectos Técnicos e Práticos. Rev Bras Ter Intensiva, [Internet]. 2007 [acesso em 2016 set 21];2003;15(2). Disponível em: http://www.amib.com.br/rbti/download/artigo_2010629165427.pdf.
- 14 Carlotti APCP. Acesso vascular. Medicina [Internet]. 2012 [acesso em 2016 fev 14];2012;45(2):208-14. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n2/Simp5_Acesso%20Vascular.pdf.
- 15 Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde por patógenos multirresistentes – Infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter. [Internet]. 2007 [acesso em 2015 dez 04]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosauda/controler_rm/cursos/rm_controle/opas_web/modulo5/pre_corrente4.htm.
- 16 Salomao R, Rosenthal VD, Grimberg G, Nouer S, Blecher S, Buchner-Ferreira S et al. Device-associated infection rates in intensive care units of Brazilian hospitals: findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium. Rev Panameña de Salud Pública/Panama Am Journ Public Health [Internet]. 2008 [acesso em 2015 dez 04];2008;24(3). Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a06v24n3.pdf>.
- 17 Pires E, Albuquerque M. Cirurgia dos cateteres de longa permanência (CLP) nos centros de Transplante de medula óssea. Medicina [Internet]. 2005 [acesso em 2015 dez 19];38(2):125-42. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/511/511>.
- 18 Ross C, Quesada RMB, Girardello R, Rogeri LMS, Calixto LA, Pelayo JS. Análise microbiológica de pontas de cateteres venosos centrais provenientes de pacientes internados no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde [Internet]. 2006 [acesso em 2015 dez 14];27(2):117-23. Disponível em: http://www.uel.br/proppg/portal/pages/arquivos/pesquisa/semina/pdf/semina_27_2_20_29.pdf.

44. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM ADOLESCENTES NO RS: MARCADORES DE FEMINIZAÇÃO E JUVENIZAÇÃO DO FENÔMENO

SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN ADOLESCENTS IN RS: MARKERS OF FEMINIZATION AND JUVENILIZATION OF THE PHENOMENON

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES EN RS-BRASIL: SEÑALADORES DE LA FEMINIZACIÓN E JUVENIZACIÓN DEL FENÓMENO

BERLITZ, Betina¹; BARBIANI, Rosangela ²; OLIVEIRA, Mariane
de ³; MARQUES, Mariana Ribeiro.⁴

Introdução: O presente 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. A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes do Rio Grande do Sul (PEAISA), coordenada pela SES foi implantada em 2010 e está sendo implementada nos 497 municípios do estado. Esse processo demanda atualização e sistematização de indicadores de saúde para esse grupo etário da população, a fim de orientar as diretrizes de monitoramento e avaliação de sua implementação. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) definem a adolescência como uma etapa intermediária do desenvolvimento humano, entre a infância e a fase adulta, que ocorre entre os 10 e 19 anos de idade.¹ Entre as complexas necessidades de saúde da população adolescente destacam-se as relativas à saúde sexual e reprodutiva, em função da descoberta e exercício da sexualidade que se iniciam nessa fase de desenvolvimento e, ao mesmo tempo, da necessidade de políticas sistemáticas e efetivas de promoção e proteção à saúde dos adolescentes. **Objetivos:** Isso posto, o objetivo da pesquisa foi sistematizar informações estratégicas sobre a incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis na população adolescente do estado do Rio Grande do Sul, identificando fatores de risco e de proteção, considerando as especificidades e necessidades deste grupo etário. **Método:** Trata-se de estudo ecológico descritivo de indicadores de condições de saúde de adolescentes residentes no Rio Grande do Sul, no período de 2010-2015. A população adolescente foi classificada em subgrupos etários de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. Os dados coletados foram extraídos da base de dados DATASUS Tabnet – RS e as fontes foram as notificações dos seguintes agravos: sífilis adquirida, sífilis em gestante, HIV/AIDS e gestantes HIV. **Resultados:** Os resultados revelam incidência crescente de sífilis adquirida na população adolescente: 2010 (16 casos) e 2015 (1063 casos) representando 10,95% do universo de notificações do período. Entre adolescentes a prevalência é no sexo feminino (62,03%), contrastando com a realidade dos demais grupos etários, onde a prevalência de infecções de sífilis é no sexo masculino. Os casos de sífilis em gestantes adolescentes também sinalizam a vulnerabilidade desse segmento, considerando as implicações da doença em recém-nascidos. Do total de 8.128 notificações em todas as faixas etárias, na série histórica de 2010 - 2015, as gestantes adolescentes representaram 24,77% dos casos. Também é destaque a crescente incidência de

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem - Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS);
Endereço eletrônico: betinaberlitz@gmail.com

² Assistente Social, Doutora em Educação, Docente PPG Enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos;
Técnico Científico da Secretaria Estadual da Saúde/RS - Seção de Saúde da Criança e do Adolescente;

³ Acadêmica do curso de Enfermagem - Universidade do Vale do Rio dos Sinos;

⁴ Enfermeira, Mestranda pelo Mestrado Profissional em Enfermagem - Universidade do Vale do Rio dos Sinos.
[Digite texto]

HIV/AIDS entre adolescentes, caracterizando o fenômeno da juvenização da epidemia. Destaca-se que 12% dos casos notificados desse segmento corresponde a adolescentes na faixa de 10-14 anos. Na série histórica estudada, os casos notificados relativos à população adolescente subiram de 128 em 2010 para 532 em 2015. Esse universo corresponde a 4,56% da população vivendo com HIV/AIDS no RS. A prevalência do sexo feminino (59,06%) também evidencia a feminização da epidemia entre a população adolescente, a exemplo da situação identificada quanto a prevalência da sífilis adquirida. As gestantes adolescentes vivendo com HIV representam 14,70% de todos os casos notificados. Embora a maioria dos casos encontre-se no recorte etário de 15 - 19 anos, não se pode desconsiderar a gravidade e complexidade (dupla vulnerabilidade e risco) em que se encontram as adolescentes grávidas de 10-14 vivendo com a doença, que totalizaram 64 dos casos notificados no período. Em síntese, os resultados preliminares apontam para o aumento progressivo das infecções de sífilis, sobretudo em adolescentes do sexo feminino, desvelando uma situação de vulnerabilidade que precisa ser enfrentada com medidas de prevenção e atuação dos serviços de saúde. Esse cenário também foi demonstrado em relação aos casos de AIDS em adolescente no estado do Rio Grande do Sul. A ampliação do acesso ao diagnóstico das IST, os testes rápidos, deflagrou uma realidade preocupante sobre seu impacto na população em geral, com especial destaque para os/ as adolescentes. É oportuno neste momento, apontar para a importância da análise do fenômeno desde a ótica de gênero e do público jovem, visando ações de promoção e prevenção. Embora a base consultada reúna casos descartados e confirmados, o fato de adolescentes procurarem os serviços de saúde para atendimento e/ou a busca pelos testes rápidos indica que houve exposição sem proteção e, portanto, trata-se de padrões de comportamento sexual que expõem adolescentes a vulnerabilidades e riscos de contraírem doenças de grave repercussão à saúde. Estudos indicam que o aconselhamento pré e pós-teste HIV têm importância singular na adolescência, entretanto, quando realizados ocorrem de forma parcial.² Outros estudos apontam que adolescentes não procuram profissionais e serviços de saúde, embora o país conte com a implantação de programas de saúde com extensão de cobertura populacional em muitas localidades, como o caso é o caso da Estratégia da Saúde da Família (ESF), muitos jovens ainda têm pouco acesso à informação e aos serviços adequados ao atendimento de suas necessidades de saúde sexual e reprodutiva^{3, 4}. Destaca-se ainda a acessibilidade dificultada, impondo restrições de idade e presença de um responsável, mesmo com a legislação existente, muitos profissionais sentem-se desprotegidos e despreparados para o atendimento do público adolescente. **Conclusão:** Considerando a importância do período etário, como propulsor de hábitos e comportamentos ao longo da vida são necessárias reflexões e tomadas de decisões que incluam esta população, com suas devidas especificidades. Apesar dos aspectos comuns deste grupo salienta-se que o desenvolvimento do processo de adolescer difere quando se pronuncia a condição sociocultural, oportunidades e vulnerabilidades, bem como raça, identidade de gênero, orientação sexual, faixa etária e escolaridade.⁵ Sensibilizar os serviços e equipes de saúde para que compreendam e atendam às necessidades destes adolescentes, que se tornam invisíveis dentro dos espaços e serviços de saúde é uma demanda e necessidade crescente nos múltiplos contextos de saúde. Sendo a adolescência vista, na maior parte das vezes, como um período somente de passagem do período infantil para o ser adulto. Quando percebida, o cuidado é enfocado somente sobre as condições sexuais e reprodutivas, desconsiderando a realidade, o saber, os medos e as potencialidades deste/as adolescentes. Nessa perspectiva, a abordagem da educação em saúde deve pautar projetos e intervenções que precisam se somar a outros espaços formativos como a escola e a família.

DESCRITORES: Saúde Sexual e reprodutiva; Saúde de Adolescentes; Infecções Sexualmente Transmissíveis.

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

[Digite texto]

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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. [Internet]. Brasília, DF; 2010. [Acesso em 21 abril 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf
2. Taquette SR, Rodrigues AO, Bortolotti LR. Percepção de pacientes com AIDS diagnosticada na adolescência sobre o aconselhamento pré e pós-teste HIV realizado. Ciênc. Saúde Coletiva. 2017; 22(1) :23 - 30. [Acesso em 17 abril 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0023.pdf>
3. Silva MRB, Silva LA, Maturana HCA, Silva RB, Santos ME, Filho VF. Por que elas não usam?: Um estudo sobre a não adesão das adolescentes aos métodos contraceptivos e suas repercussões. Revista Saúde em Redes. 2015; 1 (4): 75 – 83. [Acesso em 17 abril 2017]. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/633>
4. Luz AMH, Berni NIO. Processo da paternidade na adolescência. Rev. Bras. Enferm. 2010; 63 (1): 43 - 50. [Acesso em 17 abril 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a08.pdf>
5. Anjos RHD, Silva JAS, Val LF, Rincon LA, Nichiata LYI. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. Rev. Esc. Enferm. USP. 2012; 46 (4): 829 - 837. [Acesso em 10 abril 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/07.pdf>



45. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (ATP-IIINFOC-TB): ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO

DIRECTLY OBSERVED TRANSFER ASSESSMENT INSTRUMENT (ATP-IIINFOC-TB): ELABORATION AND VALIDATION

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO (ATP-IIINFOC-TB): PREPARACIÓN Y VALIDACIÓN

SILVA, Laís Mara Caetano da¹; SCHIMITH, Maria Denise²; PALHA, Pedro Fredemir³; SILVEIRA, Vanessa do Nascimento⁴; WHICKERT, Daiana Cristina⁵; GAMA, Dedabrio Marques⁶; MINELLO, Andrieli⁷.

Resumo

Introdução: A tuberculose é um problema de saúde pública mundial. Em 1993, devido à elevação dos casos, foi proposta a estratégia Directly Observed Treatment Short Course para seu controle, tendo como um de seus pilares o Tratamento Diretamente Observado. **Objetivo:** descrever a elaboração e validação de um instrumento voltado à avaliação da transferência da política do Tratamento Diretamente Observado **Metodologia:** Estudo de investigação metodológica quantitativa, que contou com três etapas: validação semântica, primeira e segunda fase do estudo de campo. **Resultados e discussão:** Participaram do estudo 526 sujeitos, sendo a maioria profissionais de Enfermagem. O instrumento inicial tinha 49 ítems, após a validação semântica passou a contar com 47 e, na versão final, com 39. A dimensão “conhecimento” apresentou score abaixo do preconizado. **Considerações Finais:** Tem-se um instrumento apto a avaliar a transferência do Tratamento Diretamente Observado de forma unidimensional, identificando as potencialidades e fragilidades desse processo.

Descriptores: Tuberculose; Terapia Diretamente Observada; Pessoal de Saúde.

Abstract

Introduction: Tuberculosis is a global public health problem. In 1993, due to the elevation of the cases, the Directly Observed Treatment Short Course strategy was proposed for its control, with one of its pillars being the Directly Observed Treatment. **Objective:** to describe the elaboration and validation of an instrument aimed at evaluating the transfer of the Direct Observed Treatment policy **Methodology:** Quantitative methodological research study, which had three stages: semantic validation, first and second phase of the field study. **Results and discussion:** 526 subjects participated in the study, most of them being nursing professionals. The initial instrument had 49 items, after the semantic validation came to count with 47 and, in the final version, with 39. The dimension "knowledge" presented a score below that recommended. **Final Considerations:** There is an instrument capable of evaluating the transfer of Directly Observed Treatment in a unidimensional way, identifying the potentialities and fragilities of this process.

Descriptors: Tuberculosis; Directly Observed Therapy; Health Personnel.

Resumen

Introducción: La tuberculosis es un problema de salud pública en todo el mundo. En 1993, debido al aumento de los casos propuso que era la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa para su control, teniendo como uno de sus pilares el tratamiento bajo observación directa. **Objetivo:** Describir el desarrollo y validación de un instrumento destinado a evaluar la transferencia de la política de tratamiento bajo observación directa. **Metodología:** Estudio de investigación metodológica cuantitativa, que incluye tres etapas: la validación semántica, primera y segunda fase del estudio de campo. **Resultados y Discusión:** El estudio incluyó a 526 sujetos, la mayoría de enfermería profesional. El instrumento inicial tenía 49 artículos, después de la validación semántica ahora tiene 47 y, en la versión final, 39. El

¹ Enfermeira, Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: lais.silva@uftsma.br

² Enfermeira, Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM.

³ Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública pela EERP/USP. Professor Associado do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP/USP.

⁴ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.

⁵ Graduanda do curso de Enfermagem da UFSM.

⁶ Graduando do curso de Enfermagem da UFSM.

[Digite texto]

dimensión "Conocimiento" presentado puntuación por debajo de los valores recomendados. **Observaciones finales:** Hay un instrumento capaz de evaluar la transferencia de la forma unidimensional tratamiento breve bajo observación directa, la identificación de las fortalezas y debilidades del proceso.

Descriptores: Tuberculosis; Terapía por Observación Directa; Personal de Salud.

Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença milenar, que acomete predominantemente os pulmões, e recrudesceu nas últimas décadas do século XX devido ao advento do HIV/aids. No ano de 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu a doença como problema de saúde pública mundial e seu controle como prioridade¹.

Mais de vinte anos depois, estima-se que 9,6 milhões de pessoas tenham desenvolvido a doença em 2014, sendo 5,4 milhões homens, 3,2 milhões mulheres e 1,0 milhão crianças, sendo que 1,5 milhão morreriam em decorrência da TB, o que a colocou na liderança do número de óbitos por doenças infecciosas².

Após declarar a propagação da TB como emergência global, a OMS lançou formalmente a estratégia *Directly Observed Treatment Short Course* (DOTS) em 1994, a qual é composta por cinco pilares: 1. Compromisso político/governamental; 2. Detecção de casos; 3. Administração de terapia padronizada de curta duração; 4. Estabelecimento de um sistema de fornecimento de drogas; 5. Estabelecimento de um sistema de monitoramento para supervisão e avaliação³.

Dentre esses componentes, o presente estudo tem como objeto o Tratamento Diretamente Observado (TDO), o qual consiste na observação da ingestão medicamentosa, devendo ser administrado por profissionais de saúde ou, eventualmente, por pessoas que façam parte da rede de relações da pessoa com TB⁴.

No cenário brasileiro, em 1996 foi lançado o Plano Emergencial de Controle da Tuberculose. Em 1998, foi lançado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), com as seguintes diretrizes gerais: 1. Aquisição e o abastecimento de medicamentos; 2. Referência laboratorial e para o tratamento dos casos diagnosticados; 3. Coordenação dos Sistemas de Informação em Saúde; 4. Apoio aos Estados e Municípios; 5. Articulação intersetorial⁵.

Dessa forma, torna-se importante compreender o como as políticas de controle da TB são transferidas, o que se dará tendo como perspectiva a Transferência de Políticas (TP), desenvolvida originalmente por cientistas políticos e definida como um processo no qual o conhecimento sobre políticas, arranjos administrativos, instituições, etc. em um determinado tempo e/ou espaço é usado no desenvolvimento de políticas, arranjos administrativos e instituições em outro tempo e/ou espaço⁶.

No cerne da incorporação e prática do TDO pelos serviços de saúde, alguns sujeitos são indispensáveis. Estudos⁷⁻⁸ reforçam a importância dos profissionais de saúde para a realização do [Digite texto]

TDO por diversos motivos, que vão desde o estabelecimento de vínculo à identificação de necessidades, escuta qualificada e manejo das reações adversas. Alguns pontos devem ser destacados, como treinamentos e supervisão permanente, além da articulação entre a gestão e aqueles que atuam com o TDO.

Tendo em vista os aspectos discorridos até o momento, é premente a necessidade de realizar estudos que avaliem as potencialidades e as fragilidades da transferência do TDO. Assim, o presente estudo objetiva descrever o processo de elaboração e validação de um instrumento voltado à avaliação da TP do TDO enquanto componente da política de controle da TB.

Metodologia

Estudo de investigação metodológica quantitativa, que envolve a busca por novos significados, interpretações de fenômenos e desenvolvimento de instrumentos para coleta e análise de dados⁹.

Consistiu como ponto de partida, a elaboração de um instrumento de coleta de dados denominado “Avaliação da Transferência de Políticas – Inovação, Informação e Conhecimento em Tuberculose” (ATP-IINFOC-TB). Para sua elaboração, foram utilizadas as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde para o controle da TB e o TDO^{4,10}, e uma sobre a pesquisa operacional voltada à TP da estratégia DOTS¹¹.

A coleta de dados ocorreu entre 2013 e 2015. Para sua realização foram feitos contatos prévios junto às Secretarias Municipais de Saúde, coordenadores do Programa de Controle da Tuberculose ou da Atenção Básica. A seguir, todas as unidades que realizavam ações de controle da TB foram contatadas pessoalmente ou via telefone para a apresentação do estudo e anuência para a coleta, onde se deu o recrutamento dos participantes. Foram sujeitos do estudo profissionais de saúde de nível médio e superior, que exerciam ações de controle da TB. Cada entrevista foi agendada conforme data, local e horário de preferência dos mesmos.

A pesquisa foi analisada e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 01197312.3.0000.5393 e pelo Grupo Hospitalar Conceição, sob CAAE número 01649012.9.0000.5530.

Resultados e discussão

Participaram do estudo, ao todo, 526 profissionais de saúde (24 participaram da fase de validação semântica, 101 da primeira fase do estudo de campo, e 401 da segunda fase do estudo de

[Digite texto]

campo). Os 24 participantes dessa fase possuíam, em média, 46,4 anos de idade. Em relação à idade mínima registrada, essa foi de 30 anos, ao passo que a máxima foi de 63 anos. Quanto ao tempo de atuação, a média foi de 11,7 anos, com tempo mínimo de atuação de 3 anos, e tempo máximo de 30 anos. A maioria dos profissionais era do sexo feminino (17 – 70%) e, segundo a categoria profissional, 21 (88%) dos participantes eram da área da enfermagem, sendo 11 (46%) enfermeiros e 10 (42%), profissionais de nível médio (auxiliares ou técnicos em enfermagem).

As informações sociodemográficas revelaram os profissionais possuíam tempo de atuação que lhes permitia uma boa experiência com as ações de controle da TB, e média de idade que os enquadra na população economicamente ativa¹². Em relação à variável sexo, a predominância de profissionais mulheres corrobora com estudo que apontou a força de trabalho na área da saúde em geral, como formada predominantemente por mulheres¹³.

As sugestões dos entrevistados na fase de validação semântica geraram mudanças em três categorias principais: alteração nos itens da escala de resposta, redação dos itens da forma negativa para a afirmativa e substituição de alguns termos utilizados por outros de melhor compreensão. A análise da pertinência das sugestões fornecidas pelos profissionais entrevistados e a escolha da melhor estratégia de ajuste teve como foco acompanhar o objetivo do instrumento. Quanto à escala de respostas utilizada, o número de opções foi mantido em cinco, mas foram feitos ajustes.

Em 22 (45%) dos itens originais, mais de 50% dos entrevistados sugeriram modificações que, após análise, foram implementadas. Além desses, outros 18 itens (37%) foram modificados para garantir a consistência na adequação do instrumento. Ressalta-se que, apesar de terem sido alvo de sugestões para modificação, dois itens foram mantidos na forma negativa para não condicionar o entrevistado a responder somente no modo afirmativo, e dois itens foram excluídos.

Com base nos resultados apresentados, identificou-se que a fase de validação semântica do ATP-IINFOC-TB demonstrou a importância dos itens contidos no instrumento, tendo contribuído também na identificação e adequação destes, aumentando assim sua confiabilidade e permitindo que se partisse para o estudo de campo. Um fator relevante foi a dificuldade dos entrevistados de compreender e responder os itens redigidos na forma negativa. O mesmo ocorreu em outros estudos¹⁴⁻¹⁵. Tal dificuldade pode ser proveniente da falta de familiaridade com esse tipo de item, que exige um mecanismo de interpretação diferente do empregado para compreender as frases na forma afirmativa¹⁴.

A primeira fase do estudo de campo contou com a participação de 101 profissionais de saúde de nível médio e superior. Estes tinham média de 43,3 anos de idade, sendo a idade mínima de 26 anos, e a máxima, de 71 anos. Em relação ao tempo de atuação, a média foi de 10,5 anos, com

[Digite texto]

tempo mínimo 1 ano de atuação e máximo, de 35 anos. Em relação ao sexo, houve um predomínio de participação de profissionais do sexo feminino (83 dos 101 entrevistados – 82,2%). Quanto à categoria profissional, a maioria dos entrevistados pertencia à equipe de enfermagem (78 dos 101 entrevistados – 77,2%), sendo que destes, 33 eram enfermeiros e 45 profissionais de nível médio em enfermagem, reforçando os achados da fase de validação semântica.

Ao tomar enquanto parâmetro de análise do efeito *floor and ceiling* aquele de que o efeito acontece quando há concentração de mais de 15% dos itens nas respostas com menor escore possível (1) ou a concentração de mais de 15% das respostas no maior escore possível (5)¹⁶, é possível concluir que o instrumento ATP-IINFOC-TB, na primeira fase do estudo de campo, não possui efeito *floor and ceiling*, ou seja não existe prejuízo na responsividade do instrumento.

Ao adotar como critério aceitável para o alfa de Cronbach resultados superiores a 0,70¹⁷, a análise proposta pela Análise Fatorial Exploratória revelou prejuízo na consistência interna da dimensão “Inovação” ($\alpha=0,685$), ao passo que a manutenção do agrupamento dos itens segundo o que foi proposto pelo grupo de pesquisa revelou um prejuízo na consistência interna da dimensão “Conhecimento”, que apresentou $\alpha=0,645$. Como o alfa de Cronbach do instrumento foi maior no agrupamento proposto pelo grupo de pesquisa ($\alpha=0,872$) do que no agrupamento proposto pela Análise Fatorial Exploratória ($\alpha=0,847$), optou-se pela manutenção dos itens conforme o proposto pelo grupo. Nessa fase, ocorreu uma diminuição no número de itens (de 47 para 39).

A segunda fase do estudo de campo contou com a participação de 401 profissionais. A análise das informações sociodemográficas demonstrou que os participantes possuíam, em média, 43,2 anos de idade, sendo a idade mínima de 24 anos e a idade máxima de 69. Em relação ao tempo de atuação, a média foi de 11,7 anos, com tempo mínimo de 1 ano e máximo de 40. Quanto à característica sociodemográfica sexo, a maioria dos participantes era do sexo feminino – 334 (83,3%). Quanto à categoria profissional, o estudo contou com a participação de 271 (76,7%) profissionais de enfermagem, sendo 128 (31,9%) enfermeiros e 143 (35,7%), de nível médio, o que se assemelha aos achados das etapas anteriores.

Ao proceder a análise do efeito *floor and ceiling* do ATP-IINFOC-TB, na segunda fase do estudo de campo, evidenciou-se que o mesmo não se aplica¹⁶, resultado que permite concluir que não existe prejuízo na responsividade do instrumento.

A análise de construto convergente do instrumento ATP-IINFOC-TB foi realizada por meio da análise Multitração-Multimétodo, por meio do *Multitrait Analysis Program*, com o intuito de analisar o quanto os itens se relacionam entre si. Para a validade convergente consideraram-se satisfatórios os coeficientes de correlação linear de Pearson (r) acima de 0,40. Por meio dessa

[Digite texto]

avaliação, pôde se identificar que a dimensão “Conhecimento” apresentou baixa correlação. Para todo o instrumento, dos 39 itens, 26 alcançaram $r>0,40$ ¹⁷.

Adotando o critério no qual valores $>75\%$ de ajuste são considerados adequados¹⁸, a análise da validade discriminante do ATP-IINFOC-TB revelou que os níveis são satisfatórios para a dimensão “Informação”, para a qual foi identificado um ajuste de 100% e também para a dimensão “Inovação”, na qual o ajuste identificado foi de 92,5%. Já em relação à dimensão “Conhecimento”, foi identificado ajuste de 55%, considerado insatisfatório. Apesar do baixo valor de ajuste identificado para a dimensão “Conhecimento”, o instrumento como um todo apresentou ajuste satisfatório, de 84,6%.

Ao analisar a consistência interna do ATP-IINFOC-TB na segunda fase do estudo de campo, para o instrumento como um todo, teve-se um alfa de Cronbach de 0,89. Os índices considerados aceitáveis são aqueles acima de 0,70¹⁷, o que permite inferir que as dimensões “Informação” e “Inovação” possuem boa fidedignidade, bem como o instrumento como um todo. A dimensão “Conhecimento”, por sua vez, tem sua fidedignidade comprometida por apresentar resultado abaixo de 0,70, reforçando os achados anteriores.

Ao conseguir resultados satisfatórios na Análise Fatorial Exploratória, os dados obtidos na segunda fase do estudo de campo prosseguiram para a Análise Fatorial Confirmatória, etapa que busca analisar por meio do Modelo de Equações Estruturais a teoria de avaliação proposta¹⁹. Entretanto, antes de prosseguir para a realização dessa análise, cabe fazer dois testes: o KMO e o Teste de Esfericidade de Bartlett, que auxiliam na tomada de decisão para o prosseguimento da análise. Ao adotar como critério de avaliação dos resultados dos testes o proposto por um estudo da área²⁰, pôde se concluir que o KMO atendia o que é preconizado, tendo em vista que o resultado do índice foi de 0,849 e o parâmetro adequado é $>0,50$.

O mesmo ocorreu com o Teste de Esfericidade de Bartlett ($p=0,000$) ($\chi^2=5073,808$ e $gl=741$), visto que o preconizado como bom resultado é $p<0,001$ ²⁰. Autores¹⁹ reforçam esse achado como positivo, visto que demonstra ser possível o prosseguimento da análise do instrumento pela Análise Fatorial Confirmatória.

Considera-se um CFI adequado aquele que apresenta valores acima de 0,90, e um bom valor para RMSEA é quando está abaixo de 0,10. Os resultados aqui apresentados demonstraram baixo CFI (0,576, sendo o adequado acima de 0,90), e RMSEA 0,088, que foi maior do que o preconizado ($<0,07$). Ou seja, apesar do nível ser aceitável, o resultado evidenciou fragilidade no RMSEA, reforçando que o modelo proposto por meio das dimensões “Informação”, “Conhecimento” e

[Digite texto]

“Inovação” não era o mais adequado para analisar a transferência do TDO enquanto componente da política de controle da TB¹⁹.

Considerações Finais

O instrumento ATP-IINFOC-TB foi elaborado após aprofundamento dos aspectos conceituais relacionados à TP e revisão da literatura em bases de dados internacionais, que permitiram inferir o desdobramento da transferência do TDO segundo três dimensões: “Informação”, “Conhecimento” e “Inovação”.

A fase voltada à validação semântica permitiu adequar a terminologia utilizada, bem como as opções de resposta presentes na escala proposta, o que fez com que o instrumento fosse compreensível para profissionais com diferentes níveis de formação, além de ter contribuído com a retirada de itens considerados como redundantes, processo que embasou ajustes que aumentassem a confiabilidade do instrumento.

A primeira e segunda etapa do estudo de campo permitiu que diminuísse o número de itens, além de ter oportunizado identificar que a dimensão “Conhecimento” apresentava fragilidades.

Além dos aspectos vinculados à validação do instrumento, tal processo permitiu identificar certa fragilidade na percepção dos profissionais em relação às diretrizes disponibilizadas pela OMS e incorporadas à realidade local, visto que não foram considerados importantes aspectos relacionados à participação popular, características do território e motivação em buscar informações relacionadas ao TDO em outras fontes além daquelas disponíveis no local de trabalho. Dessa forma, o instrumento mostrou-se apto a capturar potencialidades e fragilidades relacionadas às ações de educação permanente e falta de recursos humanos, o que incide diretamente na efetividade das ações de controle da TB, indicando que o instrumento, além de analisar a transferência do TDO, também pode identificar aspectos passíveis de intervenção para o aperfeiçoamento das ações de controle da TB.

Conclui-se, dessa forma, que o ATP-IINFOC-TB é capaz de avaliar a transferência do TDO enquanto componente da política de controle da TB, mas somente caso não se utilize as três dimensões anteriormente propostas. Dessa forma, tem-se como resultado um instrumento unidimensional, validado para a realidade brasileira e apto a avaliar a transferência do TDO para os serviços de saúde.

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

Referências

[Digite texto]

1. Arnadottir T. Tuberculosis and Public Health: Policy and Principles in Tuberculosis Control. Paris, France: International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases, 2009.
2. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2015. Geneva, 2015.
3. World Health Organization. Framework for effective tuberculosis control. Geneva, 1994.
4. Ministério da saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na Atenção Básica: protocolo de enfermagem. 2011.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.
6. Dolowitz D, Marsh D. Who learns what from whom: a review of the Policy Transfer literature. *Political Studies*. 1996; XLIV:343-357.
7. Gonzales RI, Monroe AA, Assis EG, Palha PF, Villa TCS, Ruffino-Netto A. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2008; 42(4):628-34.
8. Queiroz EM, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Ferreira KR, Bertolozzi MR. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(2):369-77.
9. Polit DF, Beck, CT. Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na Atenção Básica: protocolo de enfermagem. 2011.
11. Bissell K.; Lee K, Freeman R. Analysing policy transfer: perspectives for operational research. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011; 15(9):1140-48.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Conceitos – População Economicamente Ativa, 2016.
13. Machado MH, Vieira ALS, Oliveira E.. Construindo o perfil da enfermagem. *Enfermagem em Foco*. 2012; 3(3):119-122.
14. Lobão WM, Menezes IG. Construção e validação de conteúdo da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(4):796-803.
15. Koritar P, Philipe ST, Alvarenga S., Santos S. Adaptação transcultural e validação para o português da Escala de Atitudes em Relação ao Sabor da Health and Taste Attitude Scale (HTAS). *Cienc. Saúde Coletiva*. 2014;19(8): 3573-3582.
16. McHorney CA, Tarlov AR. Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status survey adequate? *Qual Life Res*. 1995;4: 293-307.
17. Terwee CB et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2007; 60(1):34-42.
18. Deon KC. Validação para crianças e adolescentes brasileiros do instrumento de mensuração de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde DISABKIDS® - Módulo Dermatite Atópica. 2013; 105 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
19. Hair Jr JF et al. Análise multivariada de dados. 5^a Edição. Porto Alegre: Editora Buckman; 2009.
20. Scatena LM et al. Validação e confiabilidade: instrumento para avaliação de serviços que tratam tuberculose. *Rev. Saúde Pública*. 2015; 49(7):1-11.

46. INTERDISCIPLINARIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA-RS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

INTERDISCIPLINARITY IN THE SCHOOL HEALTH PROGRAM IN THE MUNICIPALITY OF SANTA MARIA-RS: EXPERIENCE REPORT

INTERDISCIPLINARIEDAD EN PROGRAMA DE SALUD EN LA ESCUELA EN SANTA MARÍA-RS: INFORME DE LA EXPERIENCIA

CERDÓTES, Ana Luiza Parcianello¹; ROSA, Fábio Mello da²; WEILLER, Teresinha Heck³; OLIVEIRA, Isabel Cristina⁴; STRECK, Mônica Tábata Heringer⁵; CRUZ, Kamilla Borges⁶; NEVES, Aline Tatsch⁷ MEGIER, Elisa Rucks⁸; CARVALHO, Jordana Lopes⁹

Introdução: Há muitos anos, a saúde no contexto brasileiro vem tecendo um caminho voltado para a promoção e prevenção, um exemplo disso está na Declaração de alma-ata no ano de 1978 em que amplia o paradigma da saúde, sendo relacionado a outros setores, como o social e econômico, além disso, traz o sujeito como protagonista da sua própria saúde.¹ Nesse sentido no final dos anos 80 o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado, como um direito de todos, permeando a saúde pública como um vasto campo de atuação dentro das comunidades mais vulneráveis, evidenciando a equidade.² Nessa lógica, o atual Programa Saúde na Escola (PSE) faz parte de uma articulação entre educação e saúde a fim de usufruir de ambientes escolares para o enfrentamento das vulnerabilidades, o mesmo foi reiterado pela Política Nacional da Atenção Básica, e no município de Santa Maria - RS vem ocorrendo desde o ano de 2014, contemplando os componentes I e II, nas escolas cujo território pertence a uma Estratégia Saúde da Família (ESF).^{3 4} Dentre os objetivos do PSE é contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos e como diretriz o cuidado ao longo do tempo.⁵ Conforme a lei que regulamenta o exercício profissional cabe ao enfermeiro à educação visando a melhoria de saúde da população, dessa forma o enfermeiro dentro da Atenção Primária em Saúde tem papel destaque no planejamento, execução e reflexão sobre os resultados alcançados no âmbito da promoção e prevenção em saúde, já que compete a coordenação das Estratégias da Saúde da Família.⁵ **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada sobre a promoção/prevenção da saúde através do Programa Saúde na Escola numa Escola Estadual de ensino fundamental num município do interior do estado do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Este trabalho é um relato de Experiência vivenciado numa Escola Estadual de Ensino Fundamental que se encontra dentro do território da ESF, no período de março a dezembro de 2016. A Escola em questão tem seu funcionamento em turno integral com 260 alunos abrangendo o 1º ao 9º ano. No início de cada ano letivo a ESF entra em contato com a escola por intermédio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para iniciar as atividades,

¹ Enfermeira da Estratégia da Saúde da Família do município de Santa Maria/RS. E-mail: analu_parcianello@hotmail.com

² Enfermeiro Sanitarista no município de Santa Maria/RS. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

³ Enfermeira. Pró-Reitora de Extensão e Professora Doutora da Universidade Federal de Santa Maria/RS.

⁴ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria

⁵ 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).

⁶ Enfermeira do Município de Santa Maria, especialista em saúde da família e comunidade.

⁷ Enfermeira. Pós graduanda em Saúde Pública na Unopar, supervisora de estágios do curso Técnico de Enfermagem no colégio Gandhi/SEG.

⁸ Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano.

⁹ Enfermeira Assistencial. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Pós-graduanda em Urgência e Emergência.

[Digite texto]

sendo assim a escola solicita a autorização dos pais para desenvolver esse trabalho com os mesmos, já que o PSE traz um amplo campo de atuação com os educandos, a partir disso a equipe se organiza para levar até os educandos os temas apresentados no componente II do PSE que corresponde a promoção da saúde e prevenção de agravos, conforme o nível escolar, ou seja, creches, pré-escolas, ensino fundamental e médio. Entretanto, para conhecer melhor as necessidades de assuntos que mais interessavam os alunos do 6º ao 9º, não os deixando envergonhados foi colocada na escola uma “caixinha” de sugestões para os encontros e após um mês foi analisado os temas, período entre um encontro e outro. Esses momentos sempre eram combinados com a escola com antecedência e os temas tratados conforme a faixa etária dos educandos, já a periodicidade pactuada em equipe foi de encontros mensais. Como instrumentos para abordar os temas foram utilizados o data show e o som que pertenciam a escola, também foi utilizado um kit de educação em saúde que a ESF recebeu do setor de HIV/AIDS do município e um notebook pessoal, quando era necessário, a metodologia utilizada foram rodas de conversas com ambos os gêneros numa mesma sala, documentários relacionados ao assunto, atividades lúdicas fora da sala e apresentações através de slides, também alguns convidados de outros setores e instituições se fizeram presentes, auxiliando nesse processo, assim como estagiários que estavam no período na ESF. Ao final de cada atividade era reiterado aos professores que seguissem abordando o tema nas suas disciplinas. **Resultados e Discussões:** No ano letivo de 2016 foram realizadas 5 atividades educativas na escola, sendo quatro ações do 6º ao 9º ano e duas ações do 1º ao 5º ano. Na “Caixinha” de sugestões os temas de maior interesse que surgiram foi saúde sexual e reprodutiva, drogas, depressão e câncer. Logo, a equipe conseguiu ao longo do ano abordar direito sexual e reprodutivo, prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas, aquele num momento, este em dois momentos com os educandos maiores, com os alunos menores a “caixinha” não teve sucesso, pois eles não escreveram sugestões, logo foi abordada a promoção da cultura da paz/direitos humanos e promoção da saúde ambiental/desenvolvimento sustentável. Entretanto, a periodicidade não foi como planejada, pois a equipe esteve envolvida com outras atividades, como a Planificação da Atenção Primária a Saúde que se estendeu durante os 9 primeiros meses do citado ano. Em todas as atividades de educação e promoção da saúde o enfermeiro e os ACS estiveram presentes, enquanto que outros núcleos de saberes tiveram presentes em atividades que estavam responsáveis pela abordagem. **Considerações finais:** O PSE tem como objetivo unir dois setores que são potenciais quando se trata de mudança cultural compartilhando conhecimento num espaço onde crianças e adolescentes passam grande parte de seu tempo, logo trabalhar com esse público é uma oportunidade como profissional e pessoa de contribuir para diminuir as vulnerabilidades e obter um futuro mais harmônico. Além disso, a aproximação da ESF realizando atividades dentro da escola possibilita que os educandos construam um maior vínculo com os profissionais e possam acessar com mais facilidade o serviço de saúde. As atividades proporcionaram um diálogo entre alunos e profissionais de forma agradável, muitas dúvidas sanadas, sendo uma mistura de conhecimento com descontração. Ainda que, a maioria dos profissionais tenham se empenhado para realizar as atividades mensalmente abordando todos os temas do componente II do programa, é preciso melhorar o planejamento e o engajamento da equipe para que seja possível a periodicidade das atividades, melhorando sempre a atuação de todos. Também é possível inserir de maneira mais contundente os acadêmicos que realizam seus estágios na ESF no auxílio dessas atividades que são importantes para a formação profissional. Além disso, os professores ao ponto que vão entendendo esse processo de parceria protagonizam a melhoria desse trabalho de educação e saúde dentro das salas de aula.

DESCRITORES: Atenção Primária a Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Saúde Escolar.

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

Referências

[Digite texto]

1. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
2. Brasil Ministério da Saúde. Lei 8080/90 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.
3. Brasil Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
4. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
5. Brasil COFEN. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.



[Digite texto]

47. INTERNAÇÃO CIRÚRGICA: ENFOQUE DE UM ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

SURGICAL INTERVENTION: A FOCUS ON A CURRICULAR STAGE SUPERVISIONED IN HEALTH EDUCATION

HOSPITAL QUIRÚRGICO: FOCO DE UN SUPERVISADA EN LA EDUCACIÓN SANITARIA

BOCK, Andressa¹; NIETSCHE, Elisabeta Albertina²; CASSENTE, Liege Gonçalves³; SALBEGO, Cléton⁴; RAMOS, Tierle Kosloski⁵; MERGEN, Natália Tais⁶.

Resumo

O Estágio Curricular Supervisionado (ECS) possui destaque no processo de formação na educação superior de enfermagem. **Objetivo:** descrever a vivência acadêmica na realização de um ECS com enfoque na educação em saúde realizada em uma clínica cirúrgica de um hospital universitário localizado no estado do Rio Grande do Sul (RS). **Metodologia:** trata-se de uma narrativa do percurso vivenciado por uma acadêmica do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-RS, durante a realização das disciplinas ECS I e II. **Resultados e discussões:** O ECS articula teoria e prática, favorecendo a instrumentalização e a leitura do estudante sobre a área profissional em que está inserido. **Considerações finais:** a construção de estratégias que qualifiquem a assistência do enfermeiro com vistas à educação em saúde se destacam como necessidade de constituírem o planejamento do trabalho cotidiano, à medida que suscita a participação protagonista do cliente e acompanhantes.

Descriptores: Estágio; Enfermagem; Educação.

Abstract

The Supervised Curricular Internship is highlighted in the training process in nursing higher education. **Objective:** to describe the academic experience in the accomplishment of a stage with focus in the health education realized in a surgical clinic of a university hospital located in the state of Rio Grande do Sul (RS). **Methodology:** this is a narrative of the course undergone by an undergraduate nursing student at the Federal University of Santa Maria-RS, during the realization of the disciplines of supervised internship I and II. **Results and discussions:** The Supervised Curricular Stage articulates theory and practice, favoring the instrumentalization and reading of the student about the professional area in which it is inserted. **Final considerations:** the construction of strategies that qualify the nurse's assistance for health education stand out as a necessity to constitute the planning of daily work, as it engenders the participation of the client and the companions.

Descriptors: Internship; Nursing; Education.

Resumen

El Supervisado ha aparecido en el proceso de formación de enfermería en la educación superior. **Objetivo:** Describir la experiencia académica en la realización de una pasantía con un enfoque en la educación sanitaria realizada en una clínica quirúrgica de un hospital universitario en el estado de Rio Grande do Sul (RS). **Metodología:** Se trata de un camino narrativo experimentado por un curso académico de grado en enfermería de la Universidad Federal de Santa

¹ Enfermeira, mestrandra do Programa de Pós Graduação em Enfermagem –PPGEnf/UFSM, Enfermeira Assistencial na Irmandade da Santa Casa de Caridade de Alegrete – ISCCA. Email: bockandressa@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

³ Enfermeira, mestrandra do Programa de Pós Graduação em Enfermagem –PPGEnf/UFSM, Enfermeira Assistencial no Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM.

⁴ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

⁵ Enfermeira, mestrandra do Programa de Pós Graduação em Enfermagem –PPGEnf/UFSM.

⁶ Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões.

[Digite texto]

Maria-RS, en las disciplinas de prácticas supervisadas I y II. **Resultados y discusión:** La curricular supervisada articula la teoría y la práctica, lo que favorece la explotación y la lectura de los estudiantes en el campo profesional en el que aparece. **Consideraciones finales:** las estrategias de construcción que cumplen los requisitos de la asistencia de enfermería, con miras a la educación sanitaria destacan como necesaria para configurar la planificación del trabajo diario, ya que eleva el protagonista cliente compartir y compañeros.

Descriptores: Etapa; Enfermería; Educación.

Introdução

O ensino de enfermagem segue em busca de um pensamento mais complexo, almejando a formação de um enfermeiro crítico-reflexivo capaz de atuar em situações diversas, propondo soluções aos problemas encontrados. É nesse contexto que o Estágio Curricular Supervisionado (ECS) ganha destaque no processo de formação na educação superior de enfermagem, à medida que influencia significativamente na formação do futuro profissional e, assim, remete à maior complexidade organização nas matrizes curriculares dos cursos.¹

A compreensão do ECS como um período dedicado a um processo de ensino e de aprendizagem converte-se no reconhecimento de que, embora a formação oferecida em sala de aula seja fundamental, sozinha não é suficiente para preparar os acadêmicos para o exercício de seu ofício. Faz-se indispensável a inserção do estudante na realidade do cotidiano de sua futura profissão.²

Dessa maneira, paralelamente a isso, percebe-se a singular possibilidade do acadêmico exercitar a postura de educador em saúde perante a população assistida no ECS. Sabe-se que assistir remete à oportunidade do vínculo para a troca de saberes perante questões associadas ao processo saúde-doença. Assim, entende-se como educação em saúde o processo de construção de conhecimentos que visa o estímulo à apropriação de um tema pela população. Dessa maneira, esta prática busca contribuir para a participação protagonista dos indivíduos no debate com profissionais e gestores a fim de construir seu cuidado em saúde com vistas às suas necessidades específicas.^{2,3}

Diante do exposto, o presente relato tem como objetivo descrever a vivência acadêmica na realização de um Estágio Curricular Supervisionado (ECS) com enfoque na educação em saúde realizada em uma clínica cirúrgica de um hospital universitário localizado no estado do Rio Grande do Sul (RS).

Metodologia

Trata-se de uma narrativa de percurso vivenciada por uma acadêmica do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-RS, durante a realização das disciplinas Estágio Curricular Supervisionado (ECS) I e II, no período de setembro de 2015 a junho de 2016. Um dos cenários envolvidos compreendeu uma clínica cirúrgica de um hospital universitário do Rio Grande do Sul (RS). A narrativa de percurso constitui-se em um detalhamento de um evento vivido pelo narrador, o qual se apresenta intrínseco ao desenvolvimento do processo [Digite texto]

educativo humano. Dessa maneira, cominam valor imprescindível aos contextos sociais e educativos envolvidos em que se conta a narrativa, à medida que se coinfluenciam, instigando a reflexões e (re)construções.^{4,5}

O Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Federal de Santa Maria foi criado em 12 de setembro de 1975, com início das atividades em março de 1976. O ECS está ancorado em duas disciplinas do curso, ECS I e II, sendo que o primeiro ocorre no sétimo semestre e contempla 210 horas aula (divididas em 165 horas práticas e 45 horas teóricas). Já o ECS II é disponibilizado no oitavo semestre do curso, totaliza 600 horas aulas, das quais 525 horas são práticas e 75 horas são teóricas.

Periodicamente ocorrem reuniões com os discentes a fim de discutir as fragilidades e potencialidades vividas. No final deste período, o processo avaliativo ocorre de modo dinâmico e gradual ao período da vivência, é formalizado com um encontro entre discente, orientador docente e supervisor do ECS vinculado ao serviço de saúde realizado e, dentre outros aspectos, contempla a realização de um Relatório de Estágio (ECS I e II) em que são descritas as atividades desenvolvidas pelo discente e um Plano de Ação (ECS II), com foco na intervenção positiva perante uma necessidade e/ou fragilidade identificada no cenário de vivência.

Atrelado a este contexto, a inserção da narradora no Grupo de Estudos em Enfermagem e Saúde (GEPES/UFSM) oportunizou a aproximação prévia com a temática que se refere à Educação em Saúde. Esta linha de pesquisa foi fortalecida no desenvolvimento do Plano de Ação do ECS II com o desenvolvimento de um folder que abordou aspectos cotidianos envolvidos na assistência hospitalar.

A confecção do material emergiu frente a um diagnóstico situacional realizado durante o ECS II, em que foi identificada a necessidade de se fortalecer momentos de orientação entre enfermagem-paciente e enfermagem-acompanhantes envolvidos no cenário de internação hospitalar. Dentre essas orientações, foram elencados aspectos relacionados às orientações quanto às rotinas de fluxo e organização da clínica cirúrgica, noções de higienização das mãos, controle e prevenção de infecção hospitalar, informações acerca de quartos de isolamento de contato, informações acerca da doação de sangue e ingestão alimentar do paciente internado.

A construção foi proposta e aceita pelos profissionais de enfermagem do setor, a qual se baseou na participação em informações trocadas durante o ECS com enfermeiros assistenciais e enfermeiro-referência da unidade e consulta ao manual de rotinas do setor. Após a definição do modelo final, esse foi encaminhado ao setor de Núcleo de Ensino Pesquisa e Extensão (NEPES) para aprovação para circulação e uso na instituição.

[Digite texto]

A clínica cirúrgica, cenário da realização do ECS I e II, possui atualmente 52 leitos de internação de adultos, destinados a pacientes pré e pós-cirúrgicos. Desses, seis quartos possuem cinco leitos e onze quartos possuem dois leitos (quarto semiprivativo). Quanto à equipe de trabalho, a unidade conta com profissionais médicos de diferentes especialidades cirúrgicas (Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia do Aparelho Digestório, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Proctologia, Traumatologia e Urologia); fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais; psicólogos; assistente social e profissionais de enfermagem.

Resultados e discussão

O processo de internação reflete em profundas e singulares modificações no cotidiano do ser humano, para tanto, o vínculo e atuação dos profissionais de enfermagem nesse evento da vida de pacientes e acompanhantes fortalece o melhor enfrentamento do processo vivido. Dentre as estratégias utilizadas no cenário hospitalar, a educação em saúde, com intuito de troca de saberes, demonstra-se definitiva para a efetividade do cuidado de enfermagem.⁶

O enfermeiro, para atuar em uma unidade cirúrgica precisa estar preparado, capacitado e disposto a atender todas as necessidades do paciente cirúrgico, devido a este estar fragilizado pelo evento vivido. É uma especialidade da enfermagem que requer amplo conhecimento técnico científico, além das habilidades práticas do cotidiano e da visão holística para com o paciente. Dessa forma, a assistência integral contribui para uma atuação profissional humanizada, sendo determinante para evitar a ansiedade e processos estressores durante este período.^{6,7}

A intervenção cirúrgica representa para o paciente uma ameaça, que se apresenta como uma reação natural e necessária à autopreservação, não sendo necessariamente algo patológico. Atrelado a esse quadro, soma-se o medo relacionado ao procedimento em si e/ou ocasionado pela falta de informação e às práticas inadequadas de acolhimento por parte da equipe de saúde, que proporcionam certo de grau de ansiedade, por não esclarecer aspectos desconhecidos que os clientes possuem, com relação à cirurgia.⁷

Quando o paciente é orientado pouco antes do procedimento cirúrgico, o mesmo não é capaz de assimilar todas as informações devido ao nervosismo, potencializando assim a ansiedade. Dessa forma, neste período que precede a cirurgia, as informações devem começar a serem fornecidas no momento que ocorre a indicação do procedimento cirúrgico, evitando fornecê-las de uma só vez momentos antes do ato cirúrgico, na sala de preparo.⁷

Dessa maneira, optou-se por inserir a socialização do *folder* no evento da internação do cliente na unidade cirúrgica. Assim, há o momento de início da formação do vínculo do cliente com

[Digite texto]

os profissionais da unidade que o recepcionam no turno de trabalho com a troca de informações básicas como referentes a estrutura da unidade, localização de banheiros para cliente e acompanhante, história prévia do cliente, localização do posto de enfermagem, dentre outros. E, aproveitando a oportunidade do momento, iniciou-se a rotina de alavancar o processo de educação em saúde quanto ao procedimento cirúrgico específico juntamente com informações gerais contidas no *folder*, em destaque as orientações quanto a doação de sangue, rotinas da unidade e ações de prevenção e controle de infecção hospitalar.

É nesse contexto que se insere a disciplina de ECS I e II. O desafio da disciplina está atrelado a estabelecer conexões entre o discente e a realidade do cenário de atenção à saúde, atentando para uma formação crítica e reflexiva, inserida nas demandas vigentes das transformações históricas, sociais e econômicas, as quais a sociedade está contextualizada.

Nesta perspectiva, atrela-se a legislação vigente no que tange aos direitos sociais e individuais definidos na Constituição Federal e Lei Orgânica do SUS, os quais fazem alusão a educação como possibilidade de estímulo à transformação do indivíduo, contemplando estratégia para melhoria da qualidade de vida.^{8,9} Dessa maneira, a vivência do ECS lhe confere maior domínio em determinada área de atuação, descontinuando-se os saberes e fazeres necessários à instrumentalização pertinente e fortalece a essência do enfermeiro enquanto educador, com a possibilidade do exercício ao despertar do olhar sensível frente às necessidades do público assistido somado a valorização da troca dos diferentes saberes.

O aprendizado no período do ECS ocorreu de forma gradual e contínua, compreendendo a avaliação diária das atividades realizadas, considerando reflexões e discussões acerca das potencialidades e fragilidades identificadas na unidade, os aspectos relacionados ao uso de um *folder* desenvolvido peça acadêmica, o melhor momento de utilização e proposta de educação em saúde com os envolvidos.

O desenvolvimento do *folder* (Figura 1) se deu em vista da necessidade dos pacientes internados na referida unidade, possuírem algo palpável e de rápido manuseio com informações básicas sobre as rotinas da unidade e orientações gerais da cirurgia. O material desenvolvido pela acadêmica possibilitou que o paciente e seus acompanhantes vivenciam de melhor maneira o momento da internação, à medida que possuir um norteador de informações gera maior conforto em dispensar a atenção à formação do vínculo e não em se preocupar em anotar informações básicas ditas no momento da internação.

Percebe-se que o instrumento acima representa uma possibilidade de qualificação do momento de educação em saúde entre enfermeiro-paciente e enfermeiro-acompanhante.

[Digite texto]

Sistematizar um conhecimento trocado com um indivíduo potencializa o processo de aprendizado à medida que estimula a leitura, a observação visual, o conhecimento de fácil acesso/palpável que aborda aspectos principais para a ambientação do cliente no cenário hospitalar.

Tal contexto que envolve os determinantes de saúde tem como agente participante do cuidado, o acompanhante. Assim, promover a troca de saberes referentes a aspectos de prevenção e controle de infecção hospitalar instiga paciente e acompanhante a serem participantes ativos no processo saúde-doença de uma clínica cirúrgica. A construção de estratégias que qualifiquem a assistência do enfermeiro com vistas à educação em saúde se destacam como necessidade de constituírem o planejamento do trabalho cotidiano, à medida que suscita a participação protagonista do cliente e acompanhantes de maneira leve, criativa e inovadora.

Considerações Finais

O ECS apresenta-se como uma experiência relevante nas situações de aprendizagem, articulando teoria e prática, favorecendo a instrumentalização e a leitura do estudante sobre a área profissional em que está inserido.

A contribuição do estágio na formação profissional a partir do saber-fazer não se reduz ao conhecimento de um punhado de técnicas e metodologias de ensino, mas amplia-se ao que fazer para a promoção da qualidade da intervenção, resultando numa aprendizagem significativa por conta do aprimoramento e desenvolvimento de habilidades e competências discentes à luz de uma postura crítico-reflexiva.

Especialmente na enfermagem, pode-se inferir que o ECS caracteriza-se como espaço de oportunizações trianguladas pela concreticidade do real profissional – portanto, pontuadas pelas vivências, interações teoria-prática e os enfrentamentos da solicitação de intervenção na área específica do conhecimento. Esse momento é uma possibilidade de reflexão e paralelismo sobre o curso, sobre as solicitações das categorias destinadas à formação – no caso, a de trabalho produtivo –, sobre a interdisciplinaridade e a suficiência ou o aprimoramento necessários à constituição da inteireza profissional. O estágio, sempre presente na formação do enfermeiro, quando visto como espaço de inserção na constituição do profissional, pode aclarar sobre a certeza ou não da opção do indivíduo quanto à área do conhecimento escolhida; sobre os pontos de tensão e os encaminhamentos para suas resoluções no savoir faire epistemológico e com o coletivo no campo de trabalho; sobre a maturação da intervenção que pode constituir-se no crivo da ação-reflexão-ação; e sobre uma concepção emancipadora de trabalho produtivo em que a interação academia-mundo do trabalho torna-se ainda mais real.

[Digite texto]

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Lei n. 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 26 de set. 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm Acesso em: 17 mar. 2017
2. Helena MSF, Ronaldo AO. A formação prática de professores no estágio curricular. Educar, Curitiba, n. 32, p. 215-232, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/er/n32/n32a15.pdf> Acesso em: 25 mar. 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilhaprogesus.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2017
4. Michael CF, Jean CD. Stories of Experience and Narrative Inquiry. *Educational Researcher*, 1990 Jun. – Jul. (19) 5:2-14 Disponível em:<http://www.tc.umn.edu/~dillon/CI%208148%20Qual%20Research/Session%2012/Narrative-Clandinin%20ER%20article.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017
5. Freema E. Research on teachers' knowledge: The evolution of a discourse. *Journal of Curriculum Studies*. 1991. 23(1):1-19. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0022027910230101?journalCode=tcus20> Acesso em: 15 mar. 2017.
6. Thays MNC, Carlos EPS. As orientações de enfermagem e sua influência nos níveis de ansiedade dos pacientes cirúrgicos hospitalares. *Rev enferm UERJ*, 2015. 23(2):260-5. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a19.pdf> Acesso em: 01 abr. 2017.
7. Andriela BR, Fernando MS, Cláudia DS. O impacto das orientações no cliente submetido a um procedimento cirúrgico. *Revista Científica CENSUPEG*,2014. 4(7):122-129. Disponível em: <http://201.86.97.2/ojs/index.php/RevistaCientificaCENSUPEG/article/view/191> Acesso em: 10 mar. 2017
8. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. Disponível em: https://www.senado.gov.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/ind.asp Acesso em: 05 abr. 2017.
9. BRASIL. Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 05 abr. 2017.

[Digite texto]

48. INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

HOSPITAL ADMISSIONS FOR AMBULATORY SENSITIVE CONDITIONS: EXPERIENCE REPORT

HOSPITALIZACIÓN POR TRASTORNOS PRIMARIOS SENSIBLES: RELATO DE EXPERIENCIA

SILVA, Jordana Lima da¹; SCHIMITH, Maria Denise²; SILVA, Laís Mara Caetano da³; LEAL, Gabriela Neves⁴; WICKERT, Daiana Cristina⁵; GAMA, Dedabrio Marques⁶.

Introdução: As Doenças Crônicas Não-transmissíveis (DCNT) atingem mais de 57 milhões de brasileiros, o que corresponde a cerca de 40% da população adulta do país. De acordo com dados do Ministério da Saúde¹, estas patologias são responsáveis por 72% dos óbitos no Brasil, sendo as mais prevalentes a hipertensão arterial, o diabetes, a doença crônica de coluna, o colesterol, a depressão e as neoplasias, estando em sua maioria associadas ao sedentarismo, excesso de peso, tabagismo e consumo abusivo de álcool. Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) houve a tentativa de ampliar e ressaltar a importância da Atenção Primária à Saúde (APS), enfatizando, principalmente, a atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) com a finalidade de garantir o acesso ao serviço e qualidade na assistência ofertada. A ineficiência da APS provoca um aumento na demanda aos níveis secundários e terciários de saúde, o que gera custos desnecessários para estes setores. Alguns casos dessa demanda são Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), um indicador que avalia a qualidade do serviço de saúde e a resolutividade da APS². A efetividade da APS, em outros países, demonstrou a redução das ICSAP, e tais resultados culminaram na criação da Portaria nº 221, de abril de 2008, na qual o Ministério da Saúde apresentou a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Nela estão incluídas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), infecção renal e trato urinário e asma, por exemplo³. A partir da experiência, vivenciada na unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), foi possível perceber internações que se caracterizavam com ICSAP e, muitas vezes, o mesmo paciente internou mais de uma vez pela mesma causa. A cidade de Santa Maria, no início de 2017, foi autuado pelo Tribunal de Justiça do Estado, e condenado a criar 29 equipes de ESF. Atualmente, o município possui 16 equipes, sendo formadas por 156 profissionais, onde o correto seria contar com 308 trabalhadores distribuídos em 44 equipes. A ausência destas equipes foi a principal motivação da ação do Ministério Público contra a prefeitura⁴. As ESF priorizam ações de prevenção e reabilitação da doença e agravos e promoção e recuperação da saúde. Devem estar o mais próximas possível da população, podendo seus usuários ser atendidos tanto nas Unidades de Saúde da Família (USF) como em seus domicílios, principalmente em casos de DCNT⁵. As DCNT geram cuidados e tratamento contínuo. O objetivo do cuidado, com essas

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem. E-mail: jordananalimas@hotmail.com.

² Orientadora. Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento do curso de Enfermagem UFSM. Coordenadora do curso de graduação em Enfermagem CCS/UFSM.

³ Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento do curso de Enfermagem UFSM.

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

⁵ Acadêmica do Curso de Enfermagem – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET Enfermagem.

⁶ Acadêmico do Curso de Enfermagem – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

[Digite texto]

pessoas, deve ser proporcionar seu empoderamento, oportunizando sua autonomia, alertando-o sobre as possíveis complicações. Assim, tais complicações poderiam ser evitadas, reduzindo o número de internações hospitalares. Promover ações em saúde que facilitem a aceitação da patologia, a realização do tratamento adequado e conscientização da complexidade que envolve tais enfermidades são indispensáveis para que haja uma modificação tanto no perfil de morbidade quanto nas ICSAP. O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência na Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria, discutindo o perfil dos pacientes internados e as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica. Essa experiência foi possibilitada a partir das atividades práticas realizadas por uma acadêmica de enfermagem durante seu período de vivência em um projeto de extensão. **Metodologia:** O presente estudo foi construído a partir de um relato de experiência de uma acadêmica do sexto semestre do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Foi realizado durante as atividades de extensão do Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFCEN), o qual oportuniza ao acadêmico a prática em algum serviço em que ocorra a atuação de um enfermeiro. As atividades aconteceram na Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria, da região central do estado do Rio Grande do Sul, durante o primeiro trimestre de 2017. Tal hospital público, estando vinculado ao SUS, atua como serviço de referência para mais de 40 municípios desta região oferecendo assistência à saúde, em alta densidade tecnológica. A vivência foi desenvolvida pela acadêmica com os pacientes internados na Clínica Cirúrgica, cinco dias na semana, onde desenvolvia atividades como: curativos, administração de medicamentos, visita diária de enfermagem e acompanhamento à equipe multiprofissional. **Resultados e discussão:** As principais causas das internações dos pacientes eram em decorrência de complicações de Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doenças cardiovasculares, doenças do sistema circulatório (exemplos: insuficiência venosa crônica e trombose), doenças do sistema respiratório, além de neoplasias e fraturas. Com exceção das causas traumatológicas, pode-se perceber que todas as demais são consideradas DCNT e também sensíveis à Atenção Básica. Constatou-se a predominância do sexo masculino, sendo que esta maior incidência pode estar associada ao fato de homens procurarem os serviços básicos de saúde com menor frequência do que as mulheres e por essa população ser mais acometida por doenças crônicas e, consequentemente, sujeita a internações⁶. Da mesma forma, os pacientes relataram duas ou mais reinternações. Além de possuir alguma DCNT, eram de faixa etária superior a 35 anos. Estudo⁵ reforça que pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), etilismo, hiperglicemias, HAS e doenças cardiovasculares apresentam maior número de internações o que, em parte, foi constatado durante a vivência. As ICSAP de maior predomínio, na Clínica Cirúrgica, são as maiores causadoras de óbitos prematuros, pois alteram a rotina desses pacientes, a partir de seu diagnóstico, tais doenças podem provocar incapacidade momentânea ou definitiva deste indivíduo⁵. A maioria dos pacientes internados relatou desconhecer que a doença poderia ocasionar tantas complicações, uma vez que estes, nem sempre seguiam o tratamento adequado, apenas em períodos de agudização, ou referiram que passou a seguir a conduta médica apenas após a primeira internação hospitalar. É importante salientar a importância da APS como agente redutor dessas internações devido a ICSAP. Ações preventivas a fim de identificar os fatores de riscos destas patologias crônicas-degenerativas devem estar pautadas, principalmente, na mudança de estilo de vida, promovendo a educação em saúde para o paciente realizar o seu autocuidado. Da mesma forma, os profissionais deste setor devem informá-los de todas as complicações que podem surgir se não houver modificações em sua rotina. Durante a vivência, pode-se perceber que a maioria dos pacientes não frequentavam a sua USF de referência, o que dificulta ainda mais o fluxo assistencial entre os serviços. Ao não ser possibilitado a longitudinalidade do cuidado, pode ocorrer o aumento do número de reinternações. **Considerações finais:** Pode-se perceber um grande número de internações e reinternações decorrentes de ICSAP. Com isso, fica o questionamento se o perfil descrito estaria relacionado ao reduzido número de USF do município, uma vez que cabe à APS atuar como redutora de

[Digite texto]

internações decorrentes de DCNT. O presente trabalho proporcionou a aproximação da acadêmica ao ambiente profissional, bem como reforçou a importância de conhecer a causa principal das internações e reinternações dos pacientes internados na Clínica Cirúrgica. Sendo assim, foi possível refletir sobre a importância de ações educativas em todos os níveis de atenção, o que poderia evitar as ICSAP. Durante o período da vivência foi possibilitada a troca de conhecimentos com os pacientes internados na unidade cirúrgica, o qual oportunizou a discussão sobre as causas de suas internações. Procurou-se conhecer se havia a continuidade do tratamento em outros serviços de saúde, a importância da mudança em seus hábitos de vida, bem como, a atuação da APS nestas situações. Durante a realização da vivência foi possível cumprir o objetivo proposto inicialmente, ou seja, vivenciar as práticas de cuidados da enfermagem em uma unidade de Clínica Cirúrgica em um Hospital Universitário. Além disso, possibilitou descrever o perfil de internações neste setor e oportunizou o desenvolvimento de autonomia da acadêmica como futura profissional.

DESCRITORES: Doença Crônica; Enfermagem; Hospitalização.

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

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. 57,4 milhões de brasileiros têm pelo menos uma doença crônica. Blog da Saúde – Ministério da Saúde. Brasília, 2014.
2. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL dos, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol Serv Saúde*; 2014, 23(1):45-56.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 221, de 17 de Abril de 2008. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 2008.
4. Antonello L. Santa Maria é condenada pelo Tribunal de Justiça do Estado a criar 29 equipes de ESF. *Jornal Diário de Santa Maria*, fev de 2017.
5. Gritti CC, Bene AZ, Pinheiro DM, Bianchin MA, Lamari NM. Doenças crônicas não transmissíveis e antecedentes pessoais em reinternados e contribuição da terapia ocupacional. *Cad saúde colet*; 2015, 23(2):214-219.

[Digite texto]

49. MEDICAÇÕES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MEDICATIONS IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT: EXPERIENCE REPORT

MEDICAMENTOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: INFORME DE EXPERIENCIA

PEREIRA, Fernanda Portela¹; FREITAS, Hilda Maria B de²; CORREA, Aline Medianeira Gomes³; GONZATTI, Cíntia Vanuza de Souza Nascimento⁴; REIS, Eloa Silvestre⁵

Introdução: As Unidades de Tratamento Intensivos (UTI) são destinadas ao atendimento de pacientes graves que necessitam de assistência multiprofissional ininterrupta, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e a terapêutica.¹ A complexidade e a especificidade que caracterizam uma UTI Pediátrica exige a busca por estruturas e processos assistenciais adequados à execução de uma assistência de qualidade. Dentre os cuidados realizados, a terapia medicamentosa utilizada no tratamento das mais variadas patologias é de suma importância, uma vez que a administração de fármacos é um procedimento realizado pela enfermagem, e exige conhecimento científico e técnico que possibilite o desenvolvimento de práticas sustentadas por evidências científicas. A terapia medicamentosa merece atenção, pois consiste em uma forma comum de intervenção no cuidado à saúde, uma vez que os erros na administração de medicações ainda são frequentes, especialmente nas unidades de atendimento pediátrica.² A probabilidade de ocorrerem erros e eventos adversos é maior conforme a intensidade do cuidado, a severidade da doença e a complexidade do sistema provedor da assistência, que são características inerentes ao ambiente de UTI Pediátrica, por consequência, aproximadamente dois terços dos pacientes internados recebem múltiplas medicações intravenosas, havendo maior possibilidade de falha na comunicação entre os profissionais, no cálculo das doses e na administração dos medicamentos capazes de causar graves danos às crianças e adolescentes.³ O enfermeiro permanece em tempo integral no cuidado à criança e ao adolescente na UTI Pediátrica, é quem avalia, realiza os cuidados, administra as medicações e observa as possíveis intercorrências que poderão acontecer neste ambiente. Precisa conhecer as medicações, os efeitos colaterais, as reações adversas, a compatibilidade entre os fármacos, bem como a ação dos fármacos, para a reavaliação da atenção e planejamento do processo de cuidado, pois é o profissional que gerencia e realiza o cuidado nesta unidade, com o objetivo de atender as necessidades singulares de cada situação. A existência de recursos humanos qualificados e suficientes, trabalho multiprofissional, planta física adequada, recursos financeiros, equipamentos e tecnologia apropriada é imprescindível para o cuidado de qualidade e prevenção de erros. Estima-se

¹ Enfermeira; Mestre em Enfermagem; Enfermeira Assistencial na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria. Email: nandapp_enf@yahoo.com.br.

² Enfermeira; Doutora em Ciências; Enfermeira Assistencial na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria.

³ Enfermeira; Bacharel em Enfermagem; Enfermeira Assistencial na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria.

⁴ Enfermeira; Especialista em Saúde Coletiva, Enfermeira Assistencial na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria.

⁵ Enfermeira; Especialista em Terapia Intensiva; Enfermeira Assistencial no Ambulatório do Hospital Universitário de Santa Maria.

que aproximadamente 3% dos pacientes podem desenvolver um evento adverso decorrente do uso de medicamentos durante sua internação, a maior vulnerabilidade à ocorrência de erros de medicação em pediatria deve-se a fatores como a necessidade do cálculo individualizado da dose, baseada na idade, peso e superfície corpórea da criança e do adolescente, envolvendo operações matemáticas no processo de medicação, prescrição, dispensação, preparo, administração e monitorização.³ Para tanto, torna-se imprescindível que o enfermeiro tenha conhecimento e compromisso frente à administração de fármacos no tratamento das crianças e adolescentes internadas em UTI Pediátrica. **Objetivo:** Este estudo objetiva relatar o processo de gerenciamento e administração da terapia medicamentosa realizada por enfermeiras em uma UTI Pediátrica. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência com a intenção de elucidar o trabalho realizado à saúde das crianças e dos adolescentes internados em UTI Pediátrica, reforçando a necessidade de estudos e discussões da equipe multiprofissional, para melhor atender a singularidade dos pacientes internados. **Resultados e discussão:** Esta unidade atende crianças e adolescentes na faixa etária entre 29 dias de vida a 18 anos incompletos, contempla oito leitos, sendo dois para isolamento, composta por uma equipe multiprofissional, que atende internações referentes a traumas por acidentes automobilísticos, acidentes domésticos, violência, doenças respiratórias, metabólicas, crônicas, pós-operatório, entre outras. A partir das demandas elencadas pela equipe, da atuação do serviço de educação permanente deste hospital, associadas às solicitações e incentivos da gestão elaborou-se o processo de adequação e padronização das diluições de medicações, informatização das prescrições e a organização do serviço. A fim de aprimorar a segurança na assistência à saúde das crianças e adolescentes na UTI Pediátrica e prevenir possíveis erros, primeiramente identificou-se as principais demandas e dificuldades em terapia medicamentosa relatadas pelos profissionais de enfermagem que atuam nesta unidade e após executou-se o processo de adequação para a resolução dos problemas levantados. Em âmbito institucional consolidou-se o Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, instituindo novas práticas com o intuito de desenvolver uma cultura de cuidado seguro na assistência hospitalar. Esse núcleo tem promovido ações que atingem diversos setores do hospital, por meio de atualizações e capacitações das equipes, bem como, o desenvolvimento do Manual de Diluição de Medicações, desenvolvido pelo grupo de estudos sobre medicamentos, com colaboração do Núcleo de Segurança de Paciente, do Núcleo de Apoio Gerencial e Núcleo de Educação Permanente em Saúde. Este manual, tem sido utilizado na prática assistencial, buscando informações a cerca da reconstituição, rediluição, via de administração, tempo de administração e estabilidade dos fármacos.⁴ A partir das recomendações do manual, iniciou estudos na UTI Pediátrica entre a equipe de enfermagem com intuito da construção de uma Tabela de diluição de medicamentos auxiliando para a consulta rápida. Essa tabela está exposta em um mural na sala de preparo dos fármacos, atentando para as especificidades implicadas na reconstituição e diluição dos mesmos. Na UTI Pediátrica foram adotadas algumas rotinas e mudanças, visando diminuir erros e melhorar o funcionamento do serviço, como o grupo de estudos em terapia medicamentosa em pediatria, discussão de situações vivenciadas na unidade e padronização de condutas. Foram realizados alguns encontros com os enfermeiros da UTI Pediátrica, da Unidade Pediátrica e do Pronto Socorro Pediátrico, com o intuito de padronizar as diluições das medicações. A inserção de novas rotinas como a prescrição médica informatizada e o registro eletrônico, tem contribuído para a prática assistencial segura. A incorporação de tecnologias e sistemas de informação como estratégia de sucesso na prática assistencial, a implementação de prescrições informatizadas, o uso de código de barras e de bombas de infusão são fatores que minimizaram significantemente os erros de medicação.³ A unidade dispõe como rotina o preenchimento da “Folha de Parada”, que consiste em uma tabela preenchida pelo médico no momento da internação do paciente, contendo dados como a identificação e peso da criança ou adolescente, de fácil acesso a equipe com as dosagens de medicações a serem utilizadas em situações de emergência. O acondicionamento dos fármacos, soluções, revisão e atualização do carro de emergência, atendem às normas da vigilância sanitária, além de solicitações da gestão

[Digite texto]

hospitalar. A identificação das demandas da unidade, capacitações e treinamentos com a equipe de enfermagem da UTI Pediátrica, contribuíram para diminuir os erros e auxiliar estes profissionais para a execução e administração das medicações conforme a clínica do paciente. O enfermeiro é quem deve garantir a segurança na execução, na administração e no acondicionamento dos fármacos. **Considerações finais:** A partir da experiência vivenciada, pôde-se evidenciar a necessidade de incentivar os profissionais de enfermagem a refletirem sobre sua prática e a necessidade de reestruturação dos seus processos de trabalho, estimulando a busca constante de uma assistência segura. Por serem as crianças e adolescentes mais suscetíveis às reações decorrentes do uso de fármacos, em virtude de suas peculiaridades fisiológicas que se modificam ao longo do tempo. O enfermeiro precisa ter conhecimento técnico e científico sobre as patologias, as medicações e os cuidados frente aos pacientes, instrumentalizando sua equipe atentando para a singularidade de cada paciente. Ser enfermeiro em uma UTI Pediátrica é algo que requer continuo aprendizado e atualização técnico-científica, com responsabilidade em manter a equipe preparada para atender a diversidade de casos.

DESCRITORES: Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica; Preparações Farmacêuticas; Enfermagem Pediátrica.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

- 1.Brasil. Portaria MS nº 3.432, 12 de agosto de 1998. Brasília: MS, 1998.
- 2.Mota R de O, et al. Preparo de medicamentos administrados via intramuscular na pediatria: atuação da equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 17]; v. 21 n. esp: 01 n. 5 Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45619>. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.45619>.
- 3.Harada M de JCS, et al. Segurança na administração de medicamentos em Pediatria. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 17]; 25(4): 639-642. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400025&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-210020120004000>
- 4.HUSM. Hospital Universitário de Santa Maria. Manual técnico de normas e administração de medicações. 2015.

50. O ACOLHIMENTO AOS FAMILIARES EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO ADULTO: UMA PRÁTICA DE ENFERMAFEM

WELFARE TO FAMILIES IN ADULT INTENSIVE TREATMENT UNIT: AS A SICKNESS PRACTICE

LA FAMILIAS DE ACOGIDA INTENSIVO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PARA ADULTOS: UNA PRÁCTICA ENFERMAFEM

GUERRA, Gabriele Moura¹; FETTERMAN, Fernanda Almeida²;
SCHIMIDT, Alessandra³; VASQUEZ, Maria Eduarda Deitos⁴.

Resumo

Introdução: a Unidade de Terapia Intensiva Adulta é considerada um espaço de tensão, stress e apreensões aos familiares. Sendo assim, o acolhimento por parte da equipe de enfermagem é fundamental para reduzir esse sentimento e construir relações de confiança. **Objetivo:** identificar na literatura as estratégias de acolhimento utilizadas pela enfermagem para auxiliar familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulta. **Metodologia:** revisão narrativa de literatura com levantamento nas bases de dados, a partir dos descritores: acolhimento, familiar, familiares, unidade de terapia intensiva e UTI. **Resultados/discussão:** Por meio da análise de oito estudos emergiram duas categorias para discussão: Experiências de acolhimento vivenciadas por familiares no contexto da Unidade de Terapia Intensiva e Estratégias de Acolhimento utilizadas pela equipe de enfermagem. **Considerações Finais:** O presente estudo possibilitou uma reflexão sobre satisfação dos familiares com a equipe e de algumas estratégias alternativas de acolhimento para suporte durante a vivência desse período.

Descriptores: Acolhimento; Cuidado de enfermagem; Família.

Abstract

Introduction: The Unit of Adult Intensive Care is considered a space of much tension, stress and seizures to relatives. Therefore, the reception by the nursing team is fundamental to reduce this feeling and build a relationship realible. **Objective:** identify in the literature nursing strategies used by nursing to assist family members of patients admitted in Adult Intensive Care Unit. **Methodology:** narrative review of the literature with a survey in the databases, from the descriptors: acolhimento, familiar, familiares, unidade de terapia intensiva and UTI. **Results:** By means of analysis technique has emerged two categories for discussion presented below: embracement experiences experienced by relatives in the context of the Intensive Care Unit and embracement strategies used by the nursing team. **Final Considerations:** This study made possible a reflection on the satisfaction from family members with the team and some alternative strategies of embracement to their support during the experience of this period.

Descriptors: Reception; Nursing care; Family.

Resumen

Introducción: Intensivo Adulto Unidad de Cuidados es considerado un espacio de mucha tensión, estrés y aprensión para los familiares. Para tanto, el acogimiento del profesional de enfermería es esencial para reducir esta sensación y construir una relación confianza. **Objetivo:** Identificar en la literatura las estrategias de acogimiento utilizadas por las enfermeras para ayudar a los familiares de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos adultos. **Metodología:** revisión de la literatura narrativa realizada con levantamiento en las bases de datos, a partir de los descriptores: acogimiento, familiar, familiares, unidad de terapia intensiva y UTI. **Resultados:** a través de análisis temático, emergieron dos categorías para la discusión presentadas a seguir: experiencias de acogimiento vividas por las familias en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos y Estrategias de Acolhimento utilizados por el equipo de enfermería. **Consideraciones finales:** Este estudio permitió una reflexión sobre la satisfacción de las familias con el equipo y algunas estrategias alternativas para apoyar la acogida durante la experiencia de este período.

Descriptores: Albergar; Los cuidados de enfermería; Familia.

III Seminário Internacional

¹ Enfermagem, Acadêmica de Enfermagem, Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Anatomia Funcional (GEPAF) - Universidade Federal do Pampa. (gabrielemguerra@gmail.com)

² Enfermagem, Mestre em Enfermagem, Enfermeira, Prefeitura Municipal de Uruguaiana,RS.

³ Enfermagem, Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal do Pampa.

⁴ Enfermagem, Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal do Pampa.

[Digite texto]

Introdução

A complexidade do contexto hospitalar, em especial da Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTIa), é para os familiares e acompanhantes um ambiente incomum. A maioria entende o local como sinônimo de sofrimento, devido ao seu aparato técnico e condições humanas em que se colocam, expondo a necessidade de um atendimento mais acolhedor, não somente ao paciente, mas também, as pessoas que os acompanham. Sendo assim, entende-se que a prática da comunicação, exercida pelo diálogo e escuta promova uma atenção íntegra para a valorização e identificação de crenças, necessidades, expectativas e angústias vivenciadas da família do paciente internado em uma UTIa.⁽¹⁾

Por ser uma unidade de pacientes críticos, a UTI é considerada por diferentes autores como um espaço de muita tensão, muita responsabilidade para os profissionais e de muitas apreensões por parte dos familiares, o que a torna essa unidade um ambiente de estresse e apreensão⁽²⁾. Nessa perspectiva, entende-se que o acolhimento é uma prática de enfermagem indispensável que visa dar suporte, conforto, informações claras, integrais e simples onde o acolher faz parte de uma interação dentre todas as partes, sendo que para isso é preciso conhecer as características da família para promover a autonomia e expectativas relacionadas ao cuidados de seu parente.⁽³⁾

O acolhimento ainda é vista como um conjunto muito complexo de atitudes e ações motivadas por pensamentos éticos, humanísticos, sociais e holísticos. Hoje, a proposta de acolhimento em UTI tem um horizonte mais amplo, englobando desde o ambiente físico até as relações entre as equipes de saúde. Dessa forma, valorizar a presença de acompanhantes na instituição hospitalar e aprender através de sua percepção é um processo fundamental para o alcance de uma prática assistencial realmente humanizada.⁽³⁾

Diante deste contexto, o problema de pesquisa norteador desta investigação é embasado no seguinte questionamento: Quais as estratégias de acolhimento são utilizadas pela enfermagem frente aos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva adulto? Para responder a pergunta o estudo objetivou identificar na literatura as estratégias de acolhimento utilizadas pela enfermagem para auxiliar familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

Metodologia

Este estudo trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que visa compreender a apresentação de novas informações ao proporcionar conhecimentos atuais sobre o assunto explorado ou enfatiza lacunas no corpo de pesquisa, instigando os pesquisadores a melhorar a base [Digite texto]

de dados científicos.⁽⁴⁾ O levantamento bibliográfico foi realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas 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 ocorreu no mês de março de 2017, a partir dos descritores: acolhimento, familiar, familiares, unidade de terapia intensiva e UTI. Combinados da seguinte forma “*acolhimento*” AND “*familiar*” AND “*familiares*” AND “*Unidade de Terapia Intensiva*” AND “*UTI*”.

Consideram-se os critérios de inclusão: estudos que trouxessem informações pertinentes ao tema da pesquisa; disponíveis na íntegra, na forma de artigo científico; nos idioma português; e publicados no recorte temporal dos últimos dez anos (tendo em vista o quantitativo de produções do tema). Como critérios de exclusão foram aplicados: estudos duplicados, teses, dissertações, monografias, editoriais, e resumos publicados em anais de eventos. Além disso, artigos que não apresentassem resumos e texto completo 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*.⁽⁵⁾

Primeiramente, foi realizada a pesquisa na biblioteca e bases de dados definidas, nas quais foram localizados 24 artigos a partir da combinação dos descritores supracitados. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, esta amostra foi reduzida para oito estudos que constituíram, inicialmente, o corpus desta revisão narrativa.

Quanto às questões éticas, os preceitos de autoria foram respeitados. Em virtude da natureza bibliográfica da pesquisa, não houve necessidade de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão

Das oito publicações selecionadas, cinco estavam indexadas na base de dados LILACS e três na MEDLINE. No que diz respeito ao idioma de publicação, os estudos em sua totalidade encontravam-se disponíveis na língua portuguesa. Quanto a delineamento metodológico, houve predomínio de estudos de natureza qualitativa, sendo que apenas um de natureza quantitativa. Em relação ao país de publicação, todos os oito estudos originados no Brasil, sendo que no estado do Goiás (1)⁽⁶⁾, Rio Grande do Sul (1)⁽⁷⁾, São Paulo (2)⁽⁸⁻⁹⁾, Rio de Janeiro (2)⁽¹⁰⁻¹¹⁾ e Santa Catarina

[Digite texto]

(2) ⁽¹²⁻¹³⁾. Através da técnica de análise temática, emergiram duas categorias para discussão apresentadas a seguir:

Experiências de acolhimento vivenciadas por familiares no contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Dentre os momentos mais difíceis que permeiam uma internação hospitalar, a admissão de um paciente na UTIa, normalmente de maneira inadvertida, provoca em seus familiares sentimentos de medo, dor, angústia e impotência devido à incerteza e a probabilidade de perda, ainda por se tratar de um setor isolado, o que interfere no convívio contínuo junto do ente querido e no próprio equilíbrio familiar ⁽⁶⁾. Em sua maioria a ansiedade vivenciada pelos familiares, se deve a preocupação com o uso da tecnologia do cuidado à saúde, devido à diversidade de dispositivos e equipamentos existentes no setor, assim como a incerteza quanto à conduta correta dos procedimentos realizados e o tratamento. Fatores estes, que perturbam com maior facilidade a família, do que a própria doença que ameaça o indivíduo, porém o despreparo e a falta de conhecimento destes familiares geram estressores ^(10,14).

Diante deste contexto, o acolhimento é uma ferramenta essencial que promove a interação entre profissionais de saúde e familiares, com intuito de divulgar conhecimento a este familiar, ainda minimizar o sofrimento neste período de fragilidade emocional, bem como facilitar a criação de vínculo e amenizar o isolamento social que o cenário hospitalar proporciona ^(7,14). Em algumas instituições a realidade do acolhimento é evidenciada pelo descaso dos profissionais da UTIa, ou o horário de visita que muitas vezes coincide com a troca de plantão, e ainda a inexistência de um sala de espera adequada, podem interferir na aplicabilidade do acolhimento. Condições que impedem os profissionais de reportarem auxílio aos familiares em especial quanto a transmissão de informações e a escuta qualificada. ^(7,11)

De acordo com as experiências vivenciadas pelos familiares na sala de espera da UTIa, enquanto aguardam notícias do paciente, solicitaram que o ambiente da sala de espera deve dispor de conforto, bem como os profissionais de uma maior acessibilidade, também revelar os fatos concretos que dizem respeito ao paciente, sobretudo proporcionar apoio emocional à família. Quanto à questão de horário e do número reduzido das visitas, estas deveriam ser mais flexíveis ⁽⁸⁾. Para os familiares, a convivência com um grupo de pessoas que vivem situações semelhantes pode ser uma experiência com valor terapêutico, tanto pelo suporte recebido dos outros participantes, como pela oportunidade de partilhar sua própria experiência e dar suporte a outras pessoas. Também é importante enfatizar que para que os grupos tenham seus objetivos alcançados é necessária a divulgação junto a dirigentes, profissionais de saúde e usuários da instituição. ⁽¹²⁾

[Digite texto]

Esse diálogo entre os familiares que aguardam na sala de espera é um momento em que todos compartilham experiências, e todo o apoio seja ele profissional ou não, auxilia na superação desses familiares diante das dificuldades encontradas de se ter um familiar em uma UTIa. É importante que este ambiente seja confortável e silencioso, pois, muitos familiares vivenciam este momento a dias ou meses e utilizam a sala de espera como um local de descanso e reflexão. ⁽⁶⁻⁷⁾

Estratégias de Acolhimento utilizadas pela equipe de enfermagem

Nas UTIs, frequentemente, os familiares se encontram desamparados, carentes de informações e sem orientação. Entre as principais necessidades dos familiares encontra-se o desejo constante de comunicação com os profissionais da unidade.⁽¹⁴⁾ Sendo assim, cabe a esses profissionais, em especial, da enfermagem ter a sensibilidade de entender o momento difícil vivencia pela família, respeitando sua necessidade de informação.

No entanto, a família na maior parte das vezes, é considerada pelos profissionais como intrometida, alguém que está ali para vigiar, criticar o trabalho do profissional. Nos hospitais, raros são os profissionais da saúde que dão valor à família e a vislumbram como parte inerente do cuidado. Esses aspectos assinalam a necessidade de refletirmos sobre a procura de aprimoramento dos profissionais do modo de cuidar. ⁽¹³⁾

Uma das estratégias relatadas é preparar o familiar para a entrada na UTI. Em estudo realizado com o objetivo de conhecer a experiência dos familiares com a internação na UTI, foi referido que preocupação dos profissionais de enfermagem era recepcionar o paciente, cuidar dele, dando pouca importância ao familiar na sala de estar. É necessário dispor de tempo para conversar e prestar todo o apoio possível, explicando claramente a evolução do paciente, as rotinas do setor, a função dos equipamentos. ⁽⁷⁾

A presença do enfermeiro e da equipe interagindo com a família, que se sente alheia e insegura nesse contexto, facilita a vivência da hospitalização é importante uma vez que essa sente-se acolhida e confiante, pois sabe que qualquer dúvida, intercorrência ou alteração no estado de saúde de seu familiar será informado e esclarecido.⁽⁹⁾

Nesta premissa, em um estudo quantitativo cujo o objetivo era implantar a visita da enfermagem em ambiente de Unidade de Terapia Intensiva Adulta, verificar e atender as principais necessidades de informação e acolhimento verbalizados pelas famílias. Na análise das respostas obtidas nos formulários da visita de Enfermagem observou-se que todos os familiares quiseram receber informações do enfermeiro nas três visitas realizadas com cada família. ⁽¹¹⁾

[Digite texto]

A maioria dos questionamentos era respectivamente sobre o estado clínico do paciente; sobre resultados de exames, dúvidas sobre as medicações que o paciente estava recebendo; dúvidas sobre o diagnóstico do paciente; dúvidas sobre o equipamento monitor; saber sobre o prognóstico do paciente. Saber sobre a Alta do Paciente, seguido de dúvidas sobre presença de agitação e tipo de cirurgia realizada. O que demonstra que há grande necessidade de um profissional de Enfermagem em criar estratégias para a família no horário de visita ou em horários alternativos, para ser referência para os familiares, como alguém a quem eles possam recorrer para uma conversa, esclarecendo suas dúvidas e deixando-os orientados, reduzindo suas dúvidas e ansiedades.⁽⁸⁾

Nessa perspectiva, estudos sobre necessidades da família e satisfação com o cuidado têm demonstrado que uma boa habilidade de comunicação pela equipe da UTI e a flexibilidade na política de visitação a unidade, podem ajudar os familiares nessa situação de dificuldade e incertezas. Essas mudanças são implementadas na tentativa de promover tranquilidade e conforto aos familiares.⁽¹²⁾

Considerações Finais

O fato de ter um familiar ou ente querido internado em UTI remete em muitas famílias a sensação da morte e em consequência disso, é comum despertar o sentimento de desespero, medo e angústia. O presente estudo possibilitou uma reflexão sobre satisfação dos familiares com a equipe e de algumas estratégias alternativas de acolhimento para suporte durante a vivência desse período. As lições de vida tiradas durante esse momento e ainda os sentimentos que cada familiar traz consigo ao adentrar uma UTI.

A esperança é um sentimento que sempre permeará esse contexto, mas pensa-se antes em uma esperança de conforto, muitas vezes não mais de cura, mas de um sentimento que permitirá que esses familiares consigam visitar seus entes queridos e de serem sustentados por ela. Nesta perspectiva, afirma-se a importância de os profissionais de saúde dialogar e colocar-se no lugar de cada família, a fim de estar auxiliando conforme a necessidade no momento preciso. Como descrito nas literaturas abordadas, a sensação de poder receber o apoio de outras pessoas e poder compartilhar as experiências que estão sendo vividas, causa uma sensação de conforto e compreensão do momento.

Assim, trona-se imprescindível a criação de salas de espera adequadas junto ao setor da UTIa, pelo fato de que proporcionam melhor conforto aos familiares, e tornar o ambiente mais propício para um acolhimento de qualidade. Para tal, os profissionais precisam compreender a importância que o acolhimento oferece a esses familiares e um melhor entendimento sobre a doença e o estado do familiar internado, revelando que a UTIa não é propriamente um lugar de perda.

[Digite texto]

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Costa, S. C. Figueiredo, M. R. B.; Schaurich, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva, Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, v.13, supl.1, p.571-80, 2009.
2. Almeida, A. S.; Aragão, N. R. O.; Moura, E.; Lima, G. C.; Hora, E. C.; Silva, L. A. S. M. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2009 nov-dez; 62(6): 844-9.
3. Israel, FC. Buscando a assistência humanizada: percepção do acompanhante em unidade de terapia intensiva. Botucatu; s.n; 2008. 118 p.
4. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Ed. São Paulo: HUCITEC; 2014.
6. Costa, S. C. Figueiredo, M. R. B.; Schaurich, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, v.13, supl.1, p.571-80, 2009.
7. Bettinelli LA, Rosa J, Erdmann AL. Internação em Unidade de Terapia Intensiva: experiência de familiares. Revista Gaúcha de Enfermagem 2007; 28(3): 377-84.
8. Simoni, RCM; Silva, MJP. O impacto da visita de enfermagem sobre as necessidades dos familiares de pacientes de UTI. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 46, n. spe, p. 65-70, out. 2012 .
9. Silva FS; Santos I. Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: estudo sociopoético. Esc Anna Nery Rev Enferm 2010, 14 (2): 230-235.
10. Frizon G; Nascimento ERP; Bertoncello KCG; Martins JJ. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. Rev Gaúcha Enferm., 2011, 32(1):72-8.
11. Alcantara, LS; Sant'anna, JL; Souza, MGN. Adoecimento e finitude: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no Centro de Tratamento Intensivo oncológico. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 18, n. 9, p. 2507-2514, Sept. 2013 .
12. Marques RC, Silva MJP, Maia FOM. Comunicação entre profissional e saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. Rev enferm. UERJ. 2009; 17:91-5.
13. Neto ABA; Evangelista DTO; Tsuda FC; Piccinin MJ; Roquejani AC; Kosour C. Percepção dos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva em relação à atuação da Fisioterapia e à identificação de suas necessidades. Fisioter Pesq. 2012;19(4):332-338.

[Digite texto]

51. O CONSUMO DO ÁLCOOL NA GESTAÇÃO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

THE CONSUMPTION OF ALCOHOL IN GESTURE: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

CONSUMO DE ALCOHOL EN EL EMBARAZO: UNA REVISIÓN DE LITERATURA

ANSUJ, Bryan Pellegrin¹; DULLIUS, Angela Isabel dos Santos²; ANSUJ, Angela Pellegrin³; ASSUPÇÃO, Priscila Kurz⁴; SANTOS, Danusa Passini⁵; GONÇALVES, Naiane Glaciele da Costa⁶; TUCHTENHAGEN, Patrícia⁷

Resumo

Introdução: O consumo de álcool durante a gestação envolve grande risco relacionado a embriotoxicidade e teratogenicidade fetal o que torna-se um sério problema de saúde pública. **Objetivo:** Verificar como o uso do álcool durante a gestação está sendo abordado pelas publicações. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados no banco de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências e Saúde (LILACS) e no PubMed em dezembro de 2016, sendo os descriptores utilizados foram: "alcoolismo", "gravidez", "gestação" e "álcool". **Resultados/discussão:** A consequências do abuso do álcool está associado a restrição do crescimento fetal, às deficiências cognitivas, ao aumento da morbimortalidade e a outros distúrbios mais leves chamados de efeitos do álcool sobre o feto. **Considerações Finais:** O enfermeiro como parte da equipe que atende está gestante tem papel fundamental na prevenção a tantos agravos, atuando de maneira a desencorajar o uso.

Descriptores: Álcool, gestação, alcoolismo

Abstract

Introduction: Alcohol consumption during pregnancy involves a high risk related to embryotoxicity and fetal teratogenicity, which becomes a serious public health problem. Objective: To verify how the use of alcohol during pregnancy is being approached by publications. Methodology: This is a bibliographical research with a qualitative approach. The data were collected in the Latin American and Caribbean Literature and Health in LILACS and PubMed database in December 2016, the descriptors used being: "alcoholism", "pregnancy", "gestation" and "alcohol". Results / discussion: The consequences of alcohol abuse are associated with restriction of fetal growth, cognitive deficits, increased morbidity and mortality, and other milder disorders called effects of alcohol on the fetus. Final Considerations: The nurse as part of the team that attends this pregnant woman plays a fundamental role in the prevention of many diseases, acting in a way to discourage the use.

Descriptors: Alcohol, gestation, alcoholism

Resumen

Introducción: El consumo de alcohol durante el embarazo implica un gran riesgo relacionado con embriotoxicidad y teratogenicidad del feto que se convierte en un problema grave de salud pública. Objetivo: Determinar cómo el uso de alcohol durante el embarazo está siendo abordada por las publicaciones. Metodología: Se trata de una investigación bibliográfica de enfoque cualitativo. Los datos fueron recogidos en la base de datos Literatura Latinoamericana y del Caribe de Ciencia y Salud (LILACS) y PubMed en diciembre de 2016, siendo utilizados fueron: "el alcoholismo", "embarazo", "embarazo" y "álcool". Resultados / Discusión: Las consecuencias del abuso de alcohol se asocia con restricción del crecimiento fetal, a deterioros cognitivos, aumento de la morbilidad y mortalidad y otros trastornos más leves llamados efectos del alcohol sobre feto. Consideraciones Finales: La enfermera como parte del equipo sirviendo está

¹ Médico, Residente no Hospital Presidente Vargas em Porto Alegre. Email Bpansuj@yahoo.com.br

² Cirugiã-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 Especialista em Docência

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.

[Digite texto]

embarazada tiene un papel fundamental en la prevención de muchas enfermedades, actuando así como para desalentar su uso.

Descriptores: El alcohol, el embarazo, el alcoholismo

Introdução

Na atualidade a Organização Mundial da Saúde (OMS) expõe que aproximadamente dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas, sendo de uso social ou por sujeitos dependentes. O álcool é uma droga depressora do Sistema Nervoso Central, de alta hidrossolubilidade e rápida absorção, alcança níveis plasmáticos em pouco tempo, onde proporciona desde uma intoxicação aguda à dependência alcoólica, causando vários problemas sociais decorrentes do uso abusivo da substância¹.

O consumo de álcool durante a gestação envolve grande risco relacionado a embriotoxicidade e teratogenicidade fetal o que torna-se um sério problema de saúde pública. Embriotoxicidade é a capacidade das substâncias tóxicas causarem anomalias fetais durante o período da concepção até o nascimento do puerpério. Ela pode se manifestar nos períodos de implantação, que corresponde às duas primeiras semanas de gestação; no período embrionário, que se estende até a 12^a semana; no período fetal, que se estende até o nascimento, e no período neonatal. Enquanto que os teratógenos constituem agentes ambientais, químicos, físicos e biológicos, que podem causar anormalidades obstétricas e/ou fetais²⁻³.

Todas as características clínicas apresentadas pelo feto de mãe que consumiu álcool durante a gestação, agrupadas em um quadro completo é denominado como Síndrome Alcoólica Fetal, que foi descrita a primeira vez pelo pediatra francês Jacqueline Rouquette, em 1957. Com o passar do tempo, pesquisadores norte-americanos reuniram todas as anomalias observáveis em crianças de mães alcoólicas e relacionadas com o consumo de álcool gestacional em um grupo de doenças conhecidas como espectro do alcoolismo fetal (FASD)⁴.

Os índices de prevalência mundial de síndrome do alcoolismo fetal (SAF) encontram-se entre 0,5 e 3 com SAF para cada 1.000 nascidos vivos em várias populações. Índices que estão acima da soma de outros distúrbios de desenvolvimento, como a síndrome de Down e a espinha bífida. Nos Estados Unidos, estima-se 6.000 a 18.000 crianças nascem ao ano com SAF enquanto que no Brasil, especula-se que possam surgir 3.000 a 9.000 casos novos de SAF por ano, se a prevalência de 1 a 3:1.000 nascidos vivos for confirmada, uma vez que o índice de natalidade no país está, atualmente, em três milhões/ano²⁻³.

Frente a isto, identificou-se a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre este assunto, visto que a escassez de dados epidemiológicos do consumo de álcool por grávidas no Brasil demonstra a necessidade de investigação para avaliar a extensão do problema. Assim, o objetivo

[Digite texto]

deste estudo é verificar como o uso do álcool durante a gestação está sendo abordado pelas publicações.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa. Nesta abordagem há uma sequência de atividades, que envolve a redução dos dados, a categorização desses dados, sua interpretação e a redação do relatório⁵. Os dados foram coletados no banco de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências e Saúde (LILACS) e no PubMed. Para a coleta de dados dos artigos, finalizada em dezembro de 2016, utilizou-se um instrumento em que constava referência completa do periódico, descritores, objetivos, método, participantes, resultados e conclusões. Os critérios de inclusão considerados foram: estudos publicados em português, inglês ou espanhol entre 2006 e 2016, por serem mais atuais, estudos sobre o uso do álcool na gestação, e estar totalmente disponível online. Os descritores utilizados foram: “alcoolismo”, “gravidez”, “gestação” e “álcool”. Com esta estratégia de busca, obteve-se uma amostra composta por 65 artigos científicos. Após foi estabelecido os critérios de inclusão e exclusão, então realizou-se o refinamento até chegar a uma amostra composta por 48 artigos.

Foram excluídos da amostra artigos em outro idioma, resumos, teses, dissertações, textos que não abordem a temática o uso de álcool na gestação. 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 científicos⁶.

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 final⁷. Desta 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 duas categorias temáticas e a discussão dos resultados.

Resultados e discussão

[Digite texto]

Os dados analisados foram categorizados em dois eixos principais, o primeiro relacionado a pesquisas realizadas sobre os problemas resultantes do uso do álcool pela gestante no filho, o segundo relacionado a estudos realizados com a gestante que consome álcool.

Problemas resultantes do uso do álcool pela mãe no feto

Dentre os artigos analisados 20 (42%) artigos se referem as consequências do uso do álcool no feto. O baixo peso ao nascer foi a consequência mais referida, pois o feto fica exposto a concentrações de álcool iguais às do sangue materno, o que favorecerá a incidência da Síndrome do Alcoolismo Fetal (SAF). A SAF se caracteriza por causar danos ao sistema nervoso central, que resultam anomalias neurológicas, craniofaciais, deficiência no crescimento pré e pós-natal, disfunções comportamentais e dificuldades emocionais. Além disso, o consumo de álcool na gestação está relacionado a fatores que podem afetar o parto, como o descolamento prematuro de placenta, hipertonia uterina, prematuridade do trabalho de parto e líquido amniótico meconial⁴.

O cérebro é o órgão do corpo mais vulnerável aos efeitos da exposição pré-natal ao álcool e que há evidências suficientes sobre o impacto negativo do álcool sobre o desenvolvimento cerebral, mesmo na ausência de todas as características da SAF⁷. Ainda, após realizar exames de ressonância magnética em filhos de mães que usaram o álcool na gestação perceberam alterações no volume de tecido cerebral e reduções do perímetro cefálico⁸.

Atualmente, a SAF e a FASD (espectro de desordens fetais alcoólicas) representam a causa congênita mais comum de alterações neurocomportamentais, incluindo o retardamento mental. Em um estudo, onde foi verificado a frequência dos efeitos do álcool em 1964 recém-nascidos vivos e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo, constatou que 76 recém-nascidos apresentavam o espectro de desordens fetais alcoólicas sendo 03 destas com SAF. Além disso os recém-nascidos com SAF poderão apresentar alterações oculares importantes como: ptose unilateral ou bilateral, estrabismo e alta miopia, microcórnea, glaucoma congénito, catarata e persistência da artéria hialoide hipoplásia⁹.

Ainda, as mudanças significativas e permanentes na estrutura do cérebro e função cognitiva que resultará em dificuldade em cumprir exigências da vida cotidiana. Neste sentido, um estudo que comparou o comportamento adaptativo entre crianças com exposição pesada ao álcool no pré-natal com crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), comprovou que as crianças expostas ao álcool na gestação foram significativamente mais prejudicadas em habilidades de vida diária do que as crianças com TDAH¹⁰.

Além de problemas relacionados as consequências na criança, há também artigos que analisam as pesquisas que examinam o papel da exposição pré-natal ao álcool no aborto

[Digite texto]

espontâneo, nascimento fetal, parto prematuro e síndrome de morte súbita infantil (SIDS)¹¹, o uso do álcool na gestação foi preditor independente de morte fetal¹².

Outro dado que merece destaque é a contribuição paterna para desenvolvimento de FAST, pois pesquisadores contataram, através de exames no DNA, que o esperma de voluntários do sexo masculino que são usuários de álcool apresentaram alterações, proporcionando assim um mecanismo de efeitos paternos na etiologia do FASD¹³. Além disso, o histórico familiar de alcoolismo e exposição pré-natal ao álcool estão associados com um risco aumentado de problemas com álcool na adolescência e na idade adulta, mulheres com história familiar de dependência do álcool estão em maior risco de uso da substância durante a gravidez. Ainda, crianças que estiveram expostas as drogas durante a gestação estão em risco de desequilíbrio emocional incluindo a depressão, a ansiedade e agressão¹⁴.

As gestantes e o uso do álcool

Dos artigos analisados 28 (60%) deles se referem as consequências do uso do álcool e as relações com a gestação. Dentre estes artigos 10 tratam de fatores que levam ao consumo, características e perfil das gestantes que consomem o álcool durante a gestação. O álcool utilizado na adolescência é um dos fatores que resultam em gravidez na adolescência¹⁵, por outro lado, em um estudo com o objetivo de identificar as características comportamentais, sociodemográficas e perfil de 1000 adolescentes grávidas de baixa renda, admitidas em maternidade pública, constatou que 266 adolescentes (26,6%) admitiram ter ingerido álcool pelo menos uma vez durante a gestação, sendo 28 (2,8%) de forma abusiva¹⁶. As mulheres pobres em idade fértil usuárias de crack, cocaína, maconha e heroína podem estar em risco de ter uma gravidez expostas ao álcool por causa do uso concomitante com o álcool¹⁷.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde o que resulta em informação no que se refere aos malefícios do consumo do álcool na gestação para a mãe e para o recém-nascido, o envolvimento com as drogas pode influenciar na adesão e qualidade do pré-natal¹⁸. Por outro lado em outra pesquisa¹⁹, com o objetivo de identificar o conhecimento de mulheres sobre se a ingestão de bebidas alcoólicas seria segura para o desenvolvimento embrionário e fetal, sem acarretar qualquer dano, aproximadamente 97% das mulheres entrevistadas responderam que não sabiam, que consideram essa prática como natural e comum entre as jovens, resultado do desconhecimento dos malefícios do uso. Além da informação como fator protetivo, outro fator importante é a prática religiosa. Conforme este estudo, os autores apontam que há um número inferior de usuárias de álcool entre as seguidoras de uma crença religiosa, observou-se também que as praticantes tendem a

[Digite texto]

apresentar menores taxas de transtornos de humor e transtornos ansiosos que as gestantes não praticantes de religiosidade²⁰.

Considerações Finais

O uso e o abuso do álcool durante a gravidez devem ser a causa de relevante preocupação e apurada investigação por parte dos profissionais de saúde que acompanham as mulheres no pré-natal. As consequências do abuso do álcool está associado a restrição do crescimento fetal, às deficiências cognitivas, ao aumento da morbimortalidade e a outros distúrbios mais leves chamados de efeitos do álcool sobre o feto, uma forma incompleta da síndrome alcoólica fetal. O álcool consumido atravessa a barreira placentária e o feto fica exposto à mesma concentração que a mãe. No entanto, a exposição é maior para o feto em função do metabolismo e a eliminação serem mais lentos.

O reconhecimento do problema pelos profissionais de saúde que atuam junto às gestantes e lactantes poderá representar um avanço na redução da mortalidade e morbidade dos recém-nascidos de gestantes e/ou lactantes que inadvertidamente, ou até seguido orientações inadequadas, tenham consumido bebidas alcoólicas.

O aumento do consumo de álcool por mulheres em idade fértil fez crescer a preocupação a respeito do consumo de álcool durante a gravidez e a necessidade de se caracterizar o perfil dessa gestante para a prevenção dos danos decorrentes do uso abusivo. A escassez de dados epidemiológicos do consumo de álcool por grávidas no Brasil demonstra a necessidade dessa investigação para avaliar a extensão do problema. Caracterizar o perfil de gestantes consumidoras de álcool é importante para a assistência pré-natal e para a utilização de medidas de prevenção e intervenção. Como a dose segura de álcool para cada gestante não foi definida, recomenda-se total abstinência durante a gravidez. O enfermeiro como parte da equipe que atende está gestante tem papel fundamental na prevenção a tantos agravos, atuando de maneira a desencorajar o uso. Assim, além de realizar o cuidado direto aos usuários, de ser gestor, é educador, levando o indivíduo cada vez mais para uma autonomia em suas escolhas numa percepção crítica onde está inserido utilizando à educação em saúde como estratégia para aumentar a qualidade saudável na vida na comunidade. Portanto, temos o dever preponderante nesta profissão de intervir de modo que se faça a promoção e a prevenção, mantendo seu bem estar, considerando sua liberdade, unicidade e dignidade.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

[Digite texto]

Referências

1. Brasil. Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2013
2. Mesquita MA. Efeitos do álcool no recém-nascido. Einstein. 2010; 8(3 Pt 1):368-75
3. Grinfeld H. Consumo nocivo de álcool durante a gravidez. In: Andrade AG, Anthony JC, editores. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. 1^a ed. São Paulo: Manole; 2009.p.179-99
4. Evrard S. Criterios diagnósticos del síndrome alcohólico fetal y los trastornos del espectro del alcoholismo fetal. Arch Argent Pediatr 2010;108(1):61-67
5. Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
7. Cassini C, Linden R. Exposição pré-natal ao etanol: toxicidade, biomarcadores e métodos de detecção. Rev Psiq Clín. 2011;38(3):116-21
8. Burgos MGPA et al. Efeitos de bebidas alcóolicas em mães lactantes e suas repercussões na prole. Rev. bras. saúde matern. infant., Recife, 2 (2): 129-135, maio - ago., 2002
9. Chang G, Orav EJ, Jones JA, Buynitsky T, Gonzalez S, Wilkins-haug L. Self-Reported alcohol and Drug Use in Pregnant Young Women: A Pilot Study of Prevalence and Associated Factors. J Addict Med 2011; 5(3):221- 226.
10. Cornelius MD, Lebow HA, Day NL. Attitudes and knowledge about drinking: relationships with drinking behavior among pregnant teenagers. J Drug Educ 1997; 27:231-43.
11. Ejin-Karlsson E, Hanson BS, Ostergren PO. Psychosocial resources and persistent alcohol consumption in early pregnancy – a population study of women in their first pregnancy in Sweden. Scand J Soc Med 1997; 25:280-8.
12. Donet MC, et al., Hábitos tóxicos y embarazo. Resultados perinatales. Archivo Médico de Camagüey 2006; 10 (5) ISSN 1025-0255
13. D'onofrio BM, Rickert ME, Langstrom N, Donahue KL, Coyne CA, Larsson H. Familial confounding of the association between maternal smoking during pregnancy and offspring substance use and problems. Arch Gen Psychiatry. 2012;69(11):1140–1150
14. Lopez A, et al. El embarazo como factor modulador del consumo de tabaco y alcohol. Aten Primaria 1998; 22:150-7.
15. Fabri CE, et al., Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. Rev Saúde Pública 2007;41(5):979-84
16. Kaminski M, Lelong N, Bean K, Chwallow J, Subtil D. Change in alcohol, tobacco and coffee consumption in pregnant women: evolution between 1988 and 1992 in an area of high consumption. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995; 60:121-8.
17. Reis GA et al. Alcoolismo e seu tratamento. Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v.7, n.2, Pub.4, Abril 2014
18. Kaskutas LA. Interpretations of risk: the use of scientific information in the development of the alcohol warning label policy. Int J Addict 1995; 30:1519-48.
19. Muckle G., et al. Alcohol, smoking, and drug use among Inuit women of childbearing age during pregnancy and the risk to children. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 35.6 (2011): 1081-1091
20. Silva E.T.S. Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção. O Mundo da Saúde, São Paulo - 2013;37(2):208-215

[Digite texto]



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

[Digite texto]

52. O CUIDADO FAMILIAR AS CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE REVISÃO

FAMILY CARE FOR CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH NEEDS: A REVIEW STUDY

FAMILIA ATENCIÓN A NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE LA SALUD: UNA REVISIÓN DE ESTUDIO

BUBOLTZ, Fernanda Luisa¹; NEVES, Eliane Tatsch²; SILVEIRA, Andressa da³; SILVA, Júlia Heinz da⁴; KEGLER, Jaqueline Jaciára⁵; MENEZES, Jennifer Leocádio⁶

Resumo

Introdução: Crianças com necessidades especiais de saúde demandam cuidados contínuos e frequentes, proporcionando uma sobrecarga aos seus familiares cuidadores. **Objetivo:** descrever as tendências na produção científica de Enfermagem sobre cuidado familiar as crianças com doenças crônicas e ou crianças com necessidades especiais de saúde. **Metodologia:** Estudo de pesquisa bibliográfica, do tipo narrativa, realizada no Portal de Teses e Dissertações da Capes em junho de 2016. A análise dos dados foi realizada a partir da proposta de análise temática. **Resultados/discussão:** As pesquisas acerca da temática destacaram que as crianças com necessidades especiais de saúde recebem cuidado essencialmente materno não sendo compartilhado, muitas vezes, com os demais membros da família. Estes resultados corroboraram com outros estudos nacionais e internacionais. **Considerações Finais:** É necessário desenvolver mais estudos sobre o cuidado a criança com necessidades especiais de saúde com o objetivo de fomentar estratégias de assistência que incluam a criança e seu familiar.

Descriptores: Enfermagem Pediátrica; Doença crônica; Família.

Abstract

Introduction: Children with special health needs demand continuous and frequent care, which ends up giving an overload to their family caregivers. **Objective:** to describe the tendencies in the scientific production of Nursing on the family care to children with chronic diseases and or children with special health needs. **Methodology:** This is a bibliographic research study, of the narrative type, carried out in the Portal of Thesis and Dissertations of Capes in June 2016. The analysis of the data was made based on the proposal of thematic analysis. **Results / discussion:** Research on the subject emphasized that children with special health needs receive essentially maternal care and are not often shared with other family members. These results corroborate with other national and international studies. **Final Considerations:** Further studies on the care of children with special health needs are needed to foster care strategies that include the child and family members.

Descriptors: Pediatric Nursing; Cronic Disease; Family.

Resumen

Los niños con necesidades especiales de salud requieren un cuidado constante y frecuente, que en última instancia, proporcionar una carga para sus cuidadores familiares. **Objetivo:** Describir las tendencias de la producción científica de enfermería en el cuidado de la familia para los niños con enfermedades crónicas, o niños con necesidades especiales de

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Enfermeira do Departamento de Enfermagem da UFSM. E-mail: fernandabuboltz@hotmail.com.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pós-doutorado em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFSM. Professora Permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – PQ2.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

⁴ Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista CAPES.

⁵ Enfermeira. Especialista em Enfermagem Neonatal. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista CAPES.

⁶ Enfermeira, Enfermeira do Departamento do Curso de Enfermagem/UFSM.

[Digite texto]

salud. **Metodología:** Se trata de una investigación bibliográfica, el tipo de narrativa que tuvo lugar en Tesis y Disertaciones Portal Capes en el análisis de los datos de junio de 2016. Se llevó a cabo el análisis de la temática propuesta. **Resultados / Discusión:** La investigación sobre el tema de relieve que los niños con necesidades especiales de salud reciben atención en esencia materna no sea compartida, a menudo con otros miembros de la familia. Estos resultados corroboran con otros estudios nacionales e internacionales. **Consideraciones finales:** Es necesario desarrollar más estudios sobre el cuidado del niño con necesidades especiales de atención de la salud con el fin de promover estrategias de asistencia que incluyen el niño y su familia.

Descriptores: Enfermería Pediátrica; Enfermedad Crónica; Familia.

Introdução

De acordo com o Relatório de Monitoramento 2012 da UNICEF, o Brasil teve redução de 73% das mortes na infância com relação a 1990. Neste ano, a taxa brasileira indicava que, a cada mil crianças nascidas vivas, 58 morriam antes de completar cinco de anos de vida. Em 2011, o órgão internacional apontou que o índice reduziu para 16/1.000.¹

Neste contexto, houve uma mudança no perfil epidemiológico infantil, a nível mundial, modificado devido aos avanços tecnológicos na área da saúde que proporcionaram um declínio das taxas de mortalidade infantil e em contraponto, aumentando a taxa de doenças crônicas na infância.²

Portanto, o aumento das condições crônicas, na infância, está relacionado à maior sobrevivência de recém-nascidos de alto risco, egressos da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), local com elevada concentração de tecnologia e especialização profissional.³

Segundo a literatura internacional essas crianças são chamadas de *Children with special health care needs* (CSHCN), no Brasil, são as crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) e representam as populações com condições crônicas que demandam cuidados de saúde frequentes. Estas crianças são definidas como aqueles que têm, ou estão em risco aumentado para uma condição crônica física, de desenvolvimento, comportamental ou emocional e que necessitam de serviços de saúde para além do exigido pelas crianças em geral.^{4,5}

Muitas destas crianças apresentam condições crônicas ao longo da vida consideradas graves e / ou associada à fragilidade clínica; limitações funcionais que necessitam de tecnologia em saúde; recursos frequentes de serviços de saúde de alta complexidade; hospitalizações e/ou demandas de múltiplas especialidades médicas.³

Neste cenário, estabelecem-se as diversas dificuldades das famílias destas crianças que estão constantemente vulneráveis aos agravos desta condição de saúde. A demanda de cuidados em saúde contínuos e específicos que estas crianças requerem diariamente acaba gerando uma sobrecarga aos seus cuidadores familiares.

Deste modo, o cuidado a esta criança torna-se muitas vezes uma prioridade para os familiares/cuidadores que renunciam à vida social, ao trabalho, e até mesmo ao lazer. A

[Digite texto]

complexidade dos cuidados da CRIANES e a necessidade de atenção contínua em saúde exige tempo integral do familiar/cuidador o que gera uma sobrecarga de desgaste físico e emocional.⁶

Diante desta realidade, torna-se necessário conhecer os estudos desenvolvidos na Enfermagem sobre a temática do cuidado familiar à criança com doença crônica e ou crianças com necessidades especiais de saúde. Sendo assim, este estudo tem como objetivo: Descrever as tendências na produção científica de Enfermagem sobre o cuidado familiar às crianças com doenças crônicas e ou crianças com necessidades especiais de saúde. E como questão de pesquisa: Qual a tendência das produções científicas da Enfermagem acerca do cuidado familiar as crianças com doenças crônicas e ou crianças com necessidades especiais de saúde?

Metodologia

Trata-se de um estudo de pesquisa bibliográfica, do tipo narrativa realizada no Portal de Teses e Dissertações da Capes, em junho de 2016.

Utilizaram-se como critérios de inclusão: Teses e dissertações que discorrem sobre o cuidado familiar às crianças com doenças crônicas e ou crianças com necessidades especiais de saúde. E como critérios de exclusão: Teses e dissertações não disponíveis na íntegra online e os que não apresentavam os familiares como sujeitos.

A busca no portal da Capes foi realizada primeiramente com os descritores: (criança AND "doença crônica") e após com a palavra chave: ("crianças com necessidades especiais de saúde"). Foram encontrados 72 e 13 produções respectivamente para cada estratégia. Após leitura dos resumos e a verificação da disponibilidade do estudo na íntegra foram selecionadas apenas 11 produções.

Os resultados foram organizados em quadro sinótico analítico contendo título, ano de publicação, programa, objetivos do estudo, metodologia do estudo, principais resultados e conclusões. Para a análise e síntese dos resultados da revisão foi utilizada a técnica de análise de dados conforme Bardin⁷. As teses e dissertações que fizeram parte do corpus desta pesquisa estão descritos a seguir:

TÍTULO	AUTOR	CATEGORIA ANO
Vivências do familiar no cuidado a crianças com doenças crônicas: subsídios para prática de enfermagem / Salvador.	Marli dos Santos	Dissertação de mestrado 2013
Os significados do cuidado domiciliar de crianças e adolescentes com condição crônica pela perspectiva de cuidadores e equipes de	Fernanda Borges Pessanha	Dissertação de mestrado 2014

[Digite texto]

saúde da família.		
Compreensões de famílias de crianças hospitalizadas com doenças crônicas: trajetórias de cuidado.	Maria de Lourdes Rodrigues Pedroso	Tese de doutorado 2014
Família e asma da criança: a percepção do conviver bem	Eliane de Aparecida Oliveira Costa	Dissertação de mestrado 2013
Vivências de cuidado familiar a crianças dependentes de tecnologias: subsídios para a enfermagem.	Pâmela Kath de Oliveira Nörnberg Oliveira	Dissertação de mestrado 2014
Cotidiano da família que cuida de criança com doença crônica no domicílio.	Paloma Moraes Silva	Dissertação de mestrado 2015
Narrativa das experiências de famílias de crianças com diabetes mellitus tipo 1.	Isa Ribeiro de Oliveira Dantas	Tese de doutorado 2015
A doença como narrativa: o que pensam as mães sobre ter um filho com atresia de esôfago?	Rachel Fernandes de Souza	Dissertação de mestrado 2013
O cuidado prestado pela família à criança portadora de encefalopatia hipóxico-isquêmica no contexto domiciliar: contribuições para a enfermagem.	Katia Aparecida Andrade Coutinho	Dissertação de mestrado 2015
As práticas de cuidado da família à criança com gastrostomia no contexto domiciliar.	Michelle de Oliveira Guimarães Carvalho	Dissertação de mestrado 2015
Implicações do cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: possibilidades para o cuidado familiar e de enfermagem	Greice Machado Pieszak	Dissertação de mestrado 2013

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Resultados e Discussão

Os estudos destacaram que as crianças com necessidades especiais de saúde recebem cuidado essencialmente materno não sendo compartilhado, muitas vezes, com os demais membros da família. Estes resultados pontuaram que as mães destas crianças possuem uma dedicação extrema com os filhos e estas se sentem comprometidas como fonte principal do cuidado e reconhecem que o bem-estar da criança depende dela.

Este resultado corrobora com outras pesquisas,^{8,9} que revelaram que o cuidado familiar às crianças com necessidades especiais de saúde é exercido geralmente pela figura feminina da família, sendo assim, atrelada ao vínculo materno.

As mães destas crianças, juntamente com os demais membros da família, enfrentam diversas adversidades frente à condição crônica de saúde. Neste cenário, a necessidade especial de saúde traz necessidades de diversos recursos que não fazem parte do contexto interno da unidade familiar. Há impactos na qualidade de vida destes familiares que enfrentam a angustia diante da escassez de recursos financeiros e sociais que não permitem a oferta de uma maior qualidade de vida para estas

[Digite texto]

crianças. Existe um aumento considerável da vulnerabilidade social e sofrimento, pois a doença da criança dificulta o senso de segurança e de competência da família.¹⁰

Diante deste cenário, os estudos destacam que as dificuldades enfrentadas pelas mães permeiam a sobrecarga resultante da necessidade de conciliar a maternidade, a vida profissional e demais atividades do cotidiano. Estas mulheres sentem o peso do cotidiano quando precisam trabalhar para compor a renda familiar, resultando em carga física, emocional e social.

Neste contexto, há uma sobrecarga desgastante devido aos múltiplos papéis assumidos pelas mulheres na atualidade, resultado da necessidade de a mulher ter uma nova identidade, além dos papéis cultural e socialmente determinados. A questão de gênero é intrínseca à sociedade, com fortes influências culturais perante os modos como as mães organizam sua vida e a dinâmica familiar diante das demandas desencadeadas pela doença crônica.¹¹

Na atualidade, há número expressivo de mulheres inserido no mercado de trabalho que contribui com a renda familiar. Estas mulheres preocupam-se com a carreira profissional, vislumbrando a condição de sucesso.¹²

Por outro lado, alguns dos estudos analisados pontuam que muitas mães de crianças com doenças crônicas acabam abdicando do emprego para cuidar unicamente do filho doente. Os estudos pontuam que a privação de atividades sociais é estendida a toda família, mas, em especial às mães por serem as detentoras do cuidado conforme imposto pela sociedade.

Nesta perspectiva, em outro estudo realizado com estas mães destaca que esta condição está atrelada a aspectos culturais da relação de gênero de que o homem trabalha fora e a mulher cuida da casa e dos filhos. A dimensão do ser mulher reduz-se concomitantemente ao fortalecimento da mãe/cuidadora. Assim, os cuidados a criança com necessidades especiais de saúde acabam se tornando prioridade na vida destas mulheres, confirmadas pelos aspectos culturais de gênero.¹³

A condição feminina vinculada ao cuidado está marcada pelas matrizes socioculturais do cuidar, em que apenas as mulheres da família são preparadas para exercer o papel social de cuidadora no domicílio. Neste cenário, os legados da tradição, dedicação exclusiva ao cuidado dos filhos e da família, abnegação, socialização familiar do cuidado, solidariedade feminina e obrigação moral são os elementos que compõe as matrizes sócio-culturais do cuidado.⁵

Segundo autoras de outros estudos¹⁴, as mães/cuidadoras destas crianças sentem-se responsáveis afetivamente, comprometidas, e moralmente obrigadas a desenvolver o cuidado aos seus filhos. Esta condição aliada ao cuidado intenso, constante, contínuo e complexo serve de fonte de estresse e opressão a estas mães que se sentem responsáveis por esse cuidado causando uma enorme sobrecarga às mesmas.

[Digite texto]

Neste contexto, as teses e dissertações destacaram que, devido a esta sobrecarga, estas mães acabam não realizando o autocuidado, considerado importante para a saúde destas mulheres e consequentemente para as próprias crianças. Outro estudo¹⁵ destacou que a negligência com a própria saúde esteve associada à falta de tempo do cuidador principal devido às demandas da criança com doença crônica.

A partir destes pressupostos, é pertinente afirmar que a qualidade do cuidado da família às crianças com doenças crônicas está diretamente relacionado a saúde e bem-estar de seus cuidadores. Assim, é necessário ressaltar uma reflexão em relação aos cuidados de cada criança e seu familiar, em especial à cuidadora, que se caracteriza também como mulher-mãe, que possui diversas responsabilidades no núcleo familiar. Nesse sentido, torna-se urgente compreender o universo dessas mulheres cuidadoras para, posteriormente, desenvolver estratégias de atenção em saúde, direcionadas para as realidades das crianças e suas famílias.¹⁶

Considerações finais

Ao realizar este estudo, foi possível verificar a tendência de teses e dissertações na Enfermagem brasileira acerca do cuidado familiar às crianças com doença crônica. Os estudos evidenciaram que existe uma sobrecarga destes familiares, em especial da mãe, que é revelada por meio de diferentes aspectos que permeiam o cuidado a estas crianças nas dimensões culturais, emocionais e sociais da família.

Além disto, a realização deste estudo permitiu o reconhecimento de uma lacuna do conhecimento. Apesar do cuidado materno às crianças com doenças crônicas se destacar em muitos dos estudos realizados, ainda não há pesquisas que apresentam um aprofundamento das questões socioculturais que permeiam este cuidado.

Nesta perspectiva, torna-se importante desenvolver mais estudos sobre esta temática com o objetivo de fomentar estratégias de cuidado em saúde que incluam a criança e seu familiar.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

- 1.Brasil. Ministério da Saúde. Brasil Carinhoso vai retirar da miséria famílias com filhos de até seis anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 2.Neves E T, Silveira A, Arrué A M, Pieszak G M, Zamberlan K C, Santos R P. Rede de Cuidados de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis; Abr./Jun. 2015; 24 (2): 399-406.
- 3.Cohen E, Kuo D Z, Agrawal R, Berry JG, Bhagat S K M, Simon T D, et al. Children With Medical Complexity: An Emerging Population for Clinical and Research Initiatives. Pediatrics. 2011; 127 (3)

[Digite texto]

4. MCpherson M, Arango P, Fox H, Lauver C, McManus M, Newacheck PW, et al. A new definition of Children with Special Health Care Needs. American Academy Pediatr. 1998; 102 (1):137-141.
5. Neves E T, Cabral I E. Empoderamento da mulher cuidadora de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde. Texto Contexto Enferm. Florianópolis. Jul./Set. 2008; 17 (3): 552-60.
6. Silveira A, Neves E T, De Paula CC. Cuidado familiar das crianças com necessidades especiais de saúde: um processo (sobre) natural e de (super) proteção. Texto Contexto Enferm. Florianópolis. Out-Dez. 2013; 22 (4):1106-14.
7. Bardin L. Análise de Conteúdo. 8 ed. Portugal: Geográfica Editora. 2011.
8. Naitoh Y, Kawauchi A, Soh J, Kamoi K, Miki T. Health Related Quality of Life for monosymptomatic enuretic children and their mothers. The Journal of Urology. 2012; 188 (1):1910-4.
9. Moraes J R M M, Cabral I E. A rede social de crianças com necessidades especiais de saúde na (in) visibilidade do cuidado de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Mar/abr. 2012; 20 (2): 1-8.
10. Costa E A O, Sousa E F R, Wernet M, Dupas G. Doença crônica da criança: necessidades familiares e a relação com a Estratégia Saúde da Família. Gaúcha Enferm. 2013; 34 (3):72-8.
11. Nóbrega VM, Reichert APS, Silva KL, SED Coutinho, Collet N. Imposições e conflitos no cotidiano das famílias de crianças com doença crônica. Esc Anna Nery (impr.). 2012; 16 (4):781 – 8.
12. Martins E M CS, Ataíde M B C, Silva D M A, Frota M A. Vivência de mães no cuidado à criança diabética tipo I. Rev Rene. 2013; 14 (1): 42-9.
13. Guerini I C, Cordeiro P K S, Osta S Z, Ribeiro E M. Percepção de familiares sobre estressores decorrentes das demandas de cuidado de criança e adolescente dependentes de tecnologias. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. Abr-Jun; 2012; 21 (2):348-55.
14. Neves ET, Cabral I E. Cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: desafios para as famílias e enfermagem pediátrica. Rev. Eletr. Enf. 2009; 11 (3): 527-38.
15. Rabello C A FG, Rodrigues P H A. Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15 (2): 379-388.
16. Buboltz F L, Silveira A, Neves E T. Estratégias de famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico: a busca pela construção da integralidade. Texto Contexto Enferm., Florianópolis. Out-Dez 2015; 24 (4): 1027-34.

53. O ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE NURSE IN PRENATAL ACCOMPANYING: EXPERIENCE REPORT

LAS ENFERMERAS EN PRENATAL A SEGUIR: RELATO DE EXPERIENCIA

ACOSTA, Camila Martins¹; DULLIUS, Angela Isabel dos Santos²; ANSUJ, Angela Pellegrin³; MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza⁴; SANTOS, Danusa Passini⁵; GONÇALVES, Naiane Glaciele da Costa⁶; TUCHTENHAGEN, Patrícia⁷

Resumo

Introdução: A consulta de enfermagem e atividades de educação em saúde, mostram-se importantes para garantir uma melhor cobertura e qualidade nos atendimentos prestados às gestantes. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada por uma acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem do 4º semestre, em atividades com gestantes. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre as atividades desenvolvidas com as gestantes de uma Unidade Básica de Saúde de Santa Maria. **Resultado/ Discussão:** A prática baseou-se em realizar consultas de enfermagem e atividades de grupo com as gestantes. A autonomia e a importância da enfermagem fica muito evidente uma vez que a consulta é guiada e realizada apenas pelo enfermeiro que pode orientar e solicitar até mesmo exames. **Conclusão:** O papel do enfermeiro na assistência ao pré-natal será determinante no desfecho de uma gravidez assistida de maneira plena, que terá como resultado um parto seguro.

Descriptores: Enfermagem, pré-natal, educação em saúde

III Seminário Internacional

Abstract

Introduction: Nursing consultation and health education activities are important in guaranteeing a better coverage and quality of care for pregnant women. Objective: To report the experience of an undergraduate nursing student from the 4th semester, in activities with pregnant women. Methodology: This is an experience report about the activities developed with the pregnant women of a Basic Health Unit of Santa Maria. Result / Discussion: The practice was based on performing nursing consultations and group activities with pregnant women. The autonomy and importance of nursing is very evident since the consultation is guided and performed only by the nurse who can guide and even request examinations. Conclusion: The role of nurses in prenatal care will be decisive in the outcome of a fully assisted pregnancy, which will result in safe delivery.

Descriptors: Nursing, prenatal, health education

Resumen

Introducción: consulta de enfermería y educación sanitaria actividades, parecen ser importantes para asegurar una mejor cobertura y calidad de la atención para las mujeres embarazadas. Para informar de una experiencia de un curso de graduación académica en el cuarto semestre de enfermería en las actividades con las mujeres embarazadas. Metodología: Se trata de un relato de experiencia en las actividades con las mujeres embarazadas de una Unidad Básica

¹Graduanda do 4º Semestre de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria.
camila.martins.acosta@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, Doutora. Professora do 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 Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

de Salud de Santa María. Resultados / Discusión: La práctica se basa consultas para llevar a cabo las actividades de enfermería y de grupo con las mujeres embarazadas. La autonomía y la importancia de la enfermería es muy evidente una vez que la consulta se guía y se realiza sólo por las enfermeras que pueden guiar y solicitar incluso exámenes. Conclusión: El papel de la enfermera en la asistencia prenatal determinará el resultado de un embarazo asistido por completo, lo que dará lugar a un parto seguro.

Descriptores: Enfermería, atención prenatal, educación para la salud

Introdução

A partir da constatação de um elevado número de gestantes que vieram a óbito nos anos 1980, foram criadas estratégias que visariam alterar este quadro. Para tanto, o foco principal no início era o combate às complicações gestacionais. Este quadro muda no ano 2000, quando ocorre o consenso de que a mortalidade materna se reduziria com a solidificação dos sistemas de saúde, assim, foram disponibilizados serviços para mulheres durante e após a gestação¹.

É essencial para a saúde materna e neonatal um atendimento pré-natal e puerperal de qualidade e humanizado, o que ocorrerá com consultas acolhedoras e ações que integrem todos os níveis de atenção, isto é, proteção, prevenção, promoção e recuperação da saúde da gestante. Foi lançado em 2012, pelo Ministério da Saúde, o Caderno de Atenção Básica ao pré-natal de baixo risco contendo orientações quanto a realização das consultas, com o enfoque na importância do acompanhamento a partir do primeiro trimestre de gestação, com um número de consultas superior a seis, sendo que a orientação do pré-natal ideal seja a realização de consultas mensais até a 28^a semana e quinzenais entre 28 e 36 semanas².

O artigo 4 do inciso II do Conselho Nacional de Enfermagem (COFEN) diz que “é atribuição do enfermeiro garantir o atendimento à mulher no pré-natal, parto e puerpério por meio da consulta de enfermagem”³. Esta consulta mostra-se importante por conta da sua finalidade em garantir uma melhor cobertura e qualidade nos atendimentos às gestantes, utilizando além das técnicas, a sensibilidade em entender a gestante como ser humano com seu modo de vida e realidade, através da escuta e do diálogo dando a liberdade para a expressão de sentimentos, duvidas e experiências, criando-se, assim, um vínculo cliente-enfermeira⁴.

Neste sentido, o presente trabalho tem por finalidade relatar a experiência vivenciada por uma acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem do 4º semestre, em uma unidade básica de saúde, acompanhando e realizando as atividades com as gestantes desta unidade.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência sobre as atividades desenvolvidas com as gestantes de uma unidade básica de saúde de Santa Maria.

A partir da disciplina “Enfermagem na saúde da mulher e da criança na atenção básica” ministrada no quarto semestre do curso de Enfermagem, é realizado o estudo prático de pré-natal no [Digite texto]

campo de atenção básica em uma unidade de saúde de Santa Maria por meio da consulta de enfermagem com gestantes. A Unidade de Saúde Kennedy, localizada na zona norte do município presta serviço para uma média de 30 mil pessoas por mês, com funcionamento das 7 às 19 horas sem fechar ao meio dia,. Para o desempenho das tarefas existem duas equipes, sendo uma Estratégia Saúde da Família. Ela acolhe toda a comunidade da região que, por sua vez, possui pessoas com diferentes características sociais e econômicas, cada qual com suas necessidades e especificações. Possui a oportunidade de oferecer serviço médico, odontológico e de enfermagem e um bom espaço de trabalho, o que facilita o acolhimento das demandas da comunidade.

A consulta de enfermagem no pré-natal ocorre todas as terças-feiras à tarde e quartas-feiras pela manhã, onde são atendidas quatro gestantes por dia. As gestantes são questionadas a respeito da alimentação, cuidados, saúde e sobre seu bem-estar com relação as mudanças neste período. A partir disso, são realizadas as orientações, onde é explicada a importância do cuidado e atenção à gestação, além do empoderamento quanto aos seus direitos como mulher.

Resultados e discussão

A prática baseou-se em realizar consulta de enfermagem com gestantes, avaliando a situação de saúde e social da mãe e do feto por meio de um diálogo aberto com a cliente e, caso houver, com seu acompanhante – o companheiro ou familiar, onde a enfermagem se mantém aberta para ouvir e tirar dúvidas. As gestantes são questionadas a respeito da alimentação, cuidados, saúde e sobre seu bem-estar em relação às mudanças neste período. Além disso, na consulta de pré-natal também é realizado o exame físico com a verificação de sinais vitais da mãe e do feto, através da verificação da pressão arterial da gestante e da ausculta dos batimentos cardíacos fetais, além da medição da altura uterina e do peso da gestante. Cabe destacar que esta atividade é realizada seguindo as orientações do Manual Técnico sobre o pré-natal e puerpério, o qual orienta que estas práticas devem ser qualificadas e acolhedoras. O acolhimento envolve a recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, aceitando que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo uma atenção plena de forma resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário⁵.

Além disso, o Ministério da Saúde orienta que o pré-natal deve ter como objetivos detectar e diagnosticar enfermidades maternas, tratando-as de modo a reduzir seu impacto sobre a evolução e resultados; acompanhar a evolução da gravidez, observar as condições da gestante, o desenvolvimento e as condições do feto; diagnosticar e tratar as intercorrências gestacionais⁶. Ao enfermeiro, como parte da equipe que atende a gestante. Caberá, dentre outras atribuições, a

[Digite texto]

orientação as mulheres e famílias sobre pré-natal (importância, periodicidade das consultas), amamentação e vacinação; o cadastramento da gestante no SisPréNatal e fornecer Cartão da Gestante; a realização da consulta de pré-natal de gestação de baixo risco; a solicitação de exames complementares de acordo com protocolo; a realização de testes rápidos; a prescrição de medicamentos padronizados para o programa pré-natal; a identificação gestantes com algum sinal de alarme e ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica⁷.

Foi realizado um grupo de gestantes com a proposta de discutir sobre os cuidados que devem ser tomados durante todos os trimestres da gestação. Houve também a elaboração de um folder com as principais informações e possíveis necessidades das gestantes baseado nas orientações do Caderno de Atenção Básica ao Pré-Natal de Baixo Risco. Compareceram um total de seis gestantes, a grande maioria já no terceiro trimestre de gestação e algumas acompanhadas de familiares. Para a apresentação do grupo foi realizada uma dinâmica onde as gestantes separaram-se em duplas para conversar e, depois, uma apresentou a outra com base na conversa realizada.

Seguida da dinâmica de apresentação foi sugerido que cada gestante escrevesse, desenhasse ou através de gravuras explicassem o que estavam sentindo naquele momento ou em qualquer outra fase da gestação, além de também poder apresentar suas dúvidas e queixas. As orientações de enfermagem discutidas durante o grupo partiram do que foi explicitado por todas as gestantes, os sintomas da gestação e o medo do parto foram os principais tópicos apresentados por elas. Através desta dinâmica foi possível observar o quanto as mesmas sentiam-se mais à vontade em expor seus questionamentos e necessidades, uma vez que se identificavam umas com as outras.

Ao final do grupo houve uma pequena confraternização com lanches e foi entregue às gestantes o folder elaborado e uma pequena lembrança. O folder educativo elaborado pelos acadêmicos com a orientação da professora objetivou esclarecer as principais dúvidas e fornecer orientações que poderão ser utilizadas durante todo pré-natal. Assim, o enfermeiro pode atuar nas intervenções educativas, comunicando conteúdos e avaliando recursos educativos produzidos para educação em saúde. O uso de materiais educativos possibilita o processo de ensino-aprendizagem por meio de interações mediadas pelo enfermeiro ao paciente e a família com material educativo escrito. A estratégia participativa utilizada na construção do material educativo permite identificar as necessidades das gestantes, as quais direcionam o conteúdo do folder que contemplarão suas necessidades e demandas⁸.

Além disso, na saúde coletiva, uma das estratégias de educação mais utilizada é a atividade de grupo. O objetivo do trabalho com grupos é o desenvolvimento pessoal e social dos participantes, para a busca do autoconhecimento e da reflexão do processo saúde-doença em nível

[Digite texto]

individual e na coletividade. As ações educativas se tornam melhor percebidas e mais produtivas quando são abordadas no grupo. Os grupos são considerados ferramentas importantes para a promoção e educação em saúde, ainda, as atividades de grupo serão espaços de escuta e de criação de novos laços com a equipe e também com outros participantes⁹.

Por meio da consulta de pré-natal na atenção básica nesta unidade de saúde foi possível verificar as grandes diversidades de realidades de vida, onde cada qual tem suas especificidades e necessidades diferentes. A autonomia e a importância da enfermagem fica muito evidente uma vez que a consulta é guiada e realizada apenas pelo enfermeiro que pode orientar e solicitar até mesmo exames. É possível visualizar o quanto faz diferença o apoio e o cuidado que é transmitido para cada gestante, uma vez que através das consultas e do grupo de gestantes elas expuseram e tiraram suas dúvidas, mostrando-se mais seguras depois dessas intervenções.

Considerações Finais

O presente trabalho visou apresentar o relato de experiência de uma acadêmica de enfermagem, no acompanhamento às atividades realizadas com as gestantes usuárias de uma unidade básica do município de Santa Maria. Várias atividades são possíveis de serem realizadas com este público, que vão desde a consulta de pré-natal realizada pelo enfermeiro até as atividades de grupo.

A enfermagem pode ser definida como uma arte e uma ciência de cuidar do indivíduo, abrangendo toda sua complexidade. O saber colocar em prática este cuidado é muito importante para autonomia profissional. Assim, o papel do enfermeiro inicia-se na gestão da educação permanente, no momento em que ele se mantém em busca constante do conhecimento e capacita sua equipe, tanto no nível da atenção primária quanto no nível da atenção hospitalar até a realização da consulta de enfermagem, além da Sistematização da Assistência da Enfermagem.

O enfermeiro, ao realizar o pré-natal, deverá ser capaz de prevenir, identificar e corrigir desde problemas comuns da gestação até intercorrências mais complexas. O acolhimento à gestante compreende desde o atendimento na consulta até o acompanhamento em todas as fases do pré-natal, pois em muitos casos como foi observado neste campo, a gestante passa por muitas situações complicadoras, como por exemplo a descoberta de uma DST, o abandono do parceiro ou da família, discriminação, isolamento social e descontinuidade escolar.

Conclui-se, portanto, que o papel do enfermeiro na assistência ao pré-natal será determinante no desfecho de uma gravidez assistida de maneira plena, que terá como resultado um parto seguro.

[Digite texto]

Assim, é necessário que este profissional seja visto e valorizado pela sociedade como um profissional apto e capaz de realizar o pré-natal de forma segura, acolhedora e eficaz.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. SOUZA, J. P. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(10):73-9.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162p.
3. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 339/2008. <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3392008_4364.html> Acesso abril/2017.
4. Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 163 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do agente comunitário de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
7. Shimizu, HE; Lima, MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 62, n.3, p. 387- 392, maio/jun., 2009.
8. Reberte LM, Hoga LAK, Gomes ALZ. Process of construction of an educational booklet for health promotion of pregnant women. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(1):101-8
9. Santos, L. F. et al. Fatores terapêuticos em grupo de suporte na perspectiva da coordenação e dos membros do grupo. *Acta Paul Enferm.*; v. 2, n. 1, p. 122-127, 2012.

[Digite texto]

54. O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE AO HIV NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ/SC

THE ROLE OF THE NURSE IN THE DECENTRALIZATION PROCESS OF HIV HEALTH CARE IN THE MUNICIPALITY OF CHAPECÓ/SC

FUNCIÓN DE LA ENFERMERA EN EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DE ATENCIÓN DEL VIH EN EL MUNICIPIO CHAPECÓ/SC

WEBER, Aldair¹; SCHNEIDER, Vanessa²; LUZARDO, Adriana Remião³.

Resumo

Introdução: As políticas públicas do Sistema Único de Saúde vêm sendo discutidas acerca da descentralização na atenção às pessoas que vivem e convivem com HIV/AIDS. **Objetivo:** Buscou-se relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem em um Centro de Saúde da Família de Chapecó. **Metodologia:** O relato deu-se a partir de vivências em Estágio Curricular Supervisionado, no período de 28 de março a 13 de abril. Utilizou-se da observação de fluxos do serviço, do processo de trabalho e de documentos institucionais. **Resultados e discussão:** No referido período, visualizaram-se as mudanças no atendimento aos usuários e a forma como isso tem afetado os fluxos no serviço e no processo de trabalho dos profissionais. Percebeu-se o estranhamento quanto ao reconhecimento da descentralização do serviço e a mudança da referência para um serviço descentralizado. **Considerações:** Espera-se superar os desafios da reconfiguração deste serviço e a efetivação da política no âmbito da Saúde da Família.

Descriptores: HIVAIDS, Estratégia de Saúde da Família, Ensino.

Abstract

Introduction: The public policies of the Unified Health System are being discussed about the decentralization of care to people living and living with HIV/AIDS. **Objective:** We sought to report the experience of nursing academics at a Chapecó Family Health Center. **Methodology:** The report was based on experiences in Supervised Curricular Internship, from March 28 to April 13. **Results and discussion:** In the mentioned period, the changes in the service of the users were visualized and the way this has affected the flows in the service and the work process of the professionals. The strangeness of the recognition of the decentralization of the service and the change of the reference to a decentralized service was perceived. **Considerations:** It is hoped to overcome the challenges of the reconfiguration of this service and the effectiveness of the Family Health policy.

Descriptors: HIVAIDS, Family Health Strategy, Teaching.

Resumen

Introducción: Las políticas públicas del Sistema de Salud se discuten en la descentralización de la atención de las personas que viven con el VIH/SIDA. **Objetivo:** Presentar la experiencia de los estudiantes de enfermería en un centro de salud de la familia Chapecó. **Metodología:** se informó en las experiencias supervisadas, 28 de marzo al 13 de abril. Utilizamos los flujos de servicios de observación, el proceso de trabajo y documentos institucionales. **Resultados y discusión:** En este período, se visualizaron los cambios en el servicio y cómo ha afectado a los flujos de servicio y proceso de trabajo profesional. Se observó la extrañeza en el reconocimiento de la descentralización de los servicios y el cambio de referencia a un servicio descentralizado. **Consideraciones:** Se espera superar los desafíos de la reconfiguración del servicio y la eficacia de la política sobre el VIH / SIDA en la salud de la familia.

Descriptores: VIH-SIDA, la Estrategia Salud de la Familia, Educación.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu-se como política pública a partir da Constituição Federal de 1988, em um contexto de lutas e conquistas do direito à saúde. O SUS busca atender às demandas de saúde da população, compreendendo a singularidade de cada sujeito, território e

¹ Acadêmico de Enfermagem (9^a fase). Universidade Federal da Fronteira Sul. E-mail relator: aldairweber@gmail.com

² Acadêmica de Enfermagem (9^a fase). Universidade Federal da Fronteira Sul.

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul.

[Digite texto]

equipe multiprofissional. É um sistema que preconiza o acesso à saúde universal, equitativo e integral a todos os usuários residentes em território brasileiro¹.

Durante mais de duas décadas de SUS, políticas públicas foram sendo construídas, buscando diretrizes e objetivos que priorizassem as necessidades de saúde da população. Assim, a Política Nacional de DST/AIDS orienta as ações do Programa Nacional de DST/AIDS no âmbito da promoção à saúde; da proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/AIDS; da prevenção da transmissão das DST, do HIV/AIDS e do uso indevido de drogas; do diagnóstico, do tratamento e da assistência às pessoas com DST/HIV/AIDS; e do desenvolvimento e fortalecimento institucional dos gestores locais de programas e projetos na área².

Inicialmente, no Brasil, o cuidado à pessoa convivendo com HIV organizou-se de diferentes maneiras, principalmente pelas diferentes necessidades regionais e considerando os investimentos financeiros. No entanto, este cuidado acontecia preponderantemente em serviços de atenção secundária, onde era prestada assistência especializada. Entre os serviços podem ser destacados os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA's), os Hospitais-Dia, os Ambulatórios específicos para atender pessoas convivendo com o HIV, entre outros. O Ministério da Saúde instituiu os projetos de Serviço de Assistência Especializada (SAE), o Hospital-Dia (HD) e a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). A implantação da ADT ficou sob a responsabilidade do Programa Nacional DST/AIDS, enquanto a implantação do SAE e do HD foi delegada às coordenações estaduais e municipais³.

A implantação de um modelo de Serviço de Assistência Especializada vem ganhando força em argumentos para sua efetivação, o que garantiria a descentralização do atendimento à população vivendo com HIV. A proposta central desse tipo de serviço consiste na assistência a doenças infecciosas de uma maneira geral, perdendo o caráter de atendimento específico para pessoas que vivem com HIV.

Em Chapecó o SAE/HDIA ganhou abrangência regional, contemplando 36 municípios vizinhos. O serviço tem como público os usuários soropositivos e seus parceiros que não possuem o vírus, gestantes soropositivas, crianças expostas ao vírus (durante a gestação de mãe soropositiva), vítimas de violência sexual, profissionais que tiveram contato com material biológico (exposição ocupacional) e usuários que necessitam de profilaxia pós-exposição sexual (PEP). Em 33 anos de funcionamento, o SAE/HDIA já atendeu 1.846 casos de pacientes diagnosticados com HIV/AIDS e possui atualmente 991 casos em acompanhamento. Em sua estrutura, dispõe de 16 profissionais nas áreas de medicina (infectologista e clínico geral), enfermagem (enfermeiros e auxiliares de enfermagem), farmácia, nutrição, psicologia e assistência social. São desenvolvidos atendimentos

[Digite texto]

individuais, trabalhos em grupo, além de atender solicitações de empresas/instituições no que se refere a doenças sexualmente transmissíveis, com enfoque na prevenção da transmissão do vírus HIV⁴.

Nesse contexto, a cidade de Chapecó ratifica a proposta do Ministério da Saúde e inicia a implementação do processo de descentralização do cuidado à pessoa vivendo com HIV. Dentro dessa perspectiva, o profissional enfermeiro tem papel fundamental, principalmente no que tange a gestão, pois, em sua grande maioria, são profissionais enfermeiros que coordenam os Centros de Saúde, as Estratégias de Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde. Assim, o profissional enfermeiro, como gestor local, tem a responsabilidade sanitária de ofertar atendimento de qualidade, por meio da equipe multiprofissional, promovendo o acesso da população em geral.

Por outro lado, o cuidado integral à pessoa vivendo com HIV será um novo desafio a ser enfrentado, uma vez que essa população requer cuidados específicos, que necessitarão que os profissionais estejam preparados para atender às demandas do usuário com HIV/AIDS. A presença destes usuários no serviço ocorria quando da presença de outras comorbidades ou para atendimento clínico generalizado.

Assim, o presente trabalho objetiva relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem em um Centro de Saúde da Família em Chapecó, município do oeste catarinense.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência a partir de vivências de acadêmicos em Estágio Curricular Supervisionado I (ECS) junto a um Centro de Saúde da Família da Rede Municipal de Atenção à Saúde de Chapecó, no período de 28 de março a 13 de abril. O procedimento metodológico contou com a observação dos fluxos do serviço, do processo de trabalho dos profissionais e avaliou documentos institucionais, tais como normas, nota técnica, diretrizes e protocolos ministeriais.

Ademais, a realização do presente trabalho foi possível pelo momento vivido por estudantes de enfermagem em um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS). A formação do acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) está alicerçada nos princípios e diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), seguindo as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem. Nesse sentido, além dos conteúdos teórico-práticos desenvolvidos ao longo da formação, está previsto, nos dois últimos semestres do curso, o cumprimento de uma extensa carga horária para planejamento,

[Digite texto]

elaboração e execução de um Projeto de Intervenção, para que o acadêmico atue nas dimensões da profissão, a saber: assistência, educação, pesquisa e gestão.

O ECS proporciona ao acadêmico o conhecimento *in loco* das características profissionais que circundam as ações de enfermagem, conhecendo e interagindo com as singularidades e pluralidades das comunidades e dos indivíduos e, assim, ampliando e aprimorando a visão acerca da sua futura atuação⁵.

Nessa perspectiva, as realidades vivenciadas são instrumentos fundamentais para reflexão do processo de cuidado e de formação do profissional enfermeiro. A temática da descentralização da atenção ao HIV, lançada pelo Ministério da Saúde em 2012, vem à tona neste momento, despertando para a necessidade de reflexão do acadêmico de enfermagem, a partir da realidade local em que está inserido no ECS.

Resultados e discussão

Durante esse período de atuação do ECS em um Centro de Saúde da Família está sendo possível visualizar as mudanças no atendimento aos usuários e a forma como isso tem afetado os fluxos dentro do serviço e no próprio processo de trabalho dos profissionais neste nível de atenção.

Num primeiro momento, percebeu-se o estranhamento quanto ao reconhecimento da descentralização do serviço, visto que esses usuários já acessavam o serviço em busca de outras necessidades, como a busca de renovação de uma receita, a retirada de medicamentos ou mesmo a participação em outras atividades de cuidado, porém a mudança da referência para um serviço descentralizado parece gerar apreensão no usuário. Entende-se que é possível atender ao usuário com respeito, ética e com competência clínica ao mesmo tempo em que se aprenderá a desmistificar a atenção à pessoa que convive com HIV/AIDS.

Para tanto, faz-se necessário um forte investimento em Educação Permanente para que o processo de trabalho da equipe multiprofissional garanta a segurança do profissional para a realização da Clínica Ampliada com esse usuário. Nesse contexto, o olhar do enfermeiro diante das dimensões da profissão, seja na assistência, no gerenciamento, na pesquisa ou na educação, é parte fundamental no processo de descentralização desse serviço, uma vez que atuará diretamente na implantação do fluxo de serviço que garanta o sigilo e a ética da ação de saúde junto a esse usuário.

Corroborando com isso, as diretrizes da municipalização e regionalização dos serviços de saúde, fundamentadas na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB-SUS/96) e nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde de 2001 e 2002 (NOAS-2001/2002), respectivamente, incentivaram a organização e articulação dos serviços em nível local, buscando

[Digite texto]

atender aos princípios básicos do sistema, de universalidade, integralidade e equidade. Esses serviços estruturam-se por níveis de atenção, que variam segundo suas densidades tecnológicas. No entanto, no que concerne à organização dos serviços de prevenção e atenção à saúde do portador de HIV/AIDS, a viabilização dessas diretrizes é complexa: o grande desafio reside na provisão equitativa de tratamentos para a AIDS, necessária para garantir aumento na sobrevida em todos os segmentos da população infectada pelo HIV⁶.

Apesar de não existirem diretrizes específicas que dizem como deve ocorrer o processo de trabalho do enfermeiro no contexto da APS voltado para a população vivendo e convivendo com HIV/AIDS, o referido profissional é parte da equipe e deve incluir em suas atividades momentos de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento. Dentre estas atividades, o enfermeiro deve realizar o acolhimento, o aconselhamento, o teste rápido para HIV/AIDS, as atividades de educação em saúde, a identificação dos grupos populacionais mais vulneráveis ao HIV, a busca ativa respeitando os princípios do sigilo, da ética e da cidadania, a abordagem de risco para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV nas diferentes atividades realizadas e assistência domiciliar de forma integrada com a assistência domiciliar terapêutica, além de fortalecer o vínculo com outros espaços da rede de atenção para o cuidado de forma integral⁷.

Considerações Finais

Acredita-se que a atuação dos acadêmicos de enfermagem no Estágio Curricular Supervisionado tem proporcionado vivências únicas no acompanhamento da transição da atenção às pessoas que vivem e convivem com HIV/AIDS em Chapecó.

Observa-se que a descentralização de um serviço especializado para o âmbito da atenção primária à saúde constitui desafio na adaptação e na aceitação do usuário à nova modalidade de atendimento. A educação permanente junto aos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde mostra-se fundamental na instrumentalização dos processos cotidianos de produção de saúde no contexto da política do HIV/AIDS.

Espera-se que os desafios na reconfiguração desse serviço possam ser superados e que essa política pública possa efetivar-se no âmbito da Saúde da Família, pautando-se nos princípios e diretrizes de reorganização da atenção primária da integralidade, ampliando a resolutividade e o impacto na saúde das pessoas.

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

[Digite texto]

Referências

1. Rocha Kátia Bones, Santos Rejane Rosaria Grecco dos, Conz Jaqueline, Silveira Ana Carolina Tittoni da. Transversalizando a rede: o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites. *Saúde debate* [Internet]. 2016 Jun [citado 2017 Maio 04]; 40(109): 22-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200022&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610902>.
2. Brasil. Política Nacional de DST/AIDS. 1999.
3. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Secretaria de vigilância em saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Rotinas de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) em HIV/AIDS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_ATD_2007.pdf
4. Gapa. Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS. Disponível em: <http://gapachapeco.blogspot.com.br/>. Acesso 16 de abril de 2017. Adapatado.
5. Ministério da Educação. Universidade Federal da Fronteira Sul. Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem - Bacharelado. Chapecó, 2010.
6. Reis Cláudia Tartaglia, Czeresnia Dina, Barcellos Christovam, Tassinari Wagner Souza. A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 June [cited 2017 May 04] ; 24(6): 1219-1228. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600003>.
7. Ministério da Saúde. HIV/AIDS, hepatites e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).



[Digite texto]

55. OUTROS MODOS DE PENSAR A PESQUISA QUALITATIVA EM ENFERMAGEM: REFLEXÃO A PARTIR DA VERTENTE PÓS-ESTRUTURALISTA

OTHER MODES OF THINKING TO QUALITATIVE RESEARCH IN NURSING: REFLECTIONS FROM THE POST-STRUCTURALIST

OTRAS MANERAS DE PENSAR LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN ENFERMERÍA: REFLEXIÓN DESDE LA PERSPECTIVA POST-ESTRUCTURALISTA

BOTEGA, Mariane da Silva Xavier¹; ARNEMANN, Cristiane Trivisio².

Resumo

A vertente pós-estruturalista propõe outro olhar para as questões relacionadas ao cuidado, questiona as emergências que circundam o corpo doente e saudável com base nos discursos produzidos pelos sujeitos, a partir de uma visão histórica e cultural. Objetivamos refletir sobre outros modos de pensar a pesquisa em enfermagem a partir da perspectiva pós-estruturalista inspirado no pensamento do filósofo Michel Foucault. Ao realizarmos pesquisas nessa vertente não pretendemos interpretar as coisas como verdades indiscutíveis ou tentar achar soluções para problemas, mas sim atentar no nível de existência das palavras, das coisas ditas. Ao refletirmos sobre outros modos de pensar as pesquisas qualitativas em enfermagem abrimos possibilidades para questionamentos e embasamento para as discussões, desconstruindo algumas verdades e criando outras que produzem o conhecimento em saúde.

Descriptores: Enfermagem; Filosofia em Enfermagem; Metodologia; Linguagem; Educação.

Abstract

The post-structuralist offers another look at the issues related to the care, questions the emergencies that surround the sick body and healthy on the basis of the discourses produced by the subjects, from a historical view and cultural. We aim to reflect on other modes of thinking in nursing research from the perspective post-structuralist inspired by the thought of the philosopher Michel Foucault. To carry out research in this section is not intended to interpret things as unquestionable truths, or try to find solutions to problems, but look at the level of existence of words, of things said. To reflect on other modes of thinking the qualitative research in nursing we open possibilities for questioning and basis for the discussions, deconstructing some truths and creating other that produce the knowledge on health.

Descriptors: Nursing; Philosophy; Nursing; Methodology; Language; Education.

Resumen

El post-estructuralista ofrece otra mirada a las cuestiones relacionadas con el cuidado de las emergencias, las preguntas que rodean el cuerpo enfermo y sano, sobre la base de los discursos producidos por los sujetos, desde un punto de vista histórico y cultural. Queremos reflexionar sobre otros modos de pensar en la investigación de enfermería desde la perspectiva post-estructuralista inspirados por el pensamiento del filósofo Michel Foucault. Para llevar a cabo la investigación en esta sección no está destinada a interpretar las cosas como verdades incuestionables, o intentar encontrar soluciones a los problemas, pero mira el nivel de existencia de palabras, de las cosas que dijo. A reflexionar sobre otros modos de pensar la investigación cualitativa en enfermería nos abre posibilidades para el interrogatorio y la base para las discusiones, mediante la deconstrucción de algunas verdades y crear otros que producen los conocimientos sobre la salud.

Descriptores: Enfermería; Filosofía en Enfermería; Metodología; Lenguaje; Educación.

Introdução

Quando construímos um projeto de pesquisa científica, temos que considerar que teremos um longo caminho a seguir, cujo objetivo será pensar determinada realidade através de “óculos”

¹ Enfermeira, Mestra em Enfermagem. Bolsista CAPES. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - PGEnf. UFRGS

² Enfermeira, Mestra em Enfermagem. Bolsista CAPES. Doutoranda do PGEnf. UFRGS

que nos guiarão. Estes “óculos” referem-se ao nosso referencial teórico e metodológico. Assim, a construção do objeto de estudo irá depender da escolha dos caminhos a serem percorridos adequadamente para a análise e do rigor de sua descrição posteriormente.

Se as conclusões das pesquisas somente são possíveis em razão dos instrumentos que são utilizados, do rigor de como são utilizados e da interpretação dos resultados a que o uso dos instrumentos permite chegar, relatar as ferramentas usadas na pesquisa, mais do que cumprir uma formalidade, oferece a outros a possibilidade de refazer o caminho e, desse modo, avaliar com mais segurança as afirmações que fazemos. Por conseguinte, para o sucesso do estudo é necessário atentar para sua execução^{1,2}.

Na perspectiva positivista, um estudo ou pesquisa pode ser descrito como uma investigação que usa métodos para questionar, responder as questões ou resolver os problemas, e envolve uma progressão relativamente linear de tarefas, na qual o pesquisador expõe, antecipadamente, os passos que serão dados para maximizar a integridade do estudo e, então, segue esses passos com tanta fidelidade quanto possível³. Nesse sentido, destacamos a Enfermagem que se reconhece como ciência a partir de Florence Nightingale (séc. XIX), ao introduzir o modelo biomédico na prática profissional⁴. Esta prática é caracterizada por determinada relação entre enfermeira-paciente, apoiada em protocolos prescritivos de cuidado e indicadores de produtividade da assistência.

Apesar desta perspectiva moderna e positivista da organização profissional da Enfermagem, ocorre a inserção de referenciais teóricos filosóficos nas investigações qualitativas em saúde. Devido à enfermeira transitar em outras áreas do conhecimento como a filosofia, a sociologia e a antropologia; a articulação entre diferentes saberes proporciona à enfermeira um trabalho diferenciado, uma vez que a complexidade humana está além da patologia e o sujeito pode ser considerado um constructo de múltiplos aspectos culturais, sociais, econômicos, entre outros^{5,6}.

Entre as correntes filosóficas que a enfermagem transita está o referencial pós-estruturalista. Esse propõe outro olhar para as questões relacionadas ao cuidado, visto que questiona as emergências que circundam o corpo doente e saudável com base nos discursos produzidos pelos sujeitos, a partir de uma visão histórica e cultural. Nesse referencial a preocupação não está voltada para a resolução de problemas e respostas definitivas; mas sim, para a procura em aprender sobre os modos que nos sujeitamos a determinadas práticas de saúde e determinados comportamentos. Além disso, busca entender como se chega a certas decisões e partir daí que se diz e que é tomado como verdade. Dessa maneira, possibilita outras análises da produção dos discursos sobre as práticas de enfermagem e dos sujeitos cuidados. Isto é, o universo discursivo da Enfermagem é introduzido, por meio da linguagem e das relações enfermeira-paciente, como uma maneira

[Digite texto]

produtiva e interessante de abordar as investigações que constituem o campo de conhecimento da área discutida⁷.

Corroborando com isso, se faz necessário mencionar o movimento denominado Giro Linguístico e suas relações com a filosofia foucaultiana. Esse foi um movimento que rompeu com os modelos filosóficos que se preocupavam em contestar as inquietudes do pensamento moderno. Correntes filosóficas como a fenomenologia, o marxismo e a psicanálise acreditam no sujeito transcendente, na busca da verdade e soluções para aspectos comportamentais e sociais. Essas ideias que colaboraram para o Giro Linguístico tiveram destaque no final do Séc. XIX e início do Séc XX. Alguns autores como Jacques Derridá, Richard Rorty e Ludwig Wittgenstein realizaram questionamentos a cerca do caráter representativo da linguagem e sua função instituidora da realidade. Para eles, a linguagem não seria uma mera simbolização de objetos e coisas. De modo geral, para esses autores “não há pensamento fora da linguagem, isto é, o que não pode ser dito não pode ser pensado ou somente podemos pensar aquilo sobre o qual tenhamos algo a dizer”^{8:23}.

Articulado com esse pensamento filosófico, Foucault “assume a linguagem como constitutiva do nosso pensamento e, em consequência, do sentido que damos às coisas, à nossa experiência e ao mundo”^{9:89}. Para ele “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou o sistema de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta; o poder do qual nos queremos apoderar”^{10:26}.

Nesse sentido, somos inseridos em espaços que são de linguagem onde se encontram discursos há muito tempo circulando, “nós nos tornamos sujeitos derivados desses discursos”^{9:91}. Entender a linguagem implica entender de uma “nova maneira” a Enfermagem como uma área que envolve conhecimentos que não são naturais e intrinsecamente lógicos, autofundado, suficiente, objetivo. “O conhecimento passa a ser entendido como produto de discursos cuja logicidade é construída, cuja axiomatização é sempre problemática porque arbitrária, cuja fundamentação tem de ser buscada fora de si, no advento; discursos que são contingentes e também subjetivos”^{9:92}. Para tal objetivamos nesse ensaio refletir sobre outros modos de pensar a pesquisa em enfermagem a partir da perspectiva pós-estruturalista inspirado no pensamento do filósofo Michel Foucault.

Metodologia

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo sobre outros modos de pensar a pesquisa em enfermagem tendo como base a vertente pós-estruturalista, inspirado no pensamento do filósofo Michel Foucault.

[Digite texto]

Resultados e discussão

A vertente pós-estruturalista é composta por um conjunto de ações descentradas e instáveis que propõe uma análise que difere das rationalidades modernas e define-se como uma multiplicidade de tendências em vários meios da cultura, o que coloca em suspeita as verdades e grandes narrativas da modernidade⁹. Olhar para os artefatos partindo da inspiração foucaultiana representa desprender-se de toda a forma que busca formular conceitos estáticos, chegar a um ponto final ou desvelar alguma verdade. Assim, analisar discursos sob esse olhar significa (re) inventar e (re) significar os acontecimentos e os espaços a partir de desdobramentos infinitos⁹.

O foco dos estudos de Foucault está voltado para a importância do discurso como constituidor e o tema da loucura, mais especificamente como a loucura emerge na história ocidental e como é constituído aquele que a sociedade e seus discursos denominam como louco e que separam dos homens da razão¹¹. Acreditamos que este referencial pode proporcionar pesquisas qualitativas ricas no que consiste em analisar criticamente os discursos que constituem a saúde mental bem como as relações de poder presentes nos espaços de cuidado.

Nessa perspectiva, no referencial pós-estruturalista, a dualidade verdadeiro ou falso é colocada em cheque, pois se entende que verdades seriam inventadas, legitimadas ao longo do tempo, passando a ser naturalizadas, não sendo discutidas nem questionadas¹². Assim, o que instiga a pensar nessa ótica não são as verdades ou a melhor maneira de fazer algo e sim as condições de possibilidades para a emergência de outros discursos que envolvem a instituição de outras práticas. Dessa forma, o que está em vigência agora não é nem melhor, nem mais importante e nem melhor explicado do que o que se passou antes. O importante não é buscar as transformações que certo objeto sofreu ao longo do tempo em uma determinada cultura, mas tornar problemático e, portanto, histórico. Logo, é preciso perseguir as condições de possibilidade que provocam o surgimento de determinadas práticas¹³. Não é aconselhável que se fale em um método foucaultiano ou em uma teoria foucaultiana, a não ser que se entendam os dois termos de modo distinto do que tradicionalmente se faz. Assim, ao utilizar Foucault, não procuramos uma “receita” para encontrar verdades, procuramos desnaturalizar aquilo que é tomado como verdade, segundo regras e ordens estabelecidas⁹.

Foucault não busca organizar um sistema de pensamento próprio, não tendo a pretensão de ser modelo ou fundador de uma discursividade. A filosofia de Foucault afasta-se da tradição sistemática e identifica-se como uma postura filosófica edificante, o que implica na ruptura com as metanarrativas¹⁴. Romper certas lógicas cristalizadas permite uma abertura de pensamentos, isso proporciona usar “porções” do pensamento que nos forem, digamos, úteis em determinados

[Digite texto]

momentos sem prejudicar o todo. Quanto mais estruturado o pensamento, mais difícil será mexer nas partes sem comprometer o todo, sem desorganizar o conjunto. Desse modo, quanto mais estruturado, mais é preciso ser visto no seu todo, a fim de não desfazer a estrutura e quanto mais fragmentado for, mais pode ser tomado de modo parcial¹⁴.

O pensamento fragmentado posto aqui diz respeitos aos filósofos chamados edificantes, deles pode-se fazer uso de partes do pensamento sem comprometer o todo. O uso parcial de seu pensamento não significa usar como bem entender sem ter uma preocupação com os conceitos foucaultianos e com o rigor que uma pesquisa exige. Afinal, cada enunciado não está solto no mundo, mas está ligado a outros enunciados em uma série discursiva que institui um regime de verdade fora do qual nada tem sentido¹⁴.

Deste modo, a análise foucaultiana dos discursos consiste na articulação acerca do que pensamos, dizemos e fazemos caracterizando determinado período, uma vez que os acontecimentos discursivos são acontecimentos históricos¹⁵. Compreendemos que os discursos disseminam-se pelo tecido social, infiltram-se nas escolas, no trabalho, na mídia, nas universidades, nas prisões, nos hospícios, nas leis, e com suas regras internas e externas os discursos produzem uma organização e ordem por onde passam, proporcionando assim, condições de possibilidades de outros discursos¹⁶. O discurso é compreendido como determinado por uma regularidade que permite que algo apareça como verdadeiro. Busca-se então, conhecer o que torna este ou aquele discurso possível, porque determinados discursos são aceitos como verdadeiros e não outros em seu lugar. Aqui o discurso não é apreendido como expressão de ideia ou de uma linguagem, mas enquanto suas condições de possibilidades. Assim, não há saber sem uma prática discursiva definida e toda prática discursiva pode definir-se pelo saber que ela forma¹⁷.

O que interessa na análise de discurso associada ao pós-estruturalismo, não são os detalhes dos textos falados e escritos, mas sim olhar os discursos a partir da história, ou seja, dar conta de relações históricas, de práticas muito concretas, que estão “vivas” nos discursos¹⁸. Assim, não interessa quem fala, mas sim “as posições que ocupam nos discursos”^{19:207}.

Uma possibilidade de investigação qualitativa em Enfermagem nessa perspectiva é a análise documental. Operar com os conceitos foucaultianos possibilita conhecer os jogos de verdade que são produzidos em torno das práticas de saúde, seja em relação aos processos vitais ou acerca, por exemplo, da loucura.

Além disso, é possível analisar as relações entre quem fala e quem escuta; aqueles autorizados a conduzir condutas e que auxiliam na mudança de comportamentos na população no que diz respeito ao cuidado em saúde⁷. Destacamos a importância da pesquisa documental, pois por

[Digite texto]

meio dos documentos é possível conhecer aquilo sobre o qual os sujeitos falam. Os escritos e as manifestações orais em conjunto irão produzir certas crenças, valores, verdades, comportamentos que envolvem o processo saúde-doença. Entre as possibilidades que surgem a partir do trabalho com arquivos, ou seja, o conjunto de discursos que são tidos como verdadeiros e que contam como conhecimento em determinado período histórico, é conhecer como se constituem as coisas que nos rodeiam⁷.

Por fim, consideramos importante nessa reflexão descrever brevemente alguns conceitos foucaultianos utilizados como ferramentas nas pesquisas em saúde e na Enfermagem. Descreveremos brevemente os seguintes conceitos: saber, discurso e poder.

Para o filósofo o poder é algo que circula, não sendo uma entidade coerente, unitária e estável. Este não se pode comprar e não se prende nem se oferta, trata-se daquilo que a sociedade pega para si e autoriza como um saber. O poder relaciona-se com o que rege os enunciados e a forma como eles se regem para ser um conjunto de proposições aceitáveis científicamente, produzindo coisas, induzindo ao prazer, formando o saber e produzindo o discurso. Assim, existem “relações de poder” a partir de condições históricas e emergência complexa, que implicam em efeitos múltiplos²⁰. Foucault comprehende o poder não como alguma força que emana de um centro. “Não como algo que se possua e que tenha uma natureza ou essência própria, mas como uma ação sobre outras ações, todas elas distribuídas, capilarizadas, manifestações de uma vontade de potência cujo objetivo é estruturar o campo das ações alheias”^{14:62}. Isso significa que o poder não é uma ação direta sobre os outros, mas sobre as ações dos outros. Ao operar dessa forma, o poder não é nem repressivo, nem destrutivo, mas sim produtivo: ele inventa estratégias que o potencializam, ele produz saber que o justifica, ele nos desobriga da violência, pois só há relação de poder entre pessoas livres e, assim, ele economiza os custos da dominação¹⁴.

O saber está relacionado com o conceito de poder, pois o discurso que ordena a sociedade é sempre o discurso daquele que detém o saber. Este pode ser compreendido como um conjunto de elementos, formados de maneira regular por uma prática discursiva indispensável para a constituição de uma ciência, apesar de não se destinarem, necessariamente, a lhe dar lugar. Ele é também o campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, aplicam-se e se transformam¹⁷.

Com relação ao discurso, este não é neutro, nem desinteressado, todavia está vinculado ao poder e ao desejo. Pode ser compreendido como um conjunto de enunciados (temas centrais dos discursos) que respondem a uma mesma formação discursiva, de acordo com um regime de verdades, produzidos em determinada relação de poder e sabe¹⁷.

[Digite texto]

Nesse sentido, não é interessante saber as verdades dos discursos, a questão é saber que os mesmos produzem, bem como não é importante saber o que é o poder ou de onde ele vem, mas como ele se exerce. Assim, quando realizamos uma pesquisa qualitativa nessa vertente não se pretende interpretar as coisas como verdades indiscutíveis ou tentar desvelar sentidos escondidos, mas sim atentar no nível de existência das palavras, das coisas ditas. Para isso, é preciso trabalhar arduamente com o próprio discurso, deixando-o aparecer na complexidade que lhe é característico^{17,18}.

Considerações Finais

Ao refletirmos sobre outros modos de pensar as pesquisas qualitativas na Enfermagem abrimos possibilidades para questionamentos e embasamento para as discussões, desnaturalizando algumas verdades e criando outras que produzem o conhecimento em saúde. A análise de discurso na perspectiva foucaultiana permite descobrir um conjunto de possibilidades dentro do contexto da enfermagem, os quais contribuem para o entendimento sobre a produção do cuidado, da saúde e sobre os modos pelos quais os indivíduos se sujeitam e os discursos que os circundam. A partir disso, entender como são tomadas determinadas decisões em relação ao seu corpo, sua vida e sua saúde. Bem como, questionar como operam as relações de poder no ensino e na prática do cuidado em enfermagem⁷.

Acreditamos que as pesquisas qualitativas não se esgotam e deixam um vasto horizonte de interrogações. A pesquisa qualitativa assim como outros tipos de pesquisa também possuem seus desafios, esses giram em torno das questões éticas que necessitam ser bem descritas, da qualidade da pesquisa (rigor científico), na dificuldade de publicação, bem como os desafios que perpassam seu desenvolvimento. Entretanto, a pesquisa qualitativa vem se expandindo, e as novas gerações que estão sendo formadas com um olhar crítico e reflexivo tendem a contribuir para o aumento considerável de estudos e publicações com qualidade.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

- 1.Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. Cad. Pesqui. 2002;115:139-154.
- 2.Sofaer S. Qualitative research methods. International Journal for Quality in Health Care. 2002;14(4):329-336.
- 3.Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação das evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- 4.Padilha MICS, Mancia JR. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. Revista Brasileira de Enfermagem. 2005;58(6):723-726.

[Digite texto]

5. Cordeiro FR, Kruse MHL. A produção do currículo do final da vida por meio do dispositivo pedagógico da mídia. *Interface*. 2015;55(19):1193-1205.
6. Trad LAB. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;13(2):627-633.
7. Cordeiro FR, Kruse MHL. Análisis del discurso desde la perspectiva de Michel Foucault: contribuciones y posibilidades para la investigación cualitativa en Enfermería. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*. 2014;27:1-10.
8. Veiga-Neto A, Corcini M. Identidade, cultura e semelhança de família: as contribuições da virada linguística. In: Bizarro R. *Eu e os outros: estudos multidisciplinares sobre identidade(s), diversidade(s) e práticas culturais*. Porto: Areal, 2007.
9. Veiga-Neto A. *Foucault & a Educação*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.
10. Foucault M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 1996.
11. Fisher RMB. *Trabalhar com Foucault: arqueologia de uma paixão*. 1.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.
12. Silva FP. *Do governo da alma ao governo do corpo: a religião nos discursos da enfermagem [dissertação]*. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
13. Kruse MHL. É possível pensar de outro modo a educação em enfermagem?. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(2):348-352.
14. Veiga-Neto A. Michel Foucault e os Estudos Culturais. In: Costa MV. *Estudos culturais em educação: mídia, arquitetura, brinquedo, biologia, literatura, cinema*. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2000.
15. Azevedo SDR. Formação discursiva e discurso em Michel Foucault. *Revista Eletrônica de Filosofia*. 2013;6(2).
16. Ferreira MS, Treversini CS. A análise foucaultiana de discurso como ferramenta metodológica de pesquisa. *Educ Real*. 2013;38(1).
17. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 41. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.
18. Niemeyer F, Kruse MHL. Constituindo sujeitos anoréxicos: discursos da revista Capricho. *Texto contexto- enferm*. 2008;17(3):457- 465.
19. Fischer RMB. Foucault e a análise do discurso em educação. *Cad Pesqui*. 2001;114:197-223.
20. Foucault M. *Microfísica do poder*. 28. ed. Rio de Janeiro: Edições Gerais, 2014.

56. PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE COM NEOPLASIA COLORRETAL

NURSE'S ROLE IN PATIENT CARE WITH COLORECTAL NEOPLASMS

PAPEL DEL ENFERMERO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON NEOPLASIAS COLORRECTAL

SCHMIDT, Chana Raguzzoni¹; JACOBI, Caren da Silva²; PESERICO, Anahlú³;

¹ Enfermeira, especialista em oncologia, enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Email: chanars@gmail.com

² Enfermeira, Mestra em enfermagem, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Enfermeira do HUSM.

³ Enfermeira, Mestra em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Enfermeira assistencial na Unidade de Cirurgia e Recuperação Pós-anestésica do Hospital Universitário de Santa Maria.

[Digite texto]

LOPES, Giovana⁴.

Resumo

Teve-se como objetivo identificar os fatores que influenciam na qualidade de vida de pacientes com neoplasia colorretal e o papel do enfermeiro neste cuidado. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. A busca foi realizada em julho de 2016, na Biblioteca Virtual em Saúde utilizando os descritores "Neoplasias colorretais" - "AND" - "Enfermagem". Após a leitura dos resumos, aplicaram-se os critérios de inclusão e exclusão e obteve-se nove artigos para compor o *corpus* de análise. Dentre os fatores que influenciam na qualidade de vida dos pacientes, há uma combinação de fatores subjetivos e de fatores objetivos, que proporcionam tranquilidade, confiança, segurança e bem-estar. Percebeu-se o papel do enfermeiro em intervenções como campanhas de prevenção, tratamento, divulgação das informações para a educação em saúde de modo a auxiliar na qualidade de vida em seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Descriptores: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Neoplasias Colorretais.

Abstract

The objective of this study is to identify the factors that influence the patients life quality with colorectal neoplasia and the role of nurses in this care. This is a narrative review of the literature. The search was performed in July 2016, in the Virtual Health Library using the descriptors "Colorectal Neoplasms" - "AND" - "Nursing". After reading the abstracts, the inclusion and exclusion criteria were applied and nine articles were obtained to compose the analysis corpus. Among the factors that influence the quality of life of patients, there is a combination of subjective factors and objective factors, which provide tranquility, confidence, safety and well-being. The role of the nurse in interventions such as prevention, treatment and dissemination of information for health education was perceived in order to assist the quality of life in its physical, psychological, social and spiritual aspects.

Descriptors: Nursing; Nursing Care; Colorectal Neoplasms.

Resumen

El objetivo fue identificar los factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes con cáncer colorrectal y el papel del enfermero en este cuidado. Se trata de una revisión narrativa de la literatura. La búsqueda se realizó en julio de 2016, la Biblioteca Virtual en Salud usando descriptores "Neoplasias colorrectales" - "y" - "enfermería". Después de leer los resúmenes, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión y se obtuvieron nueve artículos para componer el análisis. Entre los factores que influyen en la calidad de vida, se combinan factores subjetivos y objetivos, que proporcionan tranquilidad, confianza, seguridad y bienestar. Se observó el papel de la enfermera en las intervenciones como las campañas de prevención, tratamiento, difusión de la información a fin de ayudar a la calidad de vida en su desarrollo físico, psicológico, social y espiritual.

Descriptores: Enfermería; Atención Enfermería; Neoplasias Colorrectales.

Introdução

O câncer colorretal abrange tumores que acometem um segmento do intestino grosso (o cólon) e o reto. É tratável e, na maioria dos casos, curável, ao ser detectado precocemente, quando ainda não se espalhou para outros órgãos. Grande parte desses tumores inicia a partir de pólipos, lesões benignas que podem crescer na parede interna do intestino grosso. Uma maneira de prevenir o aparecimento dos tumores seria a detecção e a remoção dos pólipos antes de eles se tornarem malignos¹.

Alguns fatores aumentam o risco de desenvolvimento da doença, como idade acima de 50 anos, história familiar de câncer colorretal ou própria em outro sistema, além de obesidade e inatividade física. Também são fatores de risco doenças inflamatórias, como retocolite ulcerativa crônica e doença de Crohn; e hereditárias, como polipose adenomatosa familiar e câncer colorretal hereditário sem polipose¹.

Sinais como mudança no hábito intestinal (diarreia ou prisão de ventre), desconforto abdominal com gases ou cólicas, sangramento anal ou nas fezes e sensação de que o intestino não se esvaziou após a

⁴ Enfermeira, especialista em auditoria, enfermeira do HUSM.

[Digite texto]

evacuação são indicadores de alerta¹. Também pode ocorrer perda de peso sem razão aparente, cansaço, fezes pastosas de cor escura, náuseas, vômitos e sensação dolorida na região anal, com esforço ineficaz para evacuar.

Esses tumores podem ser detectados precocemente através de dois exames: pesquisa de sangue oculto nas fezes e colonoscopia com realização de biópsia¹. Após identificar tumores pela biopsia, a cirurgia é o tratamento inicial, retirando a parte do intestino afetada e os nódulos próximos à região. Em seguida, a radioterapia, associada ou não à quimioterapia, é utilizada para diminuir a possibilidade de volta do câncer. O tratamento depende principalmente do tamanho, localização e extensão do tumor¹.

Estimam-se, em 2016, no Brasil, teve-se 16.660 novos casos de câncer de cólon e reto em homens e de 17.620 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 16,84 casos novos a cada 100 mil homens e 17,10 para mulheres. O câncer de cólon e reto em homens é o segundo mais frequente na Região Sudeste (24,27/100 mil) e terceiro nas Regiões Sul (22,35/100 mil) e Centro-Oeste (14,16/100 mil)¹.

A presença do câncer altera, indubitavelmente, todos os aspectos da vida do indivíduo e pode acarretar profundas alterações no modo de viver habitual, conforme o comprometimento da capacidade e habilidade para execução de atividades de rotina. As alterações da integridade físico-emocional por desconforto, dor, desfiguração, dependência e perda da autoestima são relatadas pelos pacientes que percebem a qualidade de suas vidas alterada num curto período de tempo².

No contexto da oncologia, a qualidade de vida (QV) é definida como a percepção subjetiva do indivíduo em relação à sua incapacidade e à satisfação com seu nível atual de funcionamento, fazendo com que a pessoa considere que esteja bem ou não, comparativamente ao que percebe como possível ou ideal³.

Nesta perspectiva, os profissionais de saúde são desafiados em seu cotidiano a descobrir estratégias que abordem uma melhor assistência a estes pacientes e a família, que vem enfrentando uma ampla gama de crises físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais. É fundamental que a enfermagem seja capaz de transmitir tranquilidade e esperança, adequando a assistência às necessidades individuais de cada paciente.

No contexto do câncer, o enfermeiro atua em ações de prevenção e controle. Tem como competência prestar assistência a pacientes com câncer na avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares. Além destas, desenvolve ações educativas, ações integradas com outros profissionais, apoiam medidas legislativas e identificam fatores de risco ocupacional, na assistência ao paciente oncológico e a sua família⁴. Por isso, a pesquisa em enfermagem oncológica é essencial para gerar a base de conhecimento que fundamenta a prática clínica, além de poder identificar o impacto do câncer e do tratamento na vida de pacientes e familiares.

Essa problemática emergiu durante as atividades da prática profissional em uma unidade de Clínica Médica, na qual são atendidos pacientes hemato-oncológicos e há prevalência de internações por neoplasias colorretais. Acredita-se que as investigações na literatura científica proporcionem melhorias no cuidado de enfermagem a esses pacientes. Considera-se importante o papel do enfermeiro no cuidado a pacientes com neoplasias colorretais, objetivando proporcionar

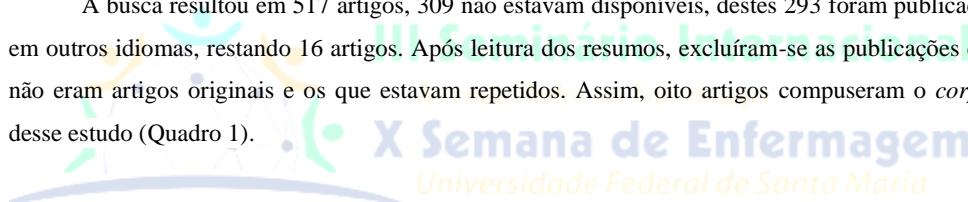
[Digite texto]

melhorias na QV destes pacientes. A partir disso, tem-se como objetivo deste trabalho identificar os fatores que influenciam na QV de pacientes com neoplasia colorretal e o papel do enfermeiro neste cuidado.

Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa, o qual tem por intuito descrever e discutir o estado da arte sobre o papel do enfermeiro no cuidado a paciente com neoplasia colorretal. A busca das produções foi realizada durante o mês de julho de 2016, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando os descritores "Neoplasias colorretais" - "AND" - "Enfermagem" como estratégia de busca. O levantamento do conteúdo respeitou os seguintes critérios: possuir resumos completos, responder à questão de pesquisa, estar no idioma português, ser artigo de pesquisa, estar disponível na íntegra, gratuito e *online*. Os critérios de exclusão foram: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnicos e científicos e documentos ministeriais.

A busca resultou em 517 artigos, 309 não estavam disponíveis, destes 293 foram publicados em outros idiomas, restando 16 artigos. Após leitura dos resumos, excluíram-se as publicações que não eram artigos originais e os que estavam repetidos. Assim, oito artigos compuseram o *corpus* desse estudo (Quadro 1).



Total de publicações encontradas
517
Disponíveis " <i>Online</i> "
208
Publicados em português
16
Repetidos
03
Não eram artigos originais
05
Corpus da pesquisa
08

Quadro 1. Artigos encontrados na BVS, 2016.

Os artigos foram submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática, que conta com três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. A análise temática consiste em descobrir os "núcleos do sentido" cuja presença ou frequência com que aparece pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido⁵.

[Digite texto]

Na primeira etapa, a pré-análise, realizou-se uma leitura criteriosa e exaustiva, ainda foi realizada a organização do material propriamente disso. Foi construído um quadro sinóptico com as informações colhidas, contendo os seguintes elementos: título, autores, periódicos, ano de publicação e os principais resultados. Para melhor organização, os artigos foram codificados em A1, A2, A3 e assim sucessivamente.

Após a fase de organização dos dados, se deu a leitura flutuante do material, e nesse momento aplicou-se um olhar crítico, já identificando as primeiras impressões para sua aplicação. Em seguida, se iniciou a fase de exploração do material, considerado como a realização das decisões tomadas na pré-análise. Nesse momento, foram determinadas as Unidades de Registro (UR), selecionadas pela presença ou frequência com que apareciam nos textos. A UR identificada era marcada por cor que remetia a determinado tema. Desse modo, foi se ajustando a formação da categoria temática pela aproximação das UR, formando os temas que originaram as categorias. Finalmente, ocorreu o tratamento dos dados, com a interpretação dos resultados encontrados, validando estes, com a questão norteadora, com os objetivos e com o referencial teórico.

Resultados e discussão

Quanto ao ano de publicação, dois artigos foram publicados no ano de 2014, dois em 2008, um em 2011, 2008, 2007 e 2004. A autoria dos oito artigos concentrou-se na área da enfermagem (Quadro 2).

Nº	Título	Periódico/Ano	Autores	Principais resultados
A1	A trajetória do câncer contada pela enfermeira: momentos de revelação, adaptação e vivência da cura.	Esc. Anna Nery Rev. Enferm; 18(01): 41-46, Jan-Mar/2014.	Justino, Eveline Tremea; Mantovani, Maria de Fátima; Kalinke, Luciana Pulchaski; Ulbrich, Elis Martins; Moreira, Ricardo Castanho; Abini, Leomar.	Evidenciaram-se três categorias: revelação, adaptação e vivência da cura. Nestas observou-se o abandono de hábitos inadequados e preocupação com a família diante do diagnóstico recebido. Contudo, ao inserir a doença na sua rotina diária foram necessárias adaptações para enfrentar as dificuldades diante do tratamento, mas, após o término deste, muitos sujeitos sentiram-se bem para retornar a sua função profissional, sendo esta correlacionada à sensação de autonomia que lhes era comum antes da doença. Os relatos de vida possibilitaram conhecer os cuidados, a vivência e os sentimentos dos participantes na tentativa de encarar positivamente a trajetória do câncer.
A2	Vivências do cuidador familiar de uma pessoa com estomia intestinal por câncer colorretal.	Rev. RENE; 15(01): 108-115, jan-fev. 2014.	Oliveira, Gláucia Sousa; Bavaresco, Marina; Fillipini, Cibelle Barcelos; Rosado, Sara Rodrigues; Dázio, Eliza Rezende; Fava, Silvana Maria Coelho Leite.	Dos dados emergiram três categorias: Relação com a doença e seus tratamentos; Impacto frente ao tratamento e à reabilitação e Redes de apoio. Reafirmamos a representação da doença associada à finitude. Para amenizar as angústias e o sofrimento os cuidadores familiares buscam apoio, principalmente na espiritualidade. O impacto decorrente do processo de adoecimento e da reabilitação impõe novas ordens aos cuidadores, com abdicação pessoal e social, o

[Digite texto]

				que propicia uma maior aproximação e dedicação ao adoecido.
A3	QV do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial.	Rev. Gaúcha Enferm.32(4)Porto Alegre Dec. 2011.	Patrícia Lemos Chaves; Maria Isabel Pinto Coelho Gorini.	Nos resultados encontrados, prevaleceu a idade de 50 anos ou mais e possuíam no mínimo um mês e no máximo 11 meses de tratamento. Os domínios do <i>WHOQOL-Bref</i> afetados mais significativamente foram o psicológico e o das relações sociais, respectivamente, havendo diferença nas respostas quanto à QV geral naqueles que estavam no 1º ciclo de tratamento daqueles que já se encontravam no 6º ciclo.
A4	QV de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante	<u>Acta paul. enferm;</u> 22(2): 155-161, 2009.	<u>Nicolussi, Adriana Cristina; Sawada, Namie Okino.</u>	A QV foi considerada satisfatória (média = 79,13). Os domínios mais afetados foram: Função Emocional e sintomas dor, insônia, fadiga. Nas correlações, as mulheres destacaram-se negativamente, apresentando piores escores nas funções Emocional, Cognitiva e sintomas: dor, insônia, fadiga, constipação e perda de apetite. Os pacientes em radioterapia relataram mais dor e os assintomáticos ‡ quimioterapia, os que obtiveram melhor QV geral.
A5	Diagnósticos de enfermagem (DE) do paciente com neoplasia colorretal em tratamento quimioterápico - uma pesquisa qualitativa	<u>Online braz. j. nurs. (Online);</u> 7(2) maio.-ago. 2008.	<u>Silva, Priscila de Oliveira da; Gorini, Maria Isabel Pinto Coelho.</u>	Foram estabelecidos 23 DE's dos quais 15 estavam relacionados às necessidades fisiológicas, seis, às alterações nas necessidades de proteção e segurança e dois, relacionados às alterações nas necessidades de estima. Conclui-se que os DE's mais prevalentes estão relacionados às necessidades fisiológicas, a saber: Risco de infecção; Padrão de sono perturbado; Nutrição desequilibrada: abaixo das necessidades corporais; Integridade Tissular Prejudicada; e, Alto Risco para a Integridade da Pele Prejudicada. Em relação às alterações, nas necessidades de proteção e segurança, o DE Ansiedade foi o de maior prevalência. E, por fim, os DE's estabelecidos a partir das necessidades de estima foram Imagem Corporal Perturbada e Impotência. Reafirma-se a importância do DE como subsídio para uma assistência de enfermagem voltada ao paciente, podendo interferir, de maneira eficaz, individualizada e adequada, em cada tipo de problema, por ele, vivenciado.
A6	Perfil de clientes colostomizados inscritos em programa de atenção aos estomizados	<u>Rev. eletrônica enferm;</u> 10(4)2008	<u>Violin, Mara Rúbia; Mathias, Thais Aidar de Freitas; Uchimura, Taqueco Teruya.</u>	Observam-se dados de importância epidemiológica para futuras intervenções como campanhas de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, assim como, o conhecimento da estrutura do atendimento profissional existente e as necessidades de informação das famílias dos pacientes. A definição do perfil dos pacientes além de contribuir para a melhoria do atendimento prestado permite o estabelecimento de novas proposições para a melhoria da QV dos pacientes e da família.
A7	QV em pacientes ostomizados: uma comparação entre	<u>J. Health Sci. Inst;</u> 25(4)out.-dez. 2007.	<u>Borges, Eliete Cristina; Camargo, Glauce Cristina; Souza, Marcos Oliveira; Pontual,</u>	A satisfação na QV dos indivíduos ostomizados não era alterada em decorrência do câncer colorretal. A mensuração do impacto da doença na QV dos indivíduos torna-se cada vez mais importante, a necessidade de um tratamento por um longo período como a ostomização, mesmo

[Digite texto]

	portadores de câncer colorretal e outras patologias		<u>Natália Ayres;</u> <u>Novato, Tatiana de Sá.</u>	quando há presença de doença crônica, como o câncer colorretal, não representa necessariamente o fim da vida destes pacientes.
A8	QV de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia	Rev Lat Am Enfermagem; 12(6): 875-883, nov.-dez. 2004	<u>Michelone,</u> <u>Adriana de Paula Congro;</u> <u>Santos, Vera Lúcia Conceição Gouveia.</u>	Os resultados evidenciaram escores médios menores em todos os domínios para as pessoas ostomizadas, porém sem diferenças significativas na comparação com o grupo de pessoas sem ostomia. Foram constatadas diferenças estatisticamente significantes para as variáveis religião e retorno ao trabalho independente do grupo. O estudo contribuiu para o melhor delineamento acerca da QV entre pessoas operadas por câncer colorretal com e sem ostomia.

Sobre a região onde foram realizadas as pesquisas, quatro foram desenvolvidas na região Sul e quatro na região Sudeste. Os temas encontrados, de acordo com os objetivos, serão apresentados a seguir:

Fatores que influenciam na qualidade de vida de pacientes com neoplasia colorretal

Estudo que descreveu a trajetória de pessoas com câncer colorretal do diagnóstico ao fim da quimioterapia destaca que conhecer a trajetória subsidia formas de cuidar abrangendo a QV e reforçando aspectos que eles considerem importantes no cuidado diante do avanço tecnológico do tratamento do câncer e a perspectiva do aumento da sobrevida com qualidade.^{A1}

Outra pesquisa avaliou a QV de pacientes com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial e verificou que a QV é resultado da combinação de fatores subjetivos (como o grau de satisfação geral de um indivíduo com a própria vida) e de fatores objetivos, como o bem-estar material, boas relações familiares e disposição para tratamento. Esses fatores quando associados proporcionam tranquilidade, confiança, segurança, bem-estar. A QV precisa suprir as necessidades humanas integrais, em seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais.^{A3}

Neste mesmo sentido, um dos artigos avaliou a QV dos pacientes com câncer colorretal em tratamento adjuvante, seja quimioterápico, radioterápico e/ ou após procedimento cirúrgico e identificou a média da QV satisfatória. Os principais domínios de QV afetados foram função emocional, dor, insônia e fadiga. As mulheres obtiveram piores escores, relatando mais problemas emocionais e cognitivos e mais sintomas, principalmente de dor. Os pacientes em radioterapia referiram mais dor do que os não irradiados, e quanto mais sessões realizavam, pior o escore para desempenho de papel e mais insônia e constipação apresentavam. Os pacientes em quimioterapia, apresentaram correlações com função cognitiva, dor e perda de apetite.^{A4}

[Digite texto]

Ainda, pacientes ostomizados por câncer colorretal apresentam uma boa QV devido ao apoio familiar e a ostomia ser de caráter definitivo. Eles tinham maior aceitação de sua nova condição de vida, o que resulta em satisfação pessoal. Assim, o câncer e a ostomização não representam o fim da vida desses pacientes, pois poderão adquirir uma melhor QV com a participação em atividades que ofereçam prazer e motivação para conduzirem suas vidas dentro de suas possibilidades.^{A7}

Por outro lado, estudo que analisou e comparou a QV dos doentes com câncer colorretal conforme ausência e presença de estoma evidenciou escores menores em todos os domínios para as pessoas ostomizadas, porém sem diferenças significativas na comparação com o grupo de pessoas sem ostomia. Foram constatadas diferenças estatisticamente significantes as variáveis religião e retorno ao trabalho.^{A8}

Em outro estudo, constatou-se que a representação da doença colorretal se associa à finitude da vida. O impacto decorrente do processo de adoecimento e da reabilitação impõe novas ordens, com abdicação pessoal e social, o que propicia uma maior aproximação e dedicação ao adoecido. Para amenizar as angústias e o sofrimento, eles buscam apoio, principalmente na espiritualidade.^{A2}

Na prática profissional a complexidade vivenciada pelo paciente e seus familiares frente ao enfrentamento da doença envolve a quimioterapia. Os cuidadores demonstraram-se preocupados ao ver o familiar apresentar os efeitos colaterais do tratamento, mas tentam demonstrar força para encorajar o familiar a encarar o problema.

Papel do enfermeiro no cuidado aos pacientes com neoplasia colorretal

No que concerne ao papel do enfermeiro, estudo identificou 23 diagnósticos de enfermagem (DE) distribuídos em três níveis das Necessidades Humanas Básicas de Maslow: necessidades fisiológicas, de segurança e proteção e de estima. Os DE Padrão do sono perturbado, Constipação, Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, Padrões de sexualidade ineficazes, Conforto prejudicado, Déficit no autocuidado: banho e higiene e Eliminação urinária prejudicada estavam relacionados ao repercuções do câncer. Em relação às alterações das Necessidades de Segurança e Proteção encontraram-se os DE: Ansiedade; Medo; Negação ineficaz; Controle ineficaz do regime terapêutico; Manutenção do lar prejudicada e Desesperança.^{A5}

Outro estudo mostra resultados de importância epidemiológica para futuras intervenções como campanhas de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, a divulgação das informações para a educação em saúde além de subsídios para a equipe de saúde e para o enfermeiro conhecerem melhor as características dessa população.^{A6}

[Digite texto]

Um aspecto a ser ressaltado, é o aumento da expectativa de vida que muda o perfil epidemiológico das causas de morbimortalidade. O envelhecimento do organismo provoca diferenciações celulares de forma mais acentuada, sendo um fator predisponente para a presença das neoplasias. Os serviços e equipes de saúde devem estar preparados para o aumento dessas ocorrências já que a sobrevida da população tem aumentado, assim, é importante garantir qualidade aos anos adicionados de vida.

A equipe de enfermagem deve estar atenta ao atendimento e suporte à família do paciente colostomizado. A família deve estar orientada e amparada para prestar apoio e oferecer estrutura que é essencial para uma reabilitação mais rápida e eficaz e consequentemente para uma boa adaptação da pessoa à sua nova condição de vida. A atuação da equipe multidisciplinar deve ser embasada na avaliação holística, para prestar assistência integral, individualizada e sistematizada, voltada também para os aspectos subjetivos relacionados à representação social de sua nova condição de vida.^{A6}

Portanto, nota-se que a atuação do enfermeiro no cuidado ao paciente com câncer colorretal é abrangente, apontando para um campo de atuação relevante, o que demanda uma assistência qualificada e diferenciada frente a nova condição de saúde.

Considerações Finais

Após a realização deste estudo de revisão acerca de pacientes com neoplasias colorretais e o papel do enfermeiro neste contexto, pode-se dizer que existem vários aspectos que permeiam a vida desses pacientes. Dentre os fatores que influenciam a QV tem-se a combinação de fatores subjetivos e objetivos, que somados proporcionam tranquilidade, confiança, segurança e bem-estar. A nova condição de saúde precisa suprir as necessidades humanas de forma integral para propiciar QV durante o enfrentamento do câncer. Assim, o impacto decorrente do processo de adoecimento e da reabilitação impõe novas ordens, com abdicação pessoal e social, propicia maior aproximação e dedicação ao familiar com câncer. Para amenizar as angústias e o sofrimento, é fundamental o apoio na espiritualidade e fortalecimento de vínculos.

Nesta perspectiva, o papel do enfermeiro é relevante e encontra-se embasado em conhecimento técnico-científico com o apoio da educação em saúde, com a divulgação em campanhas de prevenção, com ênfase no tratamento precoce, além de atuar como facilitador no decorrer do tratamento que é agressivo e interfere na QV dessa população.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Referências

[Digite texto]

- 1.Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer colorretal [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2016.
- 2.Michelone APC, Santos VLCG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. Revista Latino-americana de Enfermagem. 12(6): 875-83, 2004.
- 3.Cella DF, Tulsky DS. Measuring the quality of life today: methodological aspects. Oncology (Huntingt). 4(5):29-38, 1990.
- 4.Silveira CS, Zago MMF. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. Revista Latino Americana de Enfermagem. 14(4): 614-9, 2006.
- 5.Bardin L. Análise de Conteúdo. 7. ed. Portugal: Geográfica Editora, 2009.



[Digite texto]

57. PERCEPÇÃO E EXPERIÊNCIA PEDAGÓGICA DE DOCENTES QUANTO AO CURRÍCULO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PERCEPTION AND PEDAGOGICAL EXPERIENCE OF TEACHERS REGARDING THE NURSING CURRICULUM: EXPERIENCE REPORT

PERCEPCIÓN Y LA EXPERIENCIA EDUCATIVA DE LOS PROFESORES COMO AL PLAN DE ESTUDIOS DE ENFERMERÍA: RELATO DE EXPERIENCIA

**PALMEIRAS, Graciela de Brum¹; ESCOBAL, Ana Paula de Lima²; BUSS, Eliana³;
SOARES, Marilu Correa⁴; HECK, Rita Maria⁵**

Introdução: o processo ensino-aprendizagem possui extrema relevância no ensino superior, configura-se como uma relação dinâmica e dialógica, visto que a universidade exerce ação de ênfase na formação do profissional requerido pela sociedade contemporânea. Neste cenário de construção do conhecimento, o curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas está em destaque, pois é comprometido com a formação de profissionais críticos, reflexivos e generalistas, tendo como eixo transversal a ética e o cuidado. O objetivo do curso é formar enfermeiros generalistas, críticos, reflexivos, competentes em sua prática, responsáveis ética e socialmente e capaz de conhecer e intervir sobre as situações e problemas referentes ao processo saúde-doença prevalentes no país e na região em que vive, atendendo as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS). A Universidade Federal de Pelotas tem como missão: Promover a formação integral e permanente do profissional, construindo o conhecimento e a cultura, comprometidos com os valores da vida e com a construção e o progresso da sociedade. A Universidade demonstra envolvimento com a região na qual está inserida há 45 anos, tendo destaque também no âmbito nacional e internacional, com ampla repercussão em diversas áreas do saber. Vale destacar a atual mudança do currículo, que converge com os princípios do SUS, pois está ancorado nas competências e habilidades dos educandos. Este novo currículo elucida que a aprendizagem em cenários reais de Hospitais e Unidades Básicas de Saúde serão as situações vivenciadas pelos usuários dos serviços e do contexto de trabalho em saúde, identificadas e trabalhadas no próprio serviço e nos encontros de síntese de campo. A síntese de campo é uma atividade realizada em pequeno grupo, de 12 a 16 discentes e orientada por um professor que desempenha a função de facilitador. Essa atividade é produzida a partir da discussão e identificação de questões surgidas e/ou orientadas no contexto da atenção em saúde do território e dos serviços de saúde. As questões servem para orientar buscas e sistematizações por parte do discente, que no encontro seguinte deve compor uma síntese do tema. Os grupos de discentes nas atividades de campo são formados por 6 discentes, acompanhados por um preceptor e orientados por um tutor que desempenha a função de facilitador. Os grupos de síntese de campo devem reunir dois grupos de

¹ Enfermeira, Mestre em Envelhecimento Humano, Docente Substituta da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. E-mail: graciela_brum@hotmail.com.

² Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, Docente Substituta da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

³ Enfermeira, Mestre em Gestão de Políticas Públicas, Docente Substituta da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

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.

campo, a fim de favorecer a discussão e identificação das questões de aprendizagem. Neste contexto destaca-se as situações problemas, narrativas, práticas protegidas e seminários. Os casos de papel compreendem uma descrição de uma situação planejada para favorecer o desenvolvimento de determinada habilidade e/ou competência. Esta atividade é realizada em dois encontros, também em pequeno grupo com 12-15 discentes e um facilitador. A situação problema deve desfechar as questões de aprendizagem que orientarão a busca de referências para a construção de uma síntese no encontro seguinte. A simulação da prática propõe o desenvolvimento das capacidades necessárias ao domínio da competência nas áreas de saúde, de gestão e sistematização da assistência. São espaços resguardados que simulam cenários da prática de cuidados a saúde, onde os discentes realizam atendimentos em pacientes simulados, realizam procedimentos em manequins e ou bonecos. Acompanhados por um facilitador que avaliará o desempenho das capacidades voltadas ao perfil do profissional a ser formado. Por meio de seminários e oficinas objetiva-se o aprofundamento e consolidação da formação do acadêmico nos aspectos teóricos necessários à reflexão crítica sobre a prática de enfermagem¹. A avaliação dos discentes não é única, simples e exclusiva no processo e sim, num contexto muito mais amplo e abrangente, aparece em toda a amplitude deste cenário, de múltiplas dimensões. Sendo assim um processo contínuo e sistemático, a fim de conhecer o percurso de aprendizagem do aluno no que se refere a aquisição dos domínios cognitivos, psicomotores e afetivo/emocionais dos discentes. **Objetivo:** realizar breve relato de experiência pedagógica de três docentes substitutas da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, destacando a atual mudança do currículo. **Metodologia:** trata-se do relato de experiência pedagógica de três docentes substitutas da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, quanto a atual mudança do currículo. As atividades de duas docentes na Faculdade de Enfermagem iniciaram-se em abril de 2016, e da terceira docente em setembro de 2016, todas permanecendo até os dias atuais. Tendo a participação como facilitadoras do Componente Curricular Unidade do Cuidado de Enfermagem III - Caso de Papel, Componente Curricular Unidade do Cuidado de Enfermagem IV: Adulto e Família – A - Campo Prático, Componente Curricular Unidade do Cuidado de Enfermagem V: Adulto e Família – B - Caso de Papel e Campo Prático, e Componente Curricular Unidade do Cuidado de Enfermagem VI: Gestão, Adulto e Família - Campo Prático. Para subsidiar a construção deste estudo, foram utilizados autores que abordam a literatura sobre ensino-aprendizagem, ensino superior, currículo e Enfermagem, o projeto político pedagógico do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e a experiência docente. Após a leitura prévia dos estudos já realizados, foram selecionados os pertinentes ao objetivo deste relato. **Resultados:** observa-se que o aprendizado é a interação dos indivíduos com o contexto. Vive-se em uma sociedade multicultural, onde o aluno traz consigo uma bagagem de fatores e experiências relacionados à etnia, aos grupos sociais e culturais, às condições econômicas e políticas, ao gênero, às interpretações de mundo e aos seus próprios estilos de aprendizagem para o ambiente educacional. Os docentes devem se moldar a esses fatores e estar atentos a quem são seus alunos, ao motivo de estarem ali e ao que eles já sabem sobre o tema a ser abordado². O papel do docente é também saber ouvir os alunos e os temas que eles trazem para o ambiente educacional³. **Conclusões:** a experiência possibilitou relatar e compreender as conjecturas descritas na literatura, no projeto político pedagógico do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e na prática do dia a dia. Os procedimentos para intervenção pedagógica elucidados no Projeto Político Pedagógico da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, não são novos. O que os faz parecer novos, é a possibilidade de romper-se com o paradigma constituído na prática pedagógica em um curso da área da saúde, como sendo técnico na sua essência constitutiva.

DESCRITORES: Ensino-aprendizagem; ensino superior; Currículo; Enfermagem

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

[Digite texto]

Referências

1. Sousa AS, Jardim VMR, Coimbra VCC, Kantorski LP, Oliveira MLM, Franzmann UT, Pinheiro GEW. O projeto político pedagógico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Rev. enferm. saúde, Pelotas (RS) 2011 jan-mar;1(1):164-176.
2. Stanberry AM, Azria-Evans M. Perspectives in teaching gerontology: matching strategies with purpose and context. Educational Gerontology. Hattiesburg, 2001, 27(8): 639-656.
3. Freire, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa, 2015, 51 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.



[Digite texto]

58. PERFIL DE IDOSAS EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA FILANTRÓPICA DA REGIÃO SUL DO BRASIL

ELDERLY FEMALE'S PROFILE IN A LONGSTAY PHILANTROPIC INSTITUTION IN THE SOUTH REGION OF BRAZIL

EL PERFIL DE LAS ANCIANAS EN UNA INSTITUICIÓN FILANTRÓPICA DEL SUR DE BRASIL

**SILVA, Isadora R¹; BARRES, Kerolin R²; MELO, Paula P³; INFANTINI, Uly C⁴; VARGAS,
Elisa⁵; FERREIRA, Milena M.⁶; STREFLING, Ivanete S⁷; CANTOS, Vanessa V⁸**

Introdução: As instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), oficializada como norma federal a partir da Resolução 283/2005 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas que tenham idade igual ou superior a 60 anos, que possuam ou não suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania.¹ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a população idosa nos países em desenvolvimento, como o Brasil, é aquela com idade igual ou superior a 60 anos. Nos países desenvolvidos os idosos são considerados aqueles indivíduos que possuem 65 anos ou mais.² É importante ressaltar que as ILPIs não se tratam de estabelecimentos de cunho clínico ou terapêutico, mas sim de residência coletiva. Estas acolhem ou recebem tanto idosos independentes quanto idosos com dificuldades no desempenho de suas atividades diárias.³ Embora a legislação brasileira estabeleça que o cuidado dos membros dependentes deva ser responsabilidade das famílias, este se torna cada vez mais escasso, em função da redução da fecundidade, da crescente participação da mulher no mercado de trabalho, entre outros. Isto passa a requerer que o Estado e o mercado privado dividam com a família as responsabilidades no cuidado com a população idosa. Uma das alternativas de cuidados não familiares existentes correspondem às ILPIs, sejam públicas ou privadas.³ As ILPIs de cunho filantrópico experimentam uma variedade de dificuldades tanto em termos de recursos humanos quanto materiais, no entanto, dependendo do tipo de gestão à qual estão submetidas, geram parcerias ou propagam o isolamento da ILPI do resto da cidade.⁴ Este estudo foi realizado em uma ILPI filantrópica para mulheres da região da campanha no Sul do Brasil, com o objetivo de conhecer as características sócio-demográficas como idade, renda, condições de saúde/autonomia,

¹ Acadêmica de Enfermagem, Universidade da Região da Campanha/ URCAMP Campus Bagé/RS. E-mail: isa-roman@hotmail.com .

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, Docente em Enfermagem, Universidade da Região da Campanha/ URCAMP

Campus Bagé/RS

⁷ Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Docente em Enfermagem, Universidade da Região da Campanha/ URCAMP Campus Bagé/RS

⁸ Enfermeira, Graduada na Universidade da Região da Campanha/URCAMP Campus Bagé/RS, Sociedade São Vicente

de Paulo.

[Digite texto]

tempo de moradia na instituição, medicamentos em uso, grau de dependência, bem como o quantitativo de idosas residentes. **Metodologia:** Trata-se de um estudo documental, descritivo, exploratório realizado em uma instituição de longa permanência da região da campanha, no Sul do Brasil. Possui abordagem qualitativa, ainda que se utilize de dados quantitativos na investigação. Os dados foram coletados dos prontuários das mesmas no decorrer do estágio da Disciplina de Enfermagem no Cuidado do Adulto e do Idoso, no período de outubro e novembro de 2016 e receberam a autorização da administração da instituição para tal. **Resultados:** O total de mulheres residentes na instituição era de 52 e as idades variavam de 56 a 106 anos. Pode-se perceber que nem todas as mulheres institucionalizadas são idosas, de acordo com a legislação, pois duas delas possuíam menos de 60 anos e estavam fora da faixa de idade considerada para idoso, uma com 56 e uma com 58 anos, sendo o motivo para tal a internação judicial. As mulheres predominam nas ILPIs com 57,3% dos residentes entre cerca de 100 mil pessoas que residem em 3.295 ILPIs de um total de 3.549 instituições identificadas no Brasil. Destas, instituições, a maioria são pequenas e em média abrigam cerca de 30 residentes cada.³ No que se refere aos medicamentos mais utilizados pelas idosas da ILPIs em estudo, podemos citar o Omeprazol 20mg utilizado por 20 idosas, a Losartana 50mg, utilizada por 15 idosas; o AAS 100mg, utilizado por 12 idosas; a Hidroclorotiazida 25mg utilizada por 11 idosas; a Amitriptilina 25mg utilizada por 10 idosas; a Prometazina 25mg utilizada por 08 idosas; a Sinvastatina 20mg utilizada por 07 idosas; o Nimodipino 30mg utilizado por 06 idosas; o Biperideno 2mg utilizado por 06 idosas; o Clonazepam 0,5mg utilizado por 05 idosas; o Noripurum 50mg utilizado por 05 idosas; o Captopril 25mg utilizado por 05 idosas e a Glibencamida 5mg utilizada por 05 idosas. A maioria das idosas possui diagnóstico de diabetes e hipertensão e em menor ocorrência os registros apontam diagnósticos de hepatite C, sífilis, cardiopatia, Alzheimer, demência senil e acidente vascular cerebral. De acordo com a Classificação das idosas por Grau de Dependência, com os critérios definidos pela ANVISA em 2005, tivemos 06 idosas com Grau de dependência I, 24 idosas como Grau de dependência II e 22 idosas com Grau de Dependência III. Cabe ressaltar que o grau de dependência I inclui aquelas idosas independentes mesmo que usem equipamentos de autoajuda. O grau de dependência II compreende idosas com dependência em até três atividades da vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene, sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada e por fim, o grau de dependência III abarca as idosas com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária ou comprometimento cognitivo.¹ Diante do exposto, a ILPI mostrou-se com um número de profissionais abaixo do ideal para o cuidado básico das idosas, pois foram encontrados registros de oito profissionais técnicos/auxiliares de enfermagem e 25 profissionais de Limpeza/Serviços Gerais (lavanderia, manutenção, motorista, etc.). Em contrapartida a multiplicidade de profissionais especializados no atendimento parece ir além do encontrado na literatura. A ILPI estudada conta com um profissional Médico; um Enfermeiro; um Assistente Social; um Psicólogo e uma Nutricionista voluntária. Um estudo realizado no estado do Paraná sobre o perfil dos profissionais que exercem atividades nas ILPIs evidenciou que são mais frequentes nestas instituições os cuidadores de idosos, os serviços gerais, os cozinheiros, os faxineiros e os auxiliares de enfermagem, ou seja, profissionais que asseguram apenas cuidados básicos, como alimentação, higiene e limpeza do local, em contrapartida aos profissionais voltados a um atendimento mais especializado, como enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros. Recursos limitados foram identificados como obstáculos para contratação de pessoal qualificado e em quantidade satisfatória para atuar nas ILPIs. A escassez de recursos também impede as instituições de fornecer capacitações aos funcionários, obter equipamentos adequados e melhora da estrutura física, o que permitiria melhora na qualidade de vida dos idosos.⁵ A presença do enfermeiro no cotidiano do cuidado a pessoa idosa possibilita direcionar um olhar individualizado e integral. Além disso, o incentivo ao autocuidado, bem como oferta de suporte digno à sua saúde e no reforço de ações que direcione para o desenvolvimento de uma saúde mais humanizada o que implica no cuidado eficaz aos idosos.² **Conclusões:** As 52 idosas

[Digite texto]

residentes nesta ILPI estudada supera os dados achados em outras pesquisas, em que o número médio de residentes é 30. A maioria das idosas possui diagnóstico de hipertensão e diabetes e os medicamentos mais utilizados são direcionados ao controle destas patologias. O grau de dependência das idosas evidencia a necessidade do aumento no número de profissionais para cuidados básicos das mesmas, pois apenas uma minoria, seis destas, é considerada independente, as demais necessitam de cuidados em atividades básicas do dia a dia.

DESCRITORES: Saúde do Idoso Institucionalizado; Saúde do Idoso; Promoção da Saúde

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO - RDC Nº 283, DE 26 DE SETEMBRO DE 2005.
2. Santana PPC, Andrade EM, Santos ÉI, Santo FHE, Braga ALS, Teixeira PA. Evidências científicas de enfermagem acerca do HIV/AIDS entre idosos: uma revisão integrativa de literatura. Revista Baiana de Enfermagem, 2015; 29 (3): 278-289.Salvador.
3. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. R. Bras. Est. Pop. 2010; 27 (1): 233-235. Rio de Janeiro
4. Moura G, Souza L. Movimento, Porto Alegre, 2013; 19 (4): 69-93.
5. IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social Instituições de longa permanência para idosos: caracterização e condições de atendimento / Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. – Curitiba: IPARDES, 2008. 109 p.



[Digite texto]

59. PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES INFANTIS POR DOENÇAS CRÔNICAS NO RIO GRANDE DO SUL

PREVALENCE OF CHILDHOOD HOSPITALIZATIONS FOR CHRONIC DISEASES IN RIO GRANDE DO SUL

PREVALENCIA DEL HOSPITALIZACIONES DE LOS NIÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN RIO GRANDE DO SUL

SOUZA, Raíra Lopes Amaral¹; MUTTI, Cintia Flôres; NEVES, Eliane Tatsch.

Introdução: A atenção à saúde da criança encontra-se em processo de construção em movimento de mudança, com a implantação de políticas públicas que visam ações e medidas para incrementar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, associada aos avanços tecnológicos, refletem na redução na mortalidade infantil, e na mudança do perfil epidemiológico, com um declínio das condições agudas e aumento das crônicas¹. As condições crônicas causam inúmeras implicações na vida do indivíduo, dentre estas, estão as recorrentes internações. Alguns indicadores de saúde da criança, como a morbidade infantil, indicam problemas que necessitam de ações, práticas e intervenções resolutivas. O conhecimento acerca da prevalência das internações de crianças por doenças crônicas pode auxiliar a compreender o perfil de adoecimento e, desta forma, elaborar planos de atenção à saúde que previnam o agravamento das doenças para que a hospitalização seja evitada e, quando isso não for possível, direcionar as ações de cuidado. Nesse sentido, o estudo da prevalência das internações hospitalares por doenças crônicas em crianças menores de cinco anos pode contribuir para traçar-se um perfil de cuidados para essa população. Além disso, possibilitar a elaboração de planos de atenção à saúde que previnam o agravamento das doenças para que a hospitalização seja evitada e, ou direcionar as ações da equipe de saúde para o planejamento de um cuidado mais efetivo no âmbito do hospital, minimizando as consequências da hospitalização⁴. Este estudo justifica-se pela relevância em conhecer a prevalência de internações por doenças crônicas na infância devido a ausência de dados oficiais sobre as mesmas. Também se justifica por ir ao encontro do IV eixo da Política de Atenção Integral à Saúde da Criança, que consiste na atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas³. **Objetivo:** identificar a frequência de internações por doenças crônicas no Rio Grande do Sul e Brasil responsáveis pela hospitalização em crianças menores de cinco anos. **Metodologia:** um estudo descritivo retrospectivo realizado através do Sistema de Informações em Saúde (SIS), por meio do acesso aos bancos de dados oficiais do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), vinculados ao Ministério da Saúde. Os dados foram coletados diretamente nas tabelas disponíveis no banco de dados do DATASUS. Estes foram extraídos e organizados em planilhas do *Excel* (Versão 2010), e posteriormente analisados. Os dados coletados foram referentes a crianças de zero

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-UFSM. Email:raira.lopes@yahoo.com.br.

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins-UFT.

³ 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
[Digite texto]

a cinco anos de idade, seus diagnósticos de internação e taxas de prevalência nessa população brasileira e sul-rio-grandense. A prevalência de internações por doenças crônicas seguiu o estabelecido pela razão entre o total de internações, por qualquer motivo, e as internações por doenças crônicas. O recorte temporal utilizado para a coleta de dados foi dos últimos seis anos, ou seja, de 2010 a 2015. Os dados foram obtidos selecionando-se o item referente a Unidade da Federação. No item linha selecionou-se lista CID 10; na coluna, a faixa etária 01; no conteúdo, internação; no período, mês a mês; e, na faixa etária, menor de 01 ano e, de 1 a 4 anos. Prosseguiu-se assim, tanto para os dados obtidos em nível de Brasil, como a de Rio Grande do Sul. No que tange as considerações, éticas foram observadas as normativas da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Este estudo dispensou a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa por envolver dados de domínio público. **Resultados:** A prevalência de internações por doenças crônicas no Brasil em crianças menores de cinco anos vem se mantendo constante com pequena variação no intervalo de 10,8% a 11,2%. O ano de 2014 representa uma exceção, visto que apresentou uma taxa de internação de 1,58%, sendo que o número total de internações também foi reduzido nesse mesmo ano. As maiores taxas de internação por doença crônica foi de 11,2% nos anos de 2012 e 2013. Já no Rio Grande do Sul, no período estudado, houve uma média de 11082 internações por doença crônica, o que representa 17,1% do total de internações no período. A maior taxa de internação por doenças crônicas em crianças menores de 5 anos foi em 2010 com 28,13 % do total. Nos anos consecutivos houve uma estabilização nas taxas que variaram de 13,8% a 16,01% no período de 2011 a 2015. Percebe-se que nos últimos cinco anos, as taxas de internação por doenças crônicas em crianças da região Sul vem se mantendo constantes, sendo a prevalência de internações por doenças crônicas no Rio Grande do Sul superior as taxas brasileiras. **Discussão:** A estabilidade da prevalência de hospitalizações por doenças crônicas pode dever-se à sobrevida de crianças que antes possuíam condições limitadoras de vida. Esse fato se deve, em parte, ao surgimento de políticas públicas e, também ao grande desenvolvimento tecnológico presenciado nos últimos anos. Entretanto, verifica-se que recém-nascidos que sobrevivem após longo período internados em unidades neonatais apresentam maior risco de morbidades e incapacidades em decorrência de sua condição de saúde ao nascimento e do tratamento intensivo. Dessa forma, muitas dessas crianças apresentam algum diagnóstico de doença crônica e vivem em condições crônicas de saúde². Nesse sentido, os profissionais de saúde não devem associar os serviços de saúde às práticas essencialmente curativas. É necessário o estabelecimento de vínculos com os usuários, assegurando desta forma, a longitudinalidade, contribuindo para a construção das linhas de cuidado e, os encaminhamentos dentro das Redes de Atenção à Saúde. Além disso, a Atenção Primária à Saúde também é responsável pelo acompanhamento das crianças com doenças crônicas, devendo encaminhá-las aos especialistas somente, quando necessário⁵. **Considerações finais:** A prevalência de internações por doenças crônicas permaneceu constante nos últimos cinco anos. Como limitações deste estudo, citam-se as falhas nos registros, podendo desta forma, haver um maior ou menor número de internações por doenças crônicas. Sugere-se a realização de outros estudos sobre esta temática a fim de ampliar e aprofundar a problemática por meio de outras abordagens de pesquisa. E que adotem um período de tempo maior para análise. Estudos como este permitem a evolução do conhecimento científico na área de Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança, além de permitir a visualização da evolução das causas de internações por condições crônicas na infância, permitindo a elaboração de planos de assistência que melhor atendam as necessidades desta

[Digite texto]

população, a fim de evitar diversas complicações das doenças crônicas. Além da realização de um melhor encaminhamento da criança dentro da Rede de Atenção à Saúde.

DESCRITORES: Doença crônica; Saúde da criança; Hospitalização infantil.

Eixos 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.
2. ARRUE et al. Crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde em centro de atenção psicossocial. Rev Enferm UFSM;(1):227-237; Abr, 2013.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2015.
4. OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de et al . Perfil de morbidade de crianças hospitalizadas em um hospital público: implicações para a Enfermagem. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 65,n. 4,p. 586-593, Aug. 2012.
5. NOBREGA, Vanessa Medeiros da et al . Longitudinality and continuity of care for children and adolescents with chronic diseases. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 656-663, Dec. 2015.



[Digite texto]

60. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FLEBITE: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

FLEBITE PREVENTION AND TREATMENT: A NARRATIVE LITERATURE REVIEW

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO FLEBITIS: UNA REVISIÓN NARRATIVA DE LA LITERATURA

POHLMANN, Pâmela¹; SILVA, Karla Cristiane Oliveira²; PESERICO, Anahlu³;
COPELLO, Luciane⁴; NUNES, Janete de Fatima Dias⁵

Resumo

Flebite é a inflamação da veia, causada por múltiplos fatores, sendo o eritema na inserção do cateter ou no trajeto da veia causador de desconforto e dor. Este estudo avaliou evidências em artigos científicos sobre prevenção e tratamento de flebites. Trata-se de uma revisão narrativa, desenvolvida entre fevereiro e outubro de 2016, com análise descritiva e enfoque qualitativo. Os resultados mostram que a flebite é um evento adverso multicausal, com amplos fatores de riscos envolvidos, e seu diagnóstico é essencialmente clínico. É classificada em graus, cujo tratamento deve ser iniciado precocemente, pois, em casos graves, pode levar ao óbito. Como profilaxia, deve-se infundir medicamentos em veia calibrosa, empregar dispositivo de calibre compatível com o calibre da veia para garantir fluxo sanguíneo adequado; fixar corretamente o dispositivo. Considera-se importantíssima a educação continuada dos profissionais para uma atuação segura, primando por boas práticas na utilização de cateteres.

Descriptores: Infecção; Flebite; Cateteres; Cateterismo Venoso Central.

Abstract

Phlebitis is inflammation of the vein, caused by multiple factors, with erythema in the insertion of the catheter or in the path of the vein causing discomfort and pain. This study evaluated evidence in scientific papers on the prevention and treatment of phlebitis. It is a narrative review, developed between February and October 2016, with descriptive analysis and qualitative approach. The results show that phlebitis is a multi-causal adverse event, with broad risk factors involved, and its diagnosis is essentially clinical. It is classified in degrees, whose treatment must be initiated early, because it can lead to death. As a prophylaxis, medicaments should be infused into a calibrated vein, use a caliber device compatible with the caliber of the vein to ensure adequate blood flow; fix the device correctly. The continuing education of professionals is considered very important for a safe performance, emphasizing good practices in the use of catheters.

Descriptors: Infection; Phlebitis; Catheters; Central Catheterization Venous.

Resumen

Flebitis es una inflamación de la vena causada por múltiples factores, con eritema en la inserción del catéter o la ruta de la vena, causa malestar y dolor. Este estudio evaluó las evidencias sobre prevención y tratamiento de la flebitis. Esta revisión narrativa, hecha entre febrero y octubre de 2016, con análisis de enfoque descriptivo-cualitativo. Los resultados muestran que la flebitis es un evento adverso multicausal, con amplios factores de riesgo. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico. Clasificase en grados, el tratamiento debe iniciarse de forma precoz, ya que puede conducir a la muerte. Para la profilaxis, se debe infundir medicamentos en gran dispositivo medidor de empleo vena compatible con el diámetro de la vena para asegurar el flujo apropiado de la sangre; asegurarla adecuadamente. Es importante la formación continuada de los profesionales para un funcionamiento seguro, la búsqueda de las mejores prácticas en el uso de catéteres.

¹ Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva, Emergência e Trauma e Gestão de Pessoas. Enfermeira assistencial na Unidade de Cirurgia e Recuperação Pós-anestésica do Hospital Universitário de Santa Maria.

² Enfermeira, Mestra em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Enfermeira assistencial na Unidade Cirurgia e Recuperação Pós-anestésica do Hospital Universitário de Santa Maria.

³ Enfermeira, Mestra em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Enfermeira assistencial na Unidade de Cirurgia e Recuperação Pós-anestésica do Hospital Universitário de Santa Maria. anahlu@peserico@hotmail.com

⁴ Acadêmica de Enfermagem, Centro Universitário Franciscano. Técnica de Enfermagem na Unidade de Recuperação Pós-anestésica do Hospital Universitário de Santa Maria.

⁵ Enfermeira pelo Centro Universitário Franciscano. Técnica de Enfermagem na Unidade de Cirurgia do Hospital Universitário de Santa Maria.

[Digite texto]

Descriptores: Infección; Flebitis; Catéteres; Cateterismo Venoso Central.

Introdução

A medicina moderna torna indispensável, na sua prática clínica, a utilização de milhões de cateteres intravasculares, todos os anos, nas instituições hospitalares. Todavia, apesar de sua extrema importância terapêutico-medicamentosa e da sua necessidade indiscutível no cotidiano assistencial, os cateteres vasculares podem, por vezes, colocar os pacientes em riscos, os quais incluem, dentre outros, infecções sistêmicas e/ou locais, na corrente sanguínea, infiltrações (um dos principais motivos para substituição do cateter); extravasamento de drogas para os tecidos circunjacentes; flebites (mecânicas, químicas ou por manipulação inadequada), tromboflebites sépticas, endocardites, abscessos pulmonares ou cerebrais, osteomielites e endoftalmites^{1,2,3,4}.

As complicações infecciosas podem ser correlacionadas com fatores de risco como, por exemplo, o tipo de cateter selecionado, a maneira como foi realizada a antisepsia e o local de inserção do cateter, a técnica utilizada para a inserção do cateter, o tipo de curativo, o tipo de infusão medicamentosa e o tempo de permanência do mesmo^{2,3}.

Nesse contexto, destaca-se a flebite como uma complicaçāo muito comumente identificada quando da utilização de cateteres intravenosos na prática do cuidado, sobretudo nas punções periféricas. Por se tratar de uma inflamação na veia, originada por irritação química e/ou mecânica, cujas características englobam uma área eritematosa e quente ao redor da inserção de um cateter ou ao longo do trajeto da veia, pode causar dor ou desconforto no local ou, igualmente, no pertígio venoso, podendo, ao mesmo tempo, provocar edema e outras complicações⁴.

A flebite é uma condição patológica que pode variar de acordo a frequência de manipulação do dispositivo, qualidade e material de composição, local de inserção e fatores intrínsecos relacionados ao paciente e à gravidade da sua patologia, dentre outros fatores, uma vez que os acessos venosos periféricos são os mais repetidamente utilizados para a terapêutica medicamentosa nos hospitais¹.

Epidemiologicamente, a incidência de infecções, locais ou na corrente sanguínea, associadas a cateteres venosos periféricos geralmente é baixa. No entanto, as complicações infecciosas mais graves podem ocasionar, anualmente, índices de morbidade significativos, devido, sobretudo, à frequência com que tais cateteres são utilizados em unidade altamente complexas. Mas vale salientar que a maioria das infecções graves relacionadas a cateteres associa-se a cateteres venosos centrais (CVCs), especialmente em pacientes de Unidades de Terapia Intensiva¹.

[Digite texto]

Diversos estudos enfatizam a incidência de flebites em hospitais de médio e grande porte. Em um estudo acerca deste tema, das situações que envolviam o uso de cateteres venosos, dos acessos observados, 67% dos pacientes possuíam algum fator de risco para desencadear flebite, 74% dos acessos não possuíam identificação adequada, 17% apresentavam sujidade e/ou umidade e 9% dos cateteres permaneceram *in situ* por mais que 72 horas. Durante a realização das punções, 63% dos profissionais não utilizaram luvas, 95% não realizaram corretamente a técnica asséptica e 42% deles reutilizaram o cateter após o insucesso na primeira tentativa da punção venosa⁵.

Outro estudo investigou 155 situações de utilização de cateteres de inserção periférica, dos quais 40 (25,8%) pacientes desenvolveram flebite nos sítios de inserção. Os cateteres de maiores calibres (18G e 20G) estavam relacionados aos 65% das ocorrências e 55% deles encontravam-se inseridos no lado esquerdo e 57,5% no antebraço. O tempo de permanência dos dispositivos foi inferior ou igual a 72 horas em 67,5% dos casos e 80% dos pacientes não receberam a infusão de antibióticos flebitogênicos. Em 85% dos diagnósticos de flebite, o motivo de retirada dos cateteres de inserção periférica foram múltiplas ocorrências adversas, evidenciando-se uma associação significativa entre essa variável e a presença da complicação analisada⁶.

Em um hospital de Porto Alegre, a prevalência de flebites foi de 24,7% dos casos (N = 231). Considerando o seu estágio de desenvolvimento, 92,3% apresentava grau 1 e 65,0%, grau 2, com tempo de permanência do cateter de, no máximo, 72 horas. O tempo de permanência por mais de 72 horas mostrou 63,6% de grau 3 e 69,2%, Grau 4, demonstrando uma significante prevalência de flebites nos pacientes estudados, sobretudo quando faziam uso de cateter venoso periférico por mais de três dias⁷.

Portanto, fica evidente a relevância e necessidade de pesquisas que abordem a temática. Para tanto, est estudo foi norteado pela seguinte questão de pesquisa: o que se tem pesquisado sobre flebite, sua prevenção e tratamento? Assim, objetivou-se discutir as evidências disponíveis em artigos científicos sobre a prevenção e o tratamento de flebite no cenário hospitalar. Dessa forma, pretende-se contribuir para a elaboração do conhecimento dos enfermeiros sobre o tema com vistas a aperfeiçoar a prática clínica e, por consequência, minimizar a ocorrência deste evento adverso decorrente da terapia intravenosa periférica.

Método

A Prática Baseada em Evidências (PBE) é uma estratégia muito utilizada pelo enfermeiro, a qual surgiu da necessidade de minimizar a lacuna existente entre os avanços científicos e a prática clínica. As etapas que envolvem a PBE são a delimitação do problema, busca e avaliação crítica das

[Digite texto]

evidências disponíveis, implantação das evidências na prática clínica e avaliação dos resultados obtidos⁸.

Nesse contexto, a partir PBE foram desenvolvidos diversos métodos de revisão da literatura, que têm como finalidade buscar, avaliar criticamente e sintetizar as evidências disponíveis acerca do tema investigado com vistas a embasar, teoricamente, a prática clínica⁸. Para tanto, além de outras, existe a revisão narrativa, a qual, ao contrário das demais, tem caráter investigativo amplo, cujo objetivo é desenvolver estudos teóricos ou conceituais acerca de um determinado tema⁹.

Por conseguinte, a revisão narrativa não lança mão, obrigatoriamente, de critérios sistemáticos rigorosos para a realização da busca dos artigos e, ao mesmo tempo, não tem o objetivo de esgotar todas as fontes de informações disponíveis sobre o tema. Ademais, a análise crítica dos trabalhos utilizados pode ser mais ampla. Não aplica estratégias de busca sofisticadas e exaustivas. Assim sendo, a seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores, entretanto, a despeito disso, é considerada muito adequada para a fundamentação teórica de estudos¹⁰.

A primeira etapa deste estudo consistiu na identificação do tema e na elaboração da questão de pesquisa. Em seguida, foi realizada a busca das produções científicas na literatura acerca do tema proposto, por meio livros e capítulos de livros da área da saúde, especialmente de enfermagem, sobre a temática em questão e, ao mesmo tempo, realizou-se uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando-se o sistema de busca próprio do portal, empregando-se: os termos “flebite”, “cateter venoso”, com o uso, tão somente, do operador bolleano “and”.

Em relação à busca *online*, no intuito de melhor organizar a seleção das publicações, e sua posterior análise, os critérios de inclusão foram: ser trabalho no formato de artigo completo; oriundo de pesquisa original ou teórica; divulgado na íntegra; disponível *online* e de acesso gratuito; apresentado nos idiomas Português, Inglês ou Espanhol. Como critérios de exclusão estão produções no formato de teses, dissertações, monografias, resumos; trabalhos que não atendem à temática proposta nesta revisão; artigos que abordam a temática, mas apresentam outros vieses que não a infecção relacionada à flebite e assuntos afins; trabalhos cujo acesso é pago; e artigos indisponíveis *online*.

Não foi utilizado recorte temporal para a seleção dos trabalhos, uma vez que não foi encontrado nenhum marco específico sobre o assunto que pudesse ser claro o suficiente para tal delimitação. A busca dos trabalhos ocorreu de dezembro de 2016 a março de 2017 e suas etapas seguintes terminaram em outubro do mesmo ano.

[Digite texto]

A avaliação dos estudos incluiu a análise crítica dos livros e artigos selecionados e, para auxiliar na análise dos dados extraídos dos mesmos, foi utilizada a análise descritiva, que tem por objetivo descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade¹¹. Assim, os dados foram analisados de forma descritiva, com enfoque qualitativo, devido à possibilidade de melhor organizá-los, além de apresentar e sintetizar os dados coletados. A natureza qualitativa permitiu uma análise mais individualizada dos conhecimentos para a consequente associação descritiva¹².

Deste modo, a análise dos dados se refere à discussão dos resultados evidenciados nos artigos incluídos nesta revisão narrativa, os quais foram discutidos e comparados com outros estudos preexistentes na literatura científica acerca do tema flebite, o que se encontra descrito na sequência.

Resultados e discussão

A flebite é caracterizada por uma inflamação aguda da veia a qual pode causar edema, dor, desconforto, eritema ao redor da punção (sítio de inserção do cateter), podendo, também, ser formada uma espécie de “cordão” palpável ao longo do trajeto¹³. As possíveis causas desencadeadoras da flebite podem ser: coagulação sanguínea na ponta do cateter, conhecida como tromboflebite; excesso de tempo de permanência do dispositivo em um mesmo local da veia; movimentos que ocasionam fricção do cateter na veia; fluxo sanguíneo insatisfatório em torno do cateter; administração de substâncias com alta osmolaridade e/ou soluções com alterações do pH para mais ou para menos em relação aos fluidos corporais¹⁴⁻¹⁵.

Dentre os medicamentos que podem, comumente, ocasionar flebite, citam-se: aciclovir, anfotericina B, antibióticos betalactâmicos, caspofungina, cefalosporinas, cefradina, dactinomicina, diazepam, metronidazol, penicilinas, quinopristina e vancomicina, com atenção especial para os quimioterápicos¹⁶.

Quanto aos fatores de risco mais comuns, identificados nos estudos, para o desenvolvimento de flebite podem-se sinalizar: acesso venoso periférico; tipo de material de constituição do cateter (teflon ocasiona maior risco que poliuretano); grande calibre do cateter periférico (menor que 20G); longo tempo de permanência do cateter; local de inserção deste; tipo inadequado de fixação e/ou curativo aplicado no local da punção. Quanto às características do medicamento a ser infundido e sua velocidade, enfatiza-se que o pH < 6 ou > 8; a infusão de KCl > 20 mEq/h ou 200 mEq/24h; a administração de solução concentrada ou solução hipertônica (> 375 mOsm/l); aminoácidos; antibióticos; quimioterápicos; lipídios; alto fluxo de infusão: > 90 ml/h são potenciais geradores de flebite^{1,4,14-15}.

[Digite texto]

No que tange a outros aspectos que podem contribuir para a ocorrência de flebite, citam-se: a inserção do cateter na parte superior do braço e articulações; características da veia punctionada; paciente obeso; paciente idoso (> 65 anos); recém-nascido prematuro; múltiplas punções venosas periféricas e ou punção anterior no mesmo local; fragilidade e insuficiência vascular; dificuldade de immobilização do cateter e ou do membro punctionado; técnica inadequada de punção venosa ou inserção do cateter, além de outros fatores específicos, inerentes ao paciente, à patologia apresentada ou ao medicamento, em particular¹⁷⁻¹⁸.

O que se constata é que diagnóstico da flebite é, essencialmente, clínico, sendo obtido, pela história do paciente e exame físico minucioso, especialmente dos locais de inserções dos dispositivos vasculares. Os sinais e sintomas incluem rubor próximo à inserção dos mesmos, no local sobre a ponta do cateter e/ou ao longo do trajeto venoso; hipersensibilidade no ponto de inserção do cateter, no local onde se encontra a ponta do mesmo e/ou na parte distal a esta; rigidez da veia à palpação; presença de área túrgida sobre a veia punctionada e endurecimento da mesma à palpação^{14,15}.

Os graus de flebite podem ser baseados nos dados clínicos e sintomas do paciente, como resumidamente descritos no quadro a seguir⁴:

Grau	Características
0	Sem sintomas clínicos.
1	Eritema com ou sem dor local, ou edema, sem endurecimento e cordão fibroso não palpável.
2	Eritema com ou sem dor local, ou edema, sem endurecimento e cordão fibroso não palpável, com endurecimento local.
3	Eritema com ou sem dor local, ou edema, sem endurecimento e cordão fibroso não palpável, com endurecimento local e presença de um cordão fibroso palpável ao longo da veia.
4	Eritema com ou sem dor local, ou edema, sem endurecimento e cordão fibroso não palpável, com endurecimento local e presença de um cordão fibroso palpável ao longo da veia, maior que 1 cm, com drenagem purulenta.

Ainda, observa-se, no cotidiano da prática clínica, que determinados casos de flebite podem necessitar de exames complementares, como *duplex scan*, venografia, ultrassonografia *color Doppler*. De modo geral, a flebite é autolimitada, por si só e, com o tratamento adequado, desaparece entre duas e três semanas. Complementando, em alguns casos, na prática clínica, observa-se que determinados cuidados são necessários. Inicialmente, ao ser diagnosticada a flebite, a primeira medida é retirar o dispositivo. Em seguida, aplicar compressa morna; notificar ao médico

[Digite texto]

responsável pelo paciente; realizar o registro, com fidedignidade e minúcia, das condições do paciente e as intervenções efetivadas^{14,18}.

Em relação ao tratamento, pode-se utilizar analgésicos, anti-inflamatórios e anticoagulantes, prescritos ao paciente. A infusão de *Chamomilla recutita*, em concentrações de 2,5 a 10%, é eficaz devido à sua ação anti-inflamatória, se aplicada três vezes ao dia¹⁹.

Cabe ressaltar que se o tratamento adequado não for executado, a flebite pode evoluir para a tromboflebite e/ou trombose, podendo ocasionar tromboembolia pulmonar e, com isso, evoluir para o óbito. Portanto, a prevenção de flebites é um aspecto do cuidado importante, recomendado pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial de Saúde, sendo um dos fatores que garantem a não ocorrência de agravos à saúde do paciente²⁰.

Como medidas profiláticas, destaca-se iniciar a infusão do medicamento utilizando veia calibrosa, com fluxo sanguíneo ideal, ou empregar um dispositivo de menor calibre em uma veia de menor calibre para garantir o fluxo sanguíneo adequado; fixar corretamente o dispositivo com esparadrapo ou micropore, ou artefatos que imobilizem o local, se estritamente necessário, ou, idealmente, utilizar o filme transparente¹⁴⁻¹⁵.

Além disso, a Intravenous Nursing Society discorre que as principais ênfases na prevenção de flebites devem incluir a educação e treinamento, eficiente dos profissionais da área de saúde que realizam punções venosas e mantêm cuidados com cateteres; manter o rigor das máximas barreiras estéreis durante a inserção de cateteres venosos, sobretudo centrais; utilizar clorexidina 2% para a antisepsia da pele antes da punção venosa, principalmente se a taxa de infecção for alta, apesar da adoção das estratégias anteriores.

Partindo do exposto, enfatiza-se que a Educação Continuada em enfermagem é essencial para a prevenção de flebite, com vistas a preconizar práticas que modifiquem as fragilidades identificadas durante o processo de cuidado e a atenção à saúde, por meio da atualização e construção do conhecimento.

Nesse sentido, considera-se que os processos educativos almejam desenvolver os profissionais através de capacitações, treinamentos ou cursos. Logo, tem-se na educação continuada dos profissionais que realizam punções venosas e terapia medicamentosa endovenosa uma ferramenta efetiva no intuito de prevenir e tratar precocemente a flebite de modo resolutivo a fim de minorar sua incidência, reduzir o tempo de internação por causa de eventos adversos, garantir a qualidade da assistência e prezar pela segurança do paciente.

Considerações Finais

[Digite texto]

Nas últimas décadas tem-se observado o avanço tecnológico dos dispositivos utilizados no âmbito hospitalar, as tecnologias em saúde aprimoram-se, e, por conseguinte, faz-se necessário também, e concomitantemente, a educação continuada dos profissionais da saúde. Seguindo esta lógica, a prevenção de flebites dá-se ao compreender e empreender no cotidiano da assistência à saúde mecanismos protetores, por meio de técnicas corretas de punção, manipulação de cateteres, infusão das soluções/medicamentos, manutenção e olhar clínico dos profissionais em relação à identificação/diagnóstico precoce de sinais de flebite.

Assim como a prevenção é fator determinante para obter-se um bom resultado, conhecer o tratamento destes possíveis eventos adversos pode contribuir para minimizar o dano, reverter e tratar adequadamente a flebite, garantindo a segurança e bem estar do paciente. Portanto, se aposta em pesquisas que observem, investiguem e possibilitem intervenções a fim de qualificar a assistência à saúde lançando mão de boas práticas e uso das tecnologias em saúde.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

- 1 O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Am Journal Infection Control [Internet]. 2011 [acesso em 2016 nov 21];39(4):S1,01-34. United States of America. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>.
- 2 Ferreira LR, Pedreira MLG, Diccini S. Flebite no pré e pós-operatório de pacientes neurocirúrgicos. Acta Paul Enferm [Internet] 2007 [acesso em 2017 mar 22];20(1):30-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a06v20n1.pdf>.
- 3 Machado AF, Pedreira MLG, Chaud MN. Eventos Adversos Relacionados ao uso de Cateteres Intravenosos Periféricos em Crianças de Acordo com Tipos de Curativos. Rev Latino-Am Enferm 2008;16(3):362-7.
- 4 Smeltzer SC, Bare BG. Líquidos e eletrólitos: equilíbrio e distúrbios. In: Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médica-cirúrgica. 9 ed. v.1. P. 192-232.
- 5 Santos TBS, Vieira SL, Silva RM, Nunes GFO, Lima IMA. Risk for phlebitis in the inpatient unit of hospital emergency and trauma. Journal of Nursing UFPE on line, [Internet] 2011 [acesso em 2016 dez 21];5(9). Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1928>.
- 6 Magerote NP, Lima MHM, Silva JB et al. Associação entre flebite e retirada de cateteres intravenosos periféricos. Texto Contexto Enferm, [Internet] 2011 [acesso em 2016 dez 09];20(3):486-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/09.pdf>.
- 7 Urbanetto JS, Rodrigues AB, Oliveira DJ et al. Prevalência de flebites em pacientes adultos com cateter venoso periférico. R. Enferm. UFSM [Internet] 2011 [acesso em 2016 dez 09];1(3):440-8. Disponível em: <file:///C:/Users/Rog%C3%A9rio/Downloads/3283-17937-1-PB.pdf>.
- 8 Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [acesso em 2016 dez 22];22(4):434-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>.
- 9 Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paul Enferm, [Internet]. 2007 [acesso em 2016 dez 09];20(2):5-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>.

[Digite texto]

- 10 Universidade de São Paulo (USP). Instituto de Psicologia – Biblioteca Dante Moreira Leite. O que é revisão da literatura? Folder explicativo. [Internet], [s.d]. [acesso em 2017 mar 22]. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/portal/images/biblioteca/revisao.pdf>.
- 11 Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2010.
- 12 Medri W. Análise exploratória dos dados. 82p. Curso de Especialização “Lato sensu” em Estatística. Universidade Estadual de Londrina [Internet], 2011 [acesso em 2015 dez 04]. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxlc3RhGJzdGJjYWJhc2ljYWNjfGd4OjFLOTc1YjEzNDVkZThjZjQ>.
- 13 Tertuliano AC, Borges JLS, Fortunato RAS, Oliveira AL, Poveda VB. Flebite em acessos venosos periféricos de pacientes de um hospital do vale do paraíba. REME. [Internet] 2014 [acesso em 2016 dez 09];18(2):334-9.
- 14 Archer E, Bell SD, Bocchino NL, Bouchaud M, Brady C, Broome BS, Calianno C et al. Moreira MC, Souza SR. Terapia intravascular. In: Archer E, Bell SD, Bocchino NL, Bouchaud M, Brady C, Broome BS, Calianno C et al. Procedimentos e protocolos. v 1. Col. Práxis Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan/Ed. Lab, 2005. P.171-244.
- 15 Banton J, Brady C, O’Kelley SD, Gomes IL (trad.). Souza SR (rev. téc.). Terapia intravenosa. Col. Práxis Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan/Ed. LAB, 2005. 228p.
- 16 5 Fuchs FD, Wannmacher L, Ferreira MBC e cols. Farmacologia Clínica: fundamentos da terapêutica racional. 3 ed. Rio de Janeiro: Gunabara Koogan, 2004. 1074p.
- 17 Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo. Prevenção e tratamento de flebite em pacientes com cateter venoso periférico. São Paulo. [Internet] [s.d] [acesso em 2017 mar 22] Disponível em: [http://www.bpsp.org.br/Portal/Principal/Arquivos/Download/Upload/2488\[1\]_2529.pdf](http://www.bpsp.org.br/Portal/Principal/Arquivos/Download/Upload/2488[1]_2529.pdf).
- 18 Rui SC. Doenças cardiovasculares – flebite (tromboflebite superficial). [Internet] [s.d] [acesso em 2016 dez 09]. Disponível em: <http://www.fotosantesedepois.com/flebite/#Medicamentos>.
- 19 Reis PED, Carvalho EC, Bueno PCP et al. Aplicação clínica da Chamomilla recutita em flebites: estudo de curva dose-resposta. Rev. Latino-Am. Enferm [Internet] 2011 [acesso em 2017 mar 22]; 19(1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_02.pdf.
- 20 World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme. [Internet]; 2005 [acesso em 2017 mar 22]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.

61. PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR E A ENFERMAGEM: REPERCUSSÕES PARA O ATENDIMENTO À CRIANÇA

BETTER CHILDHOOD AND NURSING: REPERCUSSIONS FOR CHILD CARE

MEJORES PRIMERA INFANCIA Y DE ENFERMERÍA: REPERCUSIONES SOBRE EL CUIDADO DE LOS NIÑOS

SILVEIRA, Vanessa do Nascimento¹; SILVA, Silvana de Oliveira²; PRADELLA, Amanda³;
SCHIMITH, Maria Denise⁴; SILVA, Laís Mara Caetano da⁵.

Introdução: A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), criada e regulamentada pela Portaria GM nº 1.130 em 05 de agosto de 2015, visa promover a integralidade do cuidado da criança e articular as ações de saúde em todos os níveis de atenção. Norteia-se pelos seguintes princípios: direito à vida e à saúde; prioridade absoluta da criança; acesso universal à saúde; integralidade do cuidado; equidade em saúde; ambiente facilitador à vida; humanização da atenção e gestão participativa e controle social¹. O Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio, de 2013, apontou que houve diminuição na mortalidade infantil no ano de 2012. Destaca-se que no Brasil, a taxa reduziu de 53,7 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 17,3 óbitos por mil nascidos vivos em 2012, o que representa uma redução de 67,7%. Nessa perspectiva, a mudança e avanço no modelo de atenção à saúde, especialmente o da promoção à saúde, que é uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Criança, mostra as conquistas e condições da saúde de crianças brasileiras. Além disso, identifica-se o aumento na cobertura de atenção primária, das imunizações disponibilizadas no calendário básico da criança pelo Sistema Único de Saúde, do incentivo ao aleitamento materno, do aumento e suporte nas consultas no pré-natal, além do fortalecimento de políticas públicas que visam à diminuição da pobreza no nosso país, e consequente da desnutrição, que era um dos agravos recorrentes em crianças². Sendo assim, a enfermagem tem um papel crucial para a continuidade da assistência, prevenção de agravos e promoção à saúde da criança. Nesse contexto, o estado do Rio Grande do Sul é pioneiro na implementação do Programa Primeira Infância Melhor em 2003, que foi regulamentado pela Lei Estadual n.º12.544 de 03 de julho de 2006. Esse programa tem o intuito de acompanhar a família desde a gestação, bem como estimular e avaliar a criança em seu crescimento e desenvolvimento biopsicossocial e motor. Percebe-se que as ações e objetivos do programa vêm ao encontro de estudos e reflexões realizados durante o curso de graduação em enfermagem, o que possibilita ao acadêmico-visitador do Programa Primeira Infância Melhor atuar no cuidado integral às crianças e famílias em situação de vulnerabilidade social. **Objetivo:** Relatar a vivência de discentes de enfermagem no Programa Primeira Infância Melhor, bem como refletir acerca da formação e da oportunidade de atuação como visitador no programa. **Método:** Trata-se de um relato de

¹ Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM. vanessa.sylveira@hotmail.com

² Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI, Campus de Santiago. Coordenadora da área do Conhecimentos das Ciências da Saúde da URI, campus de Santiago. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM

³ Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

⁴ Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem UFSM. Coordenadora do curso de graduação em Enfermagem CCS/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. UFSM.

⁵ Orientadora. Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

experiência de discentes de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus de Santiago. Tal vivência refere-se ao estágio extracurricular no Programa Primeira Infância Melhor e a formação no curso de graduação em enfermagem na universidade acima referida, especificamente nas disciplinas de Enfermagem em Saúde da Criança e Saúde Coletiva. As atividades foram realizadas em um território de Estratégia de Saúde da Família, de um município localizado no interior do Rio Grande do Sul, com 17 famílias acompanhadas mensalmente pela visitadora do programa/discente de enfermagem no período entre abril e outubro de 2016. Destaca-se que as disciplinas supracitadas visam oferecer subsídios para que o acadêmico desenvolva habilidades para prestar assistência à criança e sua família na comunidade, bem como, proporcionar o desenvolvimento de competência crítica e reflexiva nas áreas de conhecimento técnico, científico, político, social, educativo e ético. **Resultados e Discussão:** Em muitas cidades do nosso estado, a seleção para ingressar no Programa Primeira Infância Melhor é feita por processo seletivo, e um dos pré-requisitos é estar cursando enfermagem, psicologia, pedagogia ou assistência social³. Portanto, é uma oportunidade para aprimorar as habilidades e competências durante a formação acadêmica. Além disso, oportuniza ao discente atuar com uma equipe multidisciplinar e aliar as diversas visões para aperfeiçoar o cuidado às crianças e famílias em situações de vulnerabilidade social. Aliado ao contexto de rede de cuidados, os visitadores tornam-se personagens importantes não só para o desenvolvimento da criança como de toda a família, tornando-os empoderados de suas atribuições na sociedade. Durante a atuação no programa foram planejadas e executadas ações voltadas para promoção da saúde de crianças e famílias. Dentre elas, a troca de saberes em relação à alimentação e nutrição, linguagem e comunicação, cuidados pessoais enfatizando a higiene e saúde bucal, valorização do contexto social em que a família está inserida, a fim de promover o desenvolvimento sócio afetivo, cognitivo, intelectual e motor de forma integral nas crianças acompanhadas. Para ilustrar o desenvolvimento do trabalho no estágio extracurricular, cita-se uma experiência vivenciada com a criação de fantoches com dentes para que a criança e sua família pudessem escová-lo com os movimentos compartilhados pela visitadora do programa e posteriormente pudessem reproduzir esse conhecimento aos demais cuidadores em sua residência. Com isso, criou-se estratégias para estimular a autonomia e fortalecer as relações familiares e também avaliar o desenvolvimento cognitivo e motor das crianças, conforme é preconizado ao construir uma atividade para desenvolver com uma família acompanhada por visitadora do programa³. O conhecimento técnico-científico de enfermagem aliado à vivência de ser visitador do programa, oportuniza ao discente desenvolver e aprimorar a comunicação com as redes de cuidado como Estratégia de Saúde da Família, Monitoras e Grupo Técnico Municipal. Destaca-se que esse grupo é formado por uma psicóloga, uma pedagoga e uma assistente social, pois tem o intuito de trabalhar de forma inter e multidisciplinar, por meio da representatividade da secretaria da educação, saúde e assistência social. Além de identificar fragilidades, trabalhar com educação em saúde por meio da confecção de brinquedos e acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança de forma integral. **Considerações Finais:** Este estudo possibilitou aos discentes refletir, aliar e agregar a atuação como visitadora do Programa Primeira Infância Melhor ao conhecimento técnico-científico ofertado pela formação acadêmica, além de fornecer subsídios para desenvolver habilidades na comunicação e interação entre discente, criança, família e redes de cuidado. Consequentemente, conclui-se que atrelar o ser enfermeiro ao ser visitador do programa, oportuniza uma experiência transformadora para construção do perfil de um profissional crítico-reflexivo, ético, resolutivo e humanista. Consequentemente, as repercuções e implicações influenciarão diretamente nas ações de cuidado e assistência de enfermagem prestada às crianças e famílias de forma integral.

DESCRITORES: Saúde da Criança; Família; Enfermagem;

Eixo Temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

[Digite texto]

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Brasília (DF); 2015. [internet] 2015 [acesso em 2017 mar. 12]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>
2. Sardenberg LF. Agência Saúde. Ministério da saúde, Brasília (DF); 2015 [acesso em 2017 mar. 12]. Disponível em: <http://portalsauda.saude.gov.br>
3. Secretaria Estadual da Saúde. Programa Primeira Infância Melhor. Guia de Orientação para GTM, Monitor e Visitador. Porto Alegre: Companhia Rio-grandense de Artes Gráficas (CORAG), 2012.



[Digite texto]

62. PROCESSO DE TRABALHO E O GERENCIAMENTO DO CUIDADO: RELIGANDO SABERES SOBRE O PAPEL DO ENFERMEIRO

PROCESO DE TRABAJO Y GESTIÓN DEL CUIDADO: VOLVER A CONECTAR CONOCIMIENTO DE PAPEL DE LA ENFERMERA

WORK PROCESS AND CARE MANAGEMENT: RELIGATING KNOWLEDGE ABOUT THE NURSE ROLE

RABELO, Simone Kroll¹; EBERHARDT, Thaís Dresch²; SOARES, Rhea Silvia de Avila³; FONSECA, Graziele Gorete Portella da⁴; DIAS, Caren Franciele Coelho⁵; LIMA, Suzinara Beatriz Soares de⁶

Introdução: As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) trouxeram avanços na formação do enfermeiro, incorporando um processo formativo mais próximo às necessidades de saúde da população e voltado para a lógica interdisciplinar, tratando-se de uma busca pela mudança, com vistas a adequar a formação do enfermeiro à complexidade dos dias atuais¹. Quando se trata do processo de ensino-aprendizagem do gerenciamento em enfermagem, no entanto, as visões da administração clássica ainda continuam arraigadas, com termos como coordenação, organização e planejamento presentes no discurso de alguns docentes ao se referirem ao gerenciamento do cuidado². Isso demonstra que ainda há um longo caminho a se percorrer para superar a visão dicotomizada: gerenciamento *versus* cuidado. Embora o gerenciamento do cuidado como articulação da prática assistencial e gerencial do enfermeiro deva ser um ideal perseguido pelo profissional, por promover um cuidado integral e propiciar maior visibilidade à sua prática, a concepção do termo ainda é incipiente no cotidiano do trabalho³. Neste sentido, faz-se necessária uma ampla discussão ao longo da trajetória acadêmica do enfermeiro, bem como de formação continuada do mesmo, no sentido de uma prática menos dicotomizada do gerenciamento do cuidado⁴. Embora as DCNs do Curso de Graduação em Enfermagem norteiam a formação pautada na busca por competências visando a formação integral, existe a necessidade da superação dos saberes fragmentados, de modo a exigir novos olhares voltados ao desenvolvimento de um pensamento apto a enfrentar o complexo desafio de perceber a

¹ Enfermeira do Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM/EBSERH). Especialista em Gerenciamento em enfermagem, mestrandra do Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem – Linha de Pesquisa Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem (GASEnf). E-mail: simonekrabelo@gmail.com.br

² Enfermeira, mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem – Linha de Pesquisa Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem (GASEnf).

³ Enfermeira do departamento de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem – Linha de Pesquisa Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem (GASEnf).

⁴ Enfermeira, mestrandra do Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem – Linha de Pesquisa Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem (GASEnf).

⁵ Enfermeira, Especialista em Gerenciamento em enfermagem mestrandra do Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem – Linha de Pesquisa Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem (GASEnf).

⁶ Enfermeira, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem – Linha de Pesquisa Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem (GASEnf).

[Digite texto]

totalidade do ser enfermeiro. Assim, considerando a necessidade de refletir a formação acadêmica em administração e a concepção dos estudantes de graduação sobre gerenciamento do cuidado, objetiva-se relatar a experiência de pós-graduandas em enfermagem ao conduzir atividade de ensino-aprendizagem sobre o processo de trabalho do enfermeiro e o gerenciamento do cuidado, bem como a percepção dos acadêmicos sobre a temática. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de três estudantes de um programa de Pós-graduação em Enfermagem de uma Universidade no sul do Brasil. Este aborda atividade desenvolvida na disciplina de docência orientada do referido programa. A experiência foi oportunizada pela participação dos mestrandos e doutorandos em atividades de docência em disciplina do curso de Graduação em Enfermagem. O conteúdo programático foi “o processo de trabalho do enfermeiro” na disciplina de Enfermagem na Administração dos Serviços de Saúde II, ofertada no sétimo semestre a uma turma de 22 (vinte e dois) alunos, e as atividades foram desenvolvidas em março de 2017 por uma mestrandanda e uma doutoranda, sob supervisão da professora orientadora, também responsável pela disciplina na graduação. **Resultados e discussão:** Por meio das atividades de prática de docência orientada, pôde-se vivenciar o processo de ensino-aprendizagem do processo de trabalho do enfermeiro e o gerenciamento do cuidado, na disciplina Enfermagem na Administração dos Serviços de Saúde II. Desta forma, apresentar-se-á os resultados da vivência em duas categorias com suas respectivas discussões. 1º momento: varal do processo de trabalho e gerenciamento do cuidado: concepção construída ao longo da graduação – O desafio do ensino da administração em enfermagem é desviar-se da separação entre o gerenciar e o cuidar, da prática que considera esses elementos como independentes entre si. Para isso, o pensamento complexo pode ser visto como elemento que sustenta uma prática que vai de encontro ao paradigma fragmentado, à medida que percebe o processo de trabalho do enfermeiro como algo complexo, dado a gama de atividades que engloba⁵. Com o intuito de disparar uma discussão sobre a concepção de processo de trabalho e gerenciamento do cuidado, construída ao longo da graduação, foi construído um varal com algumas palavras usadas pelos próprios estudantes que representavam o papel do enfermeiro, como: responsabilidade, liderança, comunicação, trabalho em equipe, raciocínio clínico, tomada de decisão, entre outras. Para que o gerenciamento em enfermagem seja entendido como parte do cuidado ao paciente é preciso estimular o estudante a ter um pensamento crítico e reflexivo, que perceba que o cotidiano do enfermeiro não pode ser fragmentado em gerenciar e cuidar⁵. A reflexão proposta pela atividade demonstrou a percepção deste grupo de estudantes do último ano da graduação, de que o cuidar é a base do processo de trabalho do enfermeiro e que gerenciar este cuidado é o seu verdadeiro papel, que ele o faz quando presta o cuidado direta ou indiretamente. Assim, entende-se que pode ser possível a formação que distancie o estudante da visão biologicista e fragmentada do trabalho do enfermeiro, ao perceber que a assistência ao paciente está diretamente ligada ao processo de gerenciamento². O enfermeiro tem sido visto como articulador do cuidado prestado ao paciente ao gerenciá-lo, pois atua contribuindo e direcionando as diversas atividades assistenciais⁴. Ao discutir este papel o grupo de estudantes ressaltou o pensamento crítico-reflexivo e a responsabilidade como importantes ferramentas, que são sustentadas pelo conhecimento que ele adquire ao longo da formação, e também com a experiência e educação continuada. A leitura de artigos científicos sobre o gerenciamento do cuidado em diferentes cenários, como serviço hospitalar de emergência, unidade básica de saúde e unidade de hemodiálise, finalizou o debate, consolidando o conhecimento a respeito do tema e de como ele é discutido na prática profissional, além de incentivar o convívio com a pesquisa e com a prática baseada em evidências. A metodologia utilizada promoveu a reflexão, criando mecanismos que articularam os saberes adquiridos ao longo da formação, à medida que o estudante se tornou sujeito de seu próprio conhecimento e processo de formação¹. A adoção de metodologias ativas neste processo tem sido considerada um avanço na formação do enfermeiro, à medida que, ao articular a teoria à prática, promove uma aproximação do ensino com o mundo do trabalho, aproximando a academia da real necessidade de saúde da população¹. 2º momento: competências gerenciais em enfermagem:

[Digite texto]

construção de uma colmeia – As competências e habilidades propostas pelas DCNs apontam para a construção de conhecimentos que embasem o estudante a desenvolver a capacidade de atender às necessidades de saúde individuais e coletiva de forma resolutiva com tomada de decisão baseada em evidências científicas¹. No intuito de refletir sobre as competências como ferramentas necessárias ao processo de trabalho do enfermeiro, promoveu-se a construção da “colmeia das competências gerenciais em enfermagem”. A colmeia constituiu-se na reunião de hexágonos em papel cartão coloridos (vermelhos e azuis), onde os estudantes puderam discorrer sobre cada uma das competências apresentadas: liderança, trabalho em equipe, tomada de decisão, comunicação, planejamento e organização, flexibilidade, negociação, criatividade, visão sistêmica, entre outras expondo sua definição, exemplos práticos e como desenvolvê-las. Ao final da dinâmica, a reflexão proposta culminou com o entendimento de que o desenvolvimento de competências gerenciais em enfermagem visa a construção de um indivíduo crítico e reflexivo de sua prática cotidiana, com uma visão que se distancie da prática fragmentada⁵. Neste sentido, pode-se perceber que o gerenciamento do cuidado é percebido por este grupo de estudantes como o elemento central do processo de trabalho do enfermeiro e que para desenvolvê-lo com qualidade, é exigido desse profissional um conjunto de ferramentas e competências que são construídos de acordo com as reflexões e conhecimentos propiciados pela graduação e experiência profissional. **Conclusão:** Por meio deste relato, pôde-se perceber que a reflexão proposta contribuiu com a construção do conhecimento, à medida que propiciou a ligação de saberes e a percepção que o trabalho do enfermeiro é complexo, o que culminou com o reconhecimento de que o gerenciamento do cuidado é a base do processo de trabalho do enfermeiro. Assim percebeu-se a importância de metodologias que coloquem o estudante como um ser ativo em seu próprio aprendizado, ao mesmo tempo em que promove a ligação de saberes e experiência anteriores de uma forma lúdica, distanciando-se do processo de transmissão fragmentada de conteúdos. Percebeu-se ainda que os estudantes estão se aproximando do conceito de gerenciamento do cuidado, distanciando-se da visão dicotomizada gerenciar *versus* cuidar.

X Semana de Enfermagem de Santa Maria

DESCRITORES: Enfermagem; Gestão em Saúde; Educação Superior

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

Referências

1. Fernandes JD, Rebouças LC. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios. Rev. bras. enferm. 2013; 66(spe): 95-101.
2. Lucca TRe, Vannuchi M TO, Garanhani ML, Carvalho BG, Pissinati PSC. O significado da gestão do cuidado para docentes de enfermagem na ótica do pensamento complexo. Rev. Gaúcha Enferm. 2016; 37(3): 61097.
3. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. Texto & contexto enferm. 2009; 18(2):258-265.
4. Senna MH, Drago LC, Kirchner ÂR, Santos JL G, Erdmann AL, Andrade SR. **Significados da gerência do cuidado construídos ao longo da formação profissional do enfermeiro.** Rev Rene. 2014; 15(2):196-205.
5. Caveião C, Hey AP, Montezeli JH. Administração em enfermagem: um olhar na perspectiva do pensamento complexo. Rev Enferm UFSM. 2013;3(1):79-85.

63. PROJETO ACAMPAVIDA: ABORDANDO O ALZHEIMER COM GRUPO DE IDOSOS POR MEIO DE OFICINAS LÚDICO PEDAGÓGICAS

ACAMPAVIDA PROJECT: CONFABULATING ABOUT ALZHEIMER DISEASE WITH GROUP OF ELDERLIES THROUGH LUDIC PEDAGOGICAL WORKSHOP

[Digite texto]

PROYECTO ACAMPAVIDA: ABORDANDO O ALZHEIMER CON GRUPO DE ANCIANOS MEDIANTE TALLER LÚDICO PEDAGÓGICAS

Piccin, Catiele¹; WICKERT, Daiana Cristina²; Silva, Jordana Lima da³;
CERETTA, Pedro Henrique⁴; SCHIMITH, Maria Denise⁵.

Resumo

Frente ao aumento populacional de idosos presente na sociedade contemporânea, seu inevitável crescimento contingencial e considerando a incidência da doença de Alzheimer nesta faixa etária, o Grupo do Programa de Educação Tutorial – Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria abordou a temática com uma oficina do evento PICVIDA. A atividade teve por objetivo promover a reflexão do tema pelos idosos presentes. Foi utilizado da oficina lúdico-pedagógica com um jogo de memória temático da terceira idade, bem como a confecção de um mural com memórias dos participantes dispondo das metodologias participativas para a construção do conhecimento. Constatou-se participação predominantemente feminina nas atividades. Foram levantadas questões como treinos para a memória, alimentação e exercícios físicos como alternativas para melhorar as capacidades intelectuais. No mural obteve-se predomínio de lembranças ligadas à família. Averiguou-se, por fim, a concepção mútua do conhecimento acerca do tema, promovendo a saúde mental e esclarecendo alguns mitos empíricos existentes.

Descriptores: Doença de Alzheimer; Idoso; Saúde do Idoso.

Abstract

In view of the growing populational percentual of elderly people present on our contemporany society and considering the large incidence of the Alzheimer disease that hit that age group, the team of Programa de Educação Tutorial – Enfermagem of the Universidade Federal de Santa Maria addressed the tematic with a workshop in a event called PICVIDA. The objective of the activity was a reflexion about this theme with the elderly present. Was used a third age thematical eld memory game as a playful-pedagogical workshop and the elaboration of a mural of memories of the participants. It was found The predominance of feminine genre on the activity. Questions were raised as to memory training, diet and exercise as alternatives to improve intellectual abilities. On the mural was predominance of family memories. At last, We had a mutually knowledge increased about the theme, the promotion of mental health and explained empirical myths.

Descriptors: Alzheimer disease; Aged; Health of the Elderly.

Resumen

En vista del creciente porcentaje poblacional de ancianos presentes en nuestra sociedad contemporánea y considerando la gran incidencia de la enfermedad de Alzheimer que afectó a ese grupo de edad, el equipo del Programa de Educação Tutorial - Enfermagem da Universidade Federal de Santa María abordó el tema con Un taller en un evento llamado PICVIDA. El objetivo de la actividad fue una reflexión sobre este tema con los ancianos presentes. Se utilizó un juego de memoria temático la tercera edad, un taller lúdico-pedagógico y la elaboración de un mural de recuerdos de los participantes. Se encontró el predominio femenino en la actividad. Se plantearon preguntas sobre el entrenamiento de la memoria, la dieta y el ejercicio como alternativas para mejorar las habilidades intelectuales. En el mural predominaba el recuerdo familiar. Por fin, tuvimos un mutuo conocimiento temático aumentado, la promoción de la salud mental y explicó mitos empíricos.

Descriptores: Enfermedad de Alzheimer; Anciano; Salud del Anciano.

¹ Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET

Enfermagem. E-mail: cati.piccin@hotmail.com.

² Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET

Enfermagem.

³ Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET

Enfermagem.

⁴ Acadêmico de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET Enfermagem.

⁵ Profa Enfa Dra Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Tutora do Programa

Introdução

O envelhecimento populacional, associado ao aumento da expectativa de vida, é um fenômeno mundial. Observa-se que essa nova tendência no perfil da população acarreta diversas mudanças socioeconômicas, demográficas e sociais. Em consequência disso, a preocupação com a situação de vulnerabilidade do contingente idoso, também vem aumentando nas últimas décadas¹. A população brasileira atual é de aproximadamente 206 milhões de habitantes, segundo estimativas², no ano de 2025, esse número deverá atingir 228 milhões. No ano de 2014, brasileiros com idade superior a 60 anos eram cerca de 20.590.597, representando em torno de 11% da população total, seguindo as projeções estatísticas, no ano de 2060 teremos 218.173.888 habitantes e destes, a população com mais de 60 anos corresponderá a 34% do total de habitantes.

Idoso é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. É importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Existem diferenças significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas que possuem a mesma idade³. Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada⁴.

Frente aos dados estatísticos e as considerações realizadas acerca do envelhecimento, cabe destacar a complexidade de se tornar um idoso, tendo em vista que é uma parte do ciclo humano muito influenciado pelas adversidades e limitações. Durante essa fase, com frequência, os idosos enfrentam isolamento, abandono, falta de amparo social, dificuldade em aceitar e lidar com o próprio processo de envelhecimento, a perda do cônjuge e as adversidades para manter-se financeiramente. Além de tudo isso, a idade contribui para o aparecimento de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis que, por vezes, são incuráveis¹.

Uma das patologias que aparece com o envelhecimento é o Alzheimer, uma doença neurodegenerativa cujas manifestações cognitivas e neuropsiquiátricas resultam em uma deficiência progressiva e uma eventual incapacitação. Em geral, o primeiro aspecto clínico da doença, é a perda da memória recente^{5,6}. A Doença de Alzheimer (DA) é a causa mais frequente de demência. Estima-se haver cerca de 46,8 milhões de pessoas com demência no mundo. Este número praticamente irá dobrar a cada 20 anos, chegando a 74,7 milhões em 2030 e a 131,5 milhões em 2050⁷. Um estudo⁸, realizado no Brasil, encontrou que 55,1% destas demências são decorrentes de DA e 14,1% são decorrentes de DA associada à doença cerebrovascular (DA + Demência Vascular).

[Clique para editar]

Assim, são necessárias adaptações e conscientização das mudanças que essa fase traz consigo, com o objetivo de garantir melhor qualidade de vida da população idosa. Nessa perspectiva, apresenta-se o projeto Acampavida, uma atividade do Núcleo Integrado de Estudos e Apoio à Terceira Idade (NIEATI), em parceria com o Centro de Educação Física e Desportos (CEFD) e alguns cursos de graduação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Trata-se de um projeto de extensão e possibilita que grupos de idosos da cidade participem de diversas oficinas vinculadas às áreas de saúde, esporte, cultura e entretenimento, e diversos temas que proporcionam uma melhora no bem-estar dos participantes, além da interação entre os mesmos.

O Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem participa desse projeto por meio do desenvolvimento de oficinas lúdico-pedagógicas que abordem alguma temática da saúde e qualidade de vida na melhor idade. Estas ações acontecem durante os dois dias de evento e contam com a participação de estudantes voluntários do Curso de Enfermagem, que, mediante encontro com o grupo PET, são capacitados e orientados acerca dos horários, escala e desenvolvimento da atividade.

Na edição do Acampavida de 2016, o evento foi denominado Picvida e, diferente das edições anteriores, aconteceu em apenas um dia no Centro de Eventos (CE) desta universidade. Assim, este trabalho objetiva relatar a oficina desenvolvida pelo Pet Enfermagem no evento Picvida 2016, cujo tema foi qualidade de vida e o Alzheimer.

Metodologia

O Picvida, nome que o evento de 2016 recebeu de uma das participantes, relacionado ao termo piquenique, por ter seu tempo reduzido, aconteceu num único dia. Inicialmente, a ideia era realizar o evento em formato de piquenique, em que os idosos iriam aproveitar o espaço verde do parque e participar das oficinas. Em decorrência do mau tempo no dia da atividade, o evento ocorreu no pavilhão principal do CE da UFSM.

A participação do grupo PET Enfermagem consistiu na elaboração e implementação de um jogo de memória adaptado contendo imagens coloridas e frases relacionadas à terceira idade. Ainda, foi preparado um mural com a frase “Anote aqui memórias que marcaram sua vida”, em que os idosos tiveram a oportunidade de socializar momentos ou vivências que marcaram a sua história de vida.

Também, diferente das demais edições, esse ano não foram disponibilizadas vagas para participação de discentes voluntários do curso de enfermagem. O planejamento geral da atividade foi elaborado pelos bolsistas PET responsáveis pela organização e o grupo PET Enfermagem como

[Digite texto]

um todo, no qual foi escolhido o tema Alzheimer, visto que, como já mencionado, acomete um grande número de idosos.

Nesse sentido, realizaram-se estudos referentes ao tema abordado, organização do material e local, preparo dos envolvidos e confecção de um folder contendo mitos e verdades sobre o Alzheimer, exercícios para melhorar a memória e alimentos amigos da concentração e memória, o qual foi disponibilizado no final de cada oficina. Durante a aplicação das oficinas, ou seja, do jogo da memória e da roda de conversa sobre o tema e da fixação de memórias no mural, objetivou-se promover a troca de conhecimentos entre acadêmicos e os idosos. Foram realizadas duas rodadas de oficinas, uma no turno da manhã e uma no turno da tarde com duração de aproximadamente uma hora. Destaca-se que embora a oficina tenha sido realizada apenas em um dia, a participação foi significativa, já que contamos com a participação de aproximadamente 20 idosos por oficina.

As oficinas permitiram a troca de experiência, socialização de vivências e o diálogo acerca do tema Alzheimer, assim como o incentivo da prática de exercícios para a memória, alimentação saudável desses idosos. Além disso, os petianos envolvidos com a atividade puderam aprimorar seus conhecimentos em torno do tema e habilidades na promoção de saúde dos idosos. Outro ponto importante a destacar, foi a integração com os grupos de idosos de Santa Maria que participam assiduamente das edições do evento. Obtiveram-se durante o desenvolvimento das oficinas, relatos dos idosos a respeito do tema discutido que, poderão ser utilizados em produções científicas futuras do grupo PET Enfermagem.

Durante o dia do evento, como forma de avaliação foi disponibilizado um “Mural de Avaliação”, no qual os idosos puderam escrever sugestões e elogios, destacando pontos que julgassem pertinentes. Além disso, ao término da participação no Picvida, o grupo PET Enfermagem avaliou em suas reuniões administrativas pontos positivos e outros que precisam ser melhorados para as próximas edições.

Resultados e discussão

Durante a atividade percebeu-se a participação predominante do público feminino, assim como em outro estudo⁹, podendo isto estar relacionado ao fato da mulher apresentar maior expectativa de vida. Da mesma forma, estudos^{9,10} apontam a tendência da feminilização da velhice, em que se verifica que este gênero está mais exposto à pobreza e à solidão, que possui maior risco de apresentar morbidades, e, consequentemente, procura aos serviços de saúde, bem como aos grupos de convivência para idosos, com maior frequência.

[Digite texto]

Deve-se considerar o fato de que na terceira idade ainda há distinção relacionadas aos gêneros, mulheres, diferentemente dos homens, procuram o convívio social, buscam conhecer novas pessoas e ampliar o seu círculo de amizades, sendo estas algumas de suas motivações para participar dessas atividades em grupos⁹. Junto a isto, o público feminino demonstra maior preocupação com a saúde, em ser e estar saudável, e, acaba por realizar mais práticas de autocuidado¹⁰.

As idosas participantes estavam organizadas em grupos e durante as atividades, elas contavam as ações realizadas, as suas funções e quanto o grupo propiciava não apenas melhoria física, mas também mental, por meio dos exercícios físicos, das viagens e das festas que lhes eram oportunizadas. Estes relatos reforçam a importância destes grupos de convivência, pois eles promovem a integração e inclusão social, resgatando a autonomia além de estimular a vida saudável na terceira idade¹¹.

A atividade do jogo de memória foi elaborada com o intuito de desmistificar a falta de atenção e o mal de Alzheimer, trazendo as características e conceitos de cada um. Por meio da atividade lúdica foi possível abordar as diferenças entre os assuntos e como esquecimentos do dia-a-dia poderiam ser reduzidos. Durante a atividade, muitas idosas mencionaram esquecer acontecimentos recentes e lembrar-se de fatos ocorridos quando crianças, o que pode ser explicado ao apelo emocional que estava associado àquela lembrança, havendo assim maior facilidade de serem lembrados¹².

Salientou-se às participantes que, na maioria das vezes, não se está ficando “esquecida”, expressão utilizada por muitas, mas que a falta de atenção e a mecanicidade de nossos atos provocam tal esquecimento, uma noite mal dormida, o estresse e, principalmente, dividir a nossa atenção em múltiplas atividades provocam essas falhas em nossa memória¹³.

As idosas que demonstraram maior facilidade na atividade contaram o que em sua rotina realizavam alguns “treinos” para que não acontecessem tantos episódios de esquecimentos. Dentre elas, foram destacados enumerar as atividades que seriam realizadas naquele dia, falar em voz alta qual era a atividade que estava sendo feita, como por exemplo, onde estava colocando a chave de casa ou onde havia guardado algum medicamento, e que isto ajudava a “ter uma memória boa”, segundo elas.

Estudos apontam que realização de atividades físicas faz com que haja manutenção e redução no processo de envelhecer, no que se refere às funções orgânicas¹⁰, sendo esta uma atividade comum nos grupos de convivência. Isto propicia, não apenas a introdução de hábitos

saudáveis de vida, mas também, o prolongamento do tempo e da qualidade de vida, se fazendo necessária a continuidade tanto nas atividades físicas como no convívio social⁹.

A prática de atividades físicas vem sendo uma estratégia de promoção de saúde na terceira idade, pois minimizam a perda da capacidade funcional e do cognitivo. Além disso, reduz o risco de desenvolver e/ou agravar doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, osteoporose, obesidade e depressão¹¹.

Associado a isso, foram realizadas trocas de conhecimento acerca de quais alimentos favorecem a manutenção da memória em idosos e que, consequentemente, apresenta efeitos positivos em sua saúde mental. A importância de possuir uma alimentação rica em vitaminas B, C, D e E, bem como, consumir alimentos ricos em Ômega 3¹¹, foi destacada dando ênfase às principais fontes destes nutrientes, sendo que muitos relataram desconhecer que os alimentos poderiam contribuir para a redução dos esquecimentos.

O espaço organizado contava com o mural intitulado “Anote aqui memórias que marcaram sua vida”, onde as idosas eram convidadas a escrever os fatos mais marcantes de sua trajetória. Nele os temas que mais apareceram estavam relacionados com a família, como o nascimento dos filhos e dos netos, a morte de algum ente querido e a entrada no grupo de convivência de idosas, podendo perceber que tais recordações tinham um forte apelo emocional, por estes representarem uma mudança em seu cotidiano. Apesar de ser uma simples atividade, o resgate destas lembranças estava carregado de valores e significados, no qual a escrita era acompanhada de um depoimento explicativo, mesmo não sendo questionado o motivo que tornava aquele momento tão importante.

Ao final das várias atividades realizadas, as participantes eram convidadas a registrar como tinha sido a experiência da atividade, quais aspectos poderiam ser melhorados, sugestões e críticas. Esse registro consiste em uma avaliação, a fim de proporcionar, em atividades futuras, a abordagem de temáticas que lhes fossem pertinentes, bem como, adotar diferentes formas de conduzir a atividade.

As avaliações possibilitaram observar que as idosas sentem necessidade que estes espaços sejam ampliados e que se repitam com maior frequência, da mesma forma, apontam a importância deste tipo de ação. Em suas colocações percebe-se que as atividades foram bem aceitas pelas participantes, sendo vistas como forma de estimular a vida social saudável, propiciando momentos de cultura lazer e, assim, melhorando a autoestima e ampliando sua autonomia^{14,15}.

As idosas participantes relataram que estas atividades, que proporcionam a integração com diferentes faixas etárias, uma vez com que os organizadores são acadêmicos de cursos de graduação, as fazem sentirem-se mais felizes.

[Digite texto]

Considerações Finais

Constatou-se, por meio dos relatos e avaliações das participantes, que a atividade realizada teve impacto positivo, propiciando novos aprendizados e reflexões frente a temática do esquecimento. Destaca-se a importância de desmistificar os mitos do envelhecimento, propagando saberes que ajudem a identificar a diferença do patológico do fisiológico e com isso, favoreçam a promoção da saúde do público idoso.

Além de ter sido um momento de descontração e interação, percebe-se a valorização das atividades acadêmicas voltadas à comunidade, que propiciam envolvimento, estimulando o empoderamento e autonomia das idosas. Além disso, foi uma forma lúdica e extrovertida de realizar educação em saúde.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Marin MJS et al. História de vida de idosos institucionalizados. Rev Bras Geriatr Gerontol, v.15, n.1, p. 147-54, 2012.
2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais 2013.
3. BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília-DF, 2005.
4. Mendes MRSSB, Gusmão JL, Faro ACM, Leite RCBO. *A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração*. Acta Paul Enferm.; vol.18, n.4, 2005
5. Zhao Q, Tang XC. Effects of huperzine A on an acetylcholinesterase isoforms in vitro: comparison with tacrine, donepezil, rivastigmine and physostigmine. Eur J Pharmacol. 2002, v. 455, n. 2-3, p. 101-7.
6. Janus C, Westaway D. Transgenic mouse models of Alzheimer's disease. Physiol Behav. 2001;73(5):873-86.
7. ADI. Alzheimer's Disease International. O Impacto global da demência: uma análise da prevalência, incidência, custos e tendências. 2015.
8. Herrera EJ, Caramelli P, Silveira AAS, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. Alzheimer Dis Assoc Disord, v.16, n.2, p. 103-8, 2002.
9. Andrade AN, Nascimento MMP, Oliveira MMD, Queiroga RM, Fonseca FLA, Lacerda SNB, et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. Rev Bras Geriatr Gerontol, v.17, n.1, p. 39-48, 2014.
10. Leite MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Winck MT, Silva LAA, Franco GP. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. Rev Gaúcha Enferm, v.33, n. 4, p. 64-71, 2012.
11. Costa SMCL. Importância das Vitaminas, Antioxidantes e Ómega-3 na Doença de Alzheimer. Monografia – Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação / Universidade do Porto, 2008/2009.
12. Okamoto IH, Bertolucci PHF. Perda de memória no idoso. Unifesp, [s.p], [s.d].
13. Novaretti TMS, Novaretti N, Tumas V. Bipolar disorder, a precursor of Parkinson's disease?. Dement Neuropsychol, v.10, n.4, p. 361-364, 2016.

[Digite texto]

14. Rizzolli D, Surdi AC. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, v.13, n.2, p. 225-233, 2010.
15. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, v.16, n. 4, p.821-832, 2010.



[Digite texto]

64. REAÇÕES E PROBLEMAS VIVENCIADOS POR TRABALHADORES DE ENFERMAGEM VÍTIMAS DE ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO

REACTIONS AND PROBLEMS EXPERIENCED BY NURSING TEAM VICTIMS OF BULLYING AT WORK

REACCIONES Y LOS PROBLEMAS EXPERIMENTADOS POR LOS TRABAJADORES DE ENFERMERÍA VÍCTIMAS DE ACOSO MORAL EN EL TRABAJO

Dal Pai, Daiane¹; Lindenberg, Catarina²; Tavares, Juliana Petri³; Trindade, Letícia de Lima⁴; Glanzner, Cecília Helena⁵.

Introdução: O assédio moral, no ambiente de trabalho, é caracterizado pela submissão do trabalhador a constantes humilhações e constrangimentos, de forma intencional, repetitiva e frequente e se expressa, contudo, em atitudes violentas e antiéticas que provocam repercussões negativas na identidade da pessoa assediada, deturpando sua noção de dignidade. Essas condutas expõem o trabalhador a situações humilhantes durante o exercício de sua função, atingindo sua dignidade, bem como sua integridade pessoal, atingindo a saúde integral do profissional e, consequentemente, pondo em risco a qualidade da assistência prestada. A prática do assédio moral pode provocar nas vítimas o desenvolvimento de doenças psíquico-emocionais e físicas, comprometendo não só suas relações no ambiente de trabalho como também seus laços familiares e sociais, além de trazer implicações para a sociedade e instituição, refletindo em baixa produtividade e prejuízos à qualidade de vida do trabalhador⁽¹⁾. Pesquisa recente⁽²⁾ já descreveu a exposição de trabalhadores da saúde a diferentes tipos de violência, dentre as quais o assédio moral se destaca pelo seu malefício à saúde do trabalhador. No que se refere à enfermagem, é imprescindível considerar que, ao assédio moral ainda somam-se os tradicionais desafios do contexto no qual os cuidados de enfermagem são prestados, o qual frequentemente exige o desenvolvimento de atividades sob pressão de tempo e resultados e, muitas vezes, sob condições insalubres e sobrecarga de trabalho. Ainda cabe ressaltar que, juntamente com o novo cenário organizacional, a globalização reestruturou as relações laborais fazendo com que a inserção e permanência das pessoas no trabalho sejam cada vez mais exigentes e repercutam em sentimentos como medo, inseguranças, incertezas e angústia. Progressivamente se exige mais conhecimentos, novos aprendizados, excelência no atendimento e, ainda, o que é alcançado pelo profissional, muitas vezes, não é devidamente reconhecido. Contudo, quando as demandas de maior produtividade são acompanhadas pelo abuso de poder constante, as repercussões podem ser ainda mais negativas para o trabalhador⁽³⁾. É importante considerar que o âmbito de trabalho hospitalar, sob muitos aspectos, favorece a prática do assédio moral voltada à equipe de enfermagem (seja como vítimas ou agressores), por se tratar de uma estrutura rígida, com supervalorização da hierarquia, e com múltiplas exigências emocionais, cognitivas e físicas⁽⁴⁾. Todavia, o assédio moral evidencia-se pela dificuldade de ser comprovado diante de seu caráter silencioso e invisível, como também de difícil

¹ Doutora em Enfermagem – Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

² Acadêmica de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – e-mail: catarina.lindenberg@ufrgs.br

³ Doutora em Enfermagem – Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

⁴ Doutora em Enfermagem – Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina

⁵ Doutora em Enfermagem – Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

[Digite texto]

definição pelas vítimas já que suas características são pouco conhecidas por elas. Esse tipo de violência torna-se, muitas vezes, banalizada pelos trabalhadores, ditas como algo que faz parte do cotidiano, por não enxergarem resolutividade no tratamento e por não se sentirem acolhidos pela instituição⁽²⁾. **Objetivo:** Descrever as reações e problemas vivenciados por trabalhadores de enfermagem vítimas de assédio moral no trabalho. **Metodologia:** Estudo do tipo quantitativo de delineamento transversal, recorte de pesquisa mista intitulada: “Violência no trabalho da enfermagem e suas implicações para a saúde dos trabalhadores e para a cultura de segurança do paciente em hospital universitário”. O cenário da investigação foi hospital universitário de grande porte referência para a região sul do Brasil. A coleta dos dados ocorreu no período de outubro de 2014 a outubro de 2015 a partir da aplicação do *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*, por meio do qual foi possível avaliar as reações e problemas vivenciados pelas vítimas de assédio moral nos últimos 12 meses. Amostra foi constituída por 391 profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), selecionados aleatoriamente. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa do local do estudo e todos os profissionais participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram apresentados com medidas de tendência central e dispersão, frequência relativa e absoluta. A associação entre as variáveis foi avaliada por meio do teste Qui-Quadrado, Mann-Whitney e Teste t de Student, sendo considerados estatisticamente significados os valores de $p<0,05$. **Resultados:** Na amostra predominou o sexo feminino (n=324), com mediana de 44 (37-51) anos, sendo a maioria técnico/auxiliar de enfermagem (74,7%), com mediana de 10 (5-18) anos de trabalho na instituição, média de 18,75 ($\pm 8,19$) anos de experiência na área da saúde e 43% atuava em unidades de internação. A prevalência de assédio moral no trabalho entre os participantes da pesquisa, ocorridos nos últimos 12 meses anteriores ao estudo, foi de 21,2% e 74,4% dos profissionais expostos ao assédio relataram que não foi tomada nenhuma atitude em relação às agressões e 79,5% que o agressor não sofreu nenhuma consequência. Vale salientar que nenhum dos assediados registrou pedido de indenização ou abriu processo contra o agressor. No que concerne às reações frente aos atos de assédio 51,8% contou para um colega, sendo que 9,6% registrou o evento. No que tange aos problemas sofridos em decorrência do episódio de assédio moral, 28,9% das vítimas relataram que vivenciaram bastante ou extremamente memórias, pensamentos ou imagens da agressão repetidas e perturbadoras. Achar que suas atividades passaram a ser mais penosas foi bastante ou extremamente vivenciado para 32,6% das vítimas e permanecer tenso, vigilante, de sobreaviso foi apontado por quase metade da amostra (49,4%) de forma intensa (bastante ou extremamente). O item evitar pensar ou falar sobre o ocorrido contabilizou 25,3% dos respondentes desse tipo de violência. O reconhecimento pelo trabalho que realiza mostrou-se menor no grupo de trabalhadores vítimas de assédio moral ($p<0,001$). **Conclusão:** Os trabalhadores sofreram assédio moral e a maioria das vítimas relatou a agressão para um colega e afirmou que não houve nenhuma consequência para o agressor, ao passo que 9,6% registrou o evento. As vítimas sentem-se menos satisfeitas com o local de trabalho e menos reconhecidas pelo trabalho que realizam com diferença estatística entre os grupos expostos e não expostos. Mais da metade dos participantes que foram vítimas de assédio moral consideraram o incidente uma situação típica no seu local de trabalho e a maioria ficou totalmente insatisfeita ou insatisfeita na forma como o incidente foi tratado. O estudo revelou que o assédio moral influencia de maneira negativa os trabalhadores sob a forma de passarem a considerar suas atividades mais desagradáveis e permanecer tenso, vigilante, de sobreaviso ou “super-alerta” em quase metade das vítimas, além de recordações constantes da prática do assédio moral vivenciadas. É importante a assistência de enfermagem seja protagonizada por trabalhadores que levem em conta o cuidado integral, humanizado e baseado no diálogo, não somente se tratando do paciente, mas também incluindo seus pares. Devem ser criadas atividades de prevenção e ênfase a uma maior visibilidade da problemática do assédio moral a fim de não banalizar esse tipo de violência.

[Digite texto]

DESCRITORES: Violência no Trabalho; Equipe de Enfermagem; Condições de Trabalho.

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

Referências

1. Bobroff MCC, Martins JT. Assédio moral, ética e sofrimento no trabalho. Rev. Bioét. 21(2): 251-258; 2013.
2. Dal Pai D. Violência no trabalho em pronto socorro: implicações para a saúde mental dos trabalhadores. Porto Alegre. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
3. Rodrigues MR, Brêtas ACP. O envelhecimento no trabalho na perspectiva de trabalhadores da área de enfermagem. Revista Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.343-360. 2015.
4. Leite AIT. Assédio Moral no âmbito hospitalar: estudo com profissionais de enfermagem, João Pessoa. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Universidade Federal da Paraíba; 2012.



[Digite texto]

65. REFLEXÕES ACERCA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS CRIANÇAS INTERNADAS EM UTI PEDIÁTRICA

REFLECTIONS ON NURSING CARE FOR INJURED CHILDREN IN A PEDIATRIC ICU

REFLEXIONES SOBRE EL CUIDADO DE ENFERMERÍA A LOS NIÑOS EN LA UCI PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS

FREITAS, Hilda Maria B de¹; CORREA, Aline Medianeira Gomes²; GONZATTI, Cíntia Vanuza de Souza Nascimento³; REIS, Eloá Silvestre⁴; PEREIRA, Fernanda Portela⁵.

Introdução: As Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tiveram origem nos anos 1960, durante a Guerra do Vietnã, quando os soldados feridos necessitavam de um local específico para que pudessem ter acesso a um atendimento, rápido e eficiente¹. Ao necessitar da hospitalização em uma UTI o paciente precisa de cuidados complexos e dinâmicos, equipamentos tecnológicos e profissionais especializados para diagnosticar e tratar algum desequilíbrio orgânico. As primeiras UTIs foram surgindo devido as necessidades de cuidados especiais pelo agravamento da saúde dos pacientes, sendo que essas unidades devem ter o aporte de profissionais qualificados, treinados e atualizados científicamente, juntamente com equipamentos e instalações adequadas para tal finalidade^{1,2}. No Brasil a implantação da UTI Adulto ocorreu no ano de 1965, no estado do Rio de Janeiro e na década de 70 as primeiras UTIs pediátricas brasileiras, a partir desse momento sendo utilizado técnicas artificiais para manter e/ou prolongar a vida dos pacientes³. Desde o surgimento dessas unidades o aumento da incidência de internações, favoreceu para a divisão em três especificações, sendo a UTI Neonatal que atende pacientes de zero a 28 dias de idade, a UTI Pediátrica que engloba os pacientes de 29 dias a 12 anos de idade ou dependendo da necessidade até 18 anos incompletos, e pôr fim a UTI adulto que atende os pacientes da faixa etária maiores de 13 anos; com essa divisão, a eficiência no atendimento dos pacientes tornou-se mais expressiva². As UTIs, com o passar do tempo, foram sofrendo mudanças tecnológicas, profissionais e estruturais e consequentemente melhorias nos procedimentos e técnicas de assistência, as quais favoreceram para que os pacientes em tratamento intensivo retornassem a sua rotina normal³. Nos anos 70 o hospital Sírio Libanês no Estado de São Paulo implementou a primeira UTI Pediátrica, e com o passar dos anos, inúmeras unidades como esta foram surgindo em diferentes locais, com o intuito de melhor a sobrevida de crianças e adolescentes gravemente enfermos. As UTIs Pediátricas têm sofrido mudanças tecnológicas, profissionais e estruturais, uma vez que foram criadas com o objetivo de promover o cuidado e a sobrevida de crianças no cuidado intensivo. Em decorrência do avanço tecnológico, a equipe multiprofissional foi constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas nutricionistas, e outros profissionais preparados para atuar diretamente ao cuidado crítico². Mesmo com todos os avanços da ciência, a taxa de mortalidade nas UTIs Pediátricas ainda é alta, pela gravidade dos casos atendidos e também pelos fatores que favorecem

¹ Enfermeira. Doutora em Ciências – UNIFESP. Mestrado em Enfermagem – UFRGS. Especialista em Cuidados Intensivos Pediátrico e Neonatal - UNIFRA. Enfermeira Assistencial da UTI Pediátrica do HUSM. hildasame@gmail.com

² Enfermeira Assistencial da UTI Pediátrica do HUSM.

³ Enfermeira Assistencial da UTI Pediátrica do HUSM.

⁴ Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva - UNIFRA. Enfermeira Assistencial da UTI Pediátrica do HUSM.

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFSM. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar em Sistema Público de Saúde pela UFSM. Enfermeira Assistencial da UTI Pediátrica do HUSM.

[Digite texto]

para que a criança em algum grau de risco como as doenças respiratórias, os estados convulsivos, as intoxicações, os acidentes e traumas, que podem ocasionar complicações como parada cardiorrespiratória, processos infecciosos, parasitários e traumáticos, constituem as principais causas de internação¹. Diante desta realidade, o conhecimento técnico científico, bem como os dados epidemiológicos da morbimortalidade na infância, auxiliam para a tomada de decisões e estratégias para o aperfeiçoamento da qualidade do cuidado realizado nestas unidades. A aquisição de tecnologias, o treinamento dos recursos humanos, a reavaliação dos processos de atenção e a adaptação estrutural, podem ser planejados com vistas às características demográficas e de morbidade da população internada⁴. O mundo do cuidado, na UTI, e neste estudo destaca-se as Pediátricas, é singular por se caracterizar em um ambiente distinto às influências de vida natural e cotidiana da criança gravemente enferma; contudo, deve oferecer condições que permitam a adaptação e a reestabilização da criança nela assistida. O presente trabalho tem como questão norteadora: A assistência de enfermagem em uma UTI pediátrica contribui para o cuidado de enfermagem? E como objetivo refletir sobre o cuidado de enfermagem à criança internada em UTI Pediátrica.

REFLEXÕES DO CUIDADO ENFERMAGEM ÀS CRIANÇAS INTERNADAS NA UTI PEDIÁTRICA: O mundo do cuidado, na UTI, é singular por se caracterizar em um ambiente distinto às influências de vida natural e cotidiana do ser humano; contudo, deve oferecer condições que permitam uma adaptação da melhor forma possível e uma reestabilização do ser humano nela assistido³. Os Hospitais Universitários têm como uma das suas características a complexidade de pacientes por eles assistidos. O agravamento do quadro clínico desses pacientes durante a internação hospitalar pode levá-los a serem admitidos prolongando sua permanência na unidade hospitalar. Mesmo com todos os avanços da ciência, a taxa de mortalidade nas UTIP ainda é alta, devido à gravidade dos casos atendidos e pelos vários fatores que favorecem para as complicações por agravos de certas doenças como: as respiratórias, os estados convulsivos, as intoxicações, os acidentes e traumas, constituem as principais causas de ingresso a essas unidades¹. O cuidado de enfermagem em UTI Pediátrica, revela a importância do conhecimento técnico-científico, de treinamentos em serviço que visem melhorar, atualizar, oportunizar o desenvolvimento e o envolvimento no cuidado, com a finalidade de preservação da vida, que favoreça a sobrevida de pacientes pediátricos. Além de ter profissionais qualificados de diversas áreas, como equipamentos tecnológicos, monitores cardíacos multiparâmetros, bombas de infusão, os ventiladores artificiais, usados para a realização de procedimentos invasivos e atendimento de pacientes graves⁵. Dessa forma, para uma assistência integral às crianças internadas em UTI Pediátrica, torna-se indispensável que as unidades sejam equipadas e estruturadas com profissionais de saúde que tenham conhecimento técnico-científico, para atender em situações de risco, que saibam manusear materiais e equipamentos de última geração como monitores cardíacos multiparâmetros, respiradores artificiais, bombas infusoras, para a realização de procedimentos invasivos, administração de fármacos e atendimento às mais variadas complicações³. Complementando essa ideia, o Ministério da Saúde, Portaria MS nº 3.432, 12 de agosto de 1998 as UTIs são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de crianças graves que necessitam de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnósticos e terapêuticas². Além de assegurar a assistência e qualificar a rede de atenção integral à saúde da criança baseada nos princípios garantidos na Constituição Federal, no Estatuto da Criança e do Adolescente e no Sistema Único de Saúde, como o direito de acesso aos serviços de saúde, hierarquizados e com enfoque da integralidade do indivíduo e da assistência resolutiva. Portanto, os profissionais que atuam em UTI Pediátrica, neste estudo destaca-se o enfermeiro, precisam identificar as necessidades da criança, suas expectativas em relação ao cuidado, as quais facilitarão a aceitabilidade do trabalho minimizando reações como medo, angústia, insegurança e rejeição à internação. Para a criança, a experiência de estar internada em uma UTI Pediátrica, é negativa, traumática e assustadora, sendo imprescindível o cuidado do enfermeiro voltado as suas

[Digite texto]

necessidades, interagindo também com a família, valorizando e respeitando sua história pregressa, cultura e crença. **Considerações finais:** As UTIs surgiram com o intuito de atender os pacientes criticamente doentes, exigindo profissionais com conhecimento técnico e científico para o tratamento e cuidado de enfermagem, e consequente melhora a sobrevida das crianças. O cuidado de enfermagem à criança torna-se complexo e permeado por incertezas, sendo importante um olhar atento, crítico e resolutivo, contribuindo para a ampliação do conhecimento na área pediátrica.

DESCRITORES: Enfermagem; Criança Hospitalizada; UTI Pediátrica; Saúde Integral da Criança e do Adolescente.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Alves M, Faddul VMF, Bissigui PO, Nitsche MJT, Olbrich SRLR, Luppi CHB, Toso LAR. Perfil dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital escola do interior de São Paulo. Cienc Cuid Saude. 2014 Abr/Jun; 13(2):294-301.
2. Brasil. Ministério da saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 24 fev. 2010.
3. Souza GA. Humanização da Assistência em UTI: uma alternativa para a melhoria na qualidade do atendimento ao paciente em tratamento intensivo no Exército Brasileiro. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Escola de Saúde do Exército, Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares. Rio de Janeiro, 2010.
4. Lanetzki CS et al. O perfil epidemiológico do Centro de Terapia Intensiva Pediátrico do Hospital Israelita Albert Einstein. Einstein (São Paulo) [online]. São Paulo. 2012, vol.10, n.1, pp. 16-21. ISSN 1679-4508.
5. Molina RCM, Marcon SS, Uchimura TT, Lopes E. P. Caracterização das internações em uma unidade de Terapia intensiva pediátrica, de um hospital-escola da região sul do brasil. Cienc Cuid Saude. 2008;7(Suplem. 1):112-120.

[Digite texto]

66. RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

EXPERIENCE REPORT IN A WORKERS'S HEALTH REFERENCE CENTER: NURSING ACTIVITIES

INFORME DE EXPERIENCIA EN CENTRO DE TRABAJADORES REFERENCIA DE SALUD: ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

NICOLETTI, Getúlio Simões¹; NAZARIO, Elisa Gomes²

Introdução: As relações de trabalho vêm se modificando e evoluindo progressivamente. Passou-se a exigir mais dos trabalhadores, porém, muitas vezes, sem proporcionar a eles todas as condições necessárias para o desenvolvimento adequado de suas funções. As questões que envolvem as condições e ambiente de trabalho precisaram ser revistas durante a evolução desse processo. A partir disso, começou a ser desenvolvida uma legislação com o objetivo de assegurar direitos básicos aos trabalhadores, bem como protegê-los conforme suas necessidades¹. Nesse sentido, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) estrutura os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)². O CEREST, como serviço que integra esta rede, é uma ferramenta do Sistema Único de Saúde (SUS) nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais². Tem como eixos norteadores vigilância em saúde do trabalhador, a assistência especializada e a educação em saúde do trabalhador. Especificamente nas atividades desenvolvidas no eixo da vigilância em saúde do trabalhador, estão as intervenções relacionadas a avaliação das condições de trabalho e as notificações de doenças e agravos causados no espaço laboral. Dessa maneira, a valorização do trabalho humano, bem como a fiscalização de como este é exercido passou a ser possível e essencial. **Objetivo:** relatar a experiência vivida em estágio curricular de graduação de enfermagem no CEREST do município de Santa Maria. **Metodologia:** Este trabalho é um relato de experiência do período de estágio curricular de um acadêmico de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, desenvolvido a partir da sua vivência no CEREST da região centro do estado do Rio Grande do Sul, no município de Santa Maria. Nesta região, este serviço tem como área de abrangência 32 municípios da 4^a Região Sanitária do Estado. A equipe que atuava no referido serviço era formada por uma enfermeira, um psicólogo, dois fisioterapeutas, dois médicos, um técnico de segurança do trabalho e um engenheiro de segurança do trabalho. Este relato vai tratar mais especificamente das atividades desenvolvidas no eixo da vigilância em saúde do trabalhador, na qual o acadêmico se inseriu diretamente na fase de reorganização do relatório final de uma ação realizada no ano de 2015, pela equipe do CEREST, a convite do Ministério Público. Esta ação denominada de “força tarefa” contou com a participação de diferentes órgãos públicos que atuaram articuladamente junto a uma empresa do setor de alimentação da cidade de Santa Maria/RS. Esta “força tarefa” tinha como objetivo avaliar as condições nas quais os trabalhadores da empresa desenvolviam suas atividades, na perspectiva de qualificar os ambientes em que se davam os processos laborais, garantindo saúde e segurança no processo de trabalho. Além desta atividade, o estágio oportunizou o acompanhamento e a participação nos processos de planejamento da equipe, bem como de ações

¹ Enfermeiro, Bacharel, Estudante no Programa de Pós-graduação do Centro Universitário Franciscano - Especialização em Terapia Intensiva: ênfase em oncologia e controle de infecção. (getulio.sn@hotmail.com)

² Enfermeira, Bacharel, Residente no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria.

[Digite texto]

no campo da educação e da participação social. O tempo transcorrido durante a experiência foi de julho a setembro do ano de 2015. **Resultados:** A equipe do CEREST analisou a organização e funcionamento da estrutura de segurança e saúde ocupacional utilizada pela empresa alimentícia. Da mesma forma, buscou avaliar se havia medidas para o bem estar dos trabalhadores, possibilitando que os ambientes e condições de trabalho fossem seguros e saudáveis com a realização de um relatório. Este havia sido elaborado e organizado utilizando como base as normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho, as quais regem as relações de trabalho e segurança no âmbito das empresas, na perspectiva de garantir medidas para manter a saúde e segurança dos seus trabalhadores. A partir disso, notou-se a necessidade de reformulação do referido documento. Percebeu-se esta questão uma vez que o CEREST é vinculado ao Ministério da Saúde, assim, seu relatório deveria reforçar as legislações referentes ao âmbito de conhecimento deste campo. Coube, então, ao acadêmico a função de revisar e reorganizar o documento da visita a empresa alimentícia. A reorganização do documento buscou relacionar e fortalecer as questões de trabalho com as questões de saúde, buscando na legislação do SUS, e de Saúde do Trabalhador, a fundamentação do mesmo. Para tanto foi utilizada a Lei Orgânica da Saúde, lei número 8.080 de 1990. Em seu artigo 6º, esta lei traz como atribuição dos serviços de saúde, na área da saúde do trabalhador, a organização e funcionamento dos serviços, ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, bem como ações de vigilância³. Além disso, foram utilizadas algumas portarias que tratam do tema, como a que estabelece a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora⁴ e a lei número 8.142 de 1990, que dispõe sobre a participação da população na gestão do SUS⁵. Após a conclusão das modificações do relatório, alicerçadas na legislação do Sistema Único de Saúde, o mesmo foi apresentado para a equipe do CEREST responsável por sua elaboração inicial. Durante a apresentação, ao mesmo tempo em que ia sendo informando sobre as alterações realizadas, as correções eram feitas a partir da discussão e contestação sobre cada ponto. Desse modo, contando com o vasto conhecimento teórico e prático de cada profissional membro da equipe do CEREST, eram inclusas na nova versão do documento as suas sugestões. Além desta atividade, foi possível participar de ações que reforçam o princípio do SUS na participação social, por meio de reuniões do Conselho Gestor do CEREST, e também de ações de atribuição da gestão, como reuniões de equipe para elaboração de plano de metas do próximo ano. **Conclusões:** O relatório serviu como parâmetro para que a equipe do CEREST fizesse o acompanhamento dos acordos pactuados com a empresa, no sentido de qualificar o cuidado aos seus trabalhadores, bem como para atuação no campo da vigilância em saúde do trabalhador em outros estabelecimentos do ramo da alimentação. Importante salientar que, no decorrer do estudo comparativo entre as normas que regulamentam o processo de trabalho, e as que regem o cuidado a saúde dos trabalhadores, foi possível refletir sobre o cotidiano dos trabalhadores da indústria alimentícia. Do mesmo modo, observou-se o que acontece na maioria das empresas, onde o empregador contrata serviços de medicina do trabalho com o intuito de cuidar dos trabalhadores. No entanto, percebe-se, muitas vezes, que esses serviços atuam mais em defesa dos interesses do próprio contratador, ou seja, com vistas somente ao lucro e produção, independente da situação de adoecimento e de insegurança a quais os trabalhadores estão expostos. Nessa perspectiva, nota-se a fundamental importância da atuação de vigilância do SUS, em especial do CEREST no controle e avaliação dos ambientes laborais, bem como na organização e minimização dos riscos a que os trabalhadores estão expostos. Por fim, registra-se que o período de estágio acadêmico no CEREST se mostrou muito positivo e produtivo. A receptividade dos profissionais, o ambiente de trabalho e a organização do serviço prestado tornaram o campo de estágio um lugar muito prazeroso e fonte de enorme ganho de conhecimento. Assim, foi possível vislumbrar a área de saúde do trabalhador como um campo de formação e de atuação muito promissor para o profissional enfermeiro.

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

[Digite texto]

DESCRITORES: Saúde do Trabalhador; Enfermagem; Enfermagem do Trabalho; Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Referências

- 1 - Silva ÁJA, Campos EAR, Sierdovski M, Carmo RM. Considerações sobre o direito do trabalho: uma abordagem da gestão de pessoas no contexto organizacional. *Revista Paradigma*. 2012; 17(21):141-156.
- 2 - BRASIL, Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 novembro de 2009. Seção 1.
- 3 - BRASIL, Lei nº 8.080 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. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1990.
- 4 - BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Brasília*, DF, 2012.
- 5 - BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1990.



[Digite texto]

67. RESILIÊNCIA: REVISÃO DE INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA PESQUISA E POPULAÇÕES ESTUDADAS

RESILIENCE: REVIEW OF INSTRUMENTS USED FOR RESEARCH AND POPULATIONS STUDIED

RESILIENCIA: INSTRUMENTOS DE REVISIÓN UTILIZADAS EN INVESTIGACIONES Y POBLACIONES ESTUDIADAS

GRECO, Patrícia Bitencourt Toscani¹; MAGNAGO, Tania Solange Bosi de Souza²; GONÇALVES, Naiane Glacieli da Costa³; SILVA, Jaqueline Scalabrin da⁴; DAL ONGARO, Juliana⁵; LUZ, Emanueli Mancio Ferreira⁶

RESUMO

Introdução: A resiliência é a competência que uma pessoa tem de cultivar padrões de crenças devidamente estruturados, para lidar e superar adversidades por meio de forças e virtudes, que possam produzir um olhar positivo sobre a adversidade. **Objetivo:** Investigar instrumentos construídos ou validados, ou ainda com avaliação psicométrica para avaliação de resiliência psicológica. **Método:** Revisão narrativa da literatura nas bases PubMed e LILACS, com o intuito de identificar os instrumentos de mensuração de resiliência. **Resultados e discussão:** Os instrumentos mais utilizados são as variações da *Connor-Davidson Resilience Scale* e a *Resilience Scale*, estas são escalas adaptadas transculturalmente para o Brasil. **Considerações finais:** Esta revisão aponta para a necessidade de estudos metodológicos ou de adaptação transcultural para a língua portuguesa, de outras escalas para a mensuração da resiliência no Brasil.

Descriptores: Resiliência psicológica; Estudos de validação; Inquéritos e questionários.

ABSTRACT

Introduction: Resilience is a person's competence to cultivate properly structured belief patterns to deal with and overcome adversities through strengths and virtues that can produce a positive outlook on adversity. **Objective:** To investigate constructed or validated instruments, or psychometric evaluation to assess psychological resilience. **Method:** Narrative review of the literature in the PubMed and LILACS databases, with the aim of identifying the instruments of resilience mensuration. **Results and discussion:** The most used instruments are the variations of the Connor-Davidson Resilience Scale and the Resilience Scale, these are transculturally adapted scales for Brazil. **Final Considerations:** This review points to the need for methodological studies or cross - cultural adaptation to the Portuguese language, from other scales for the measurement of resilience in Brazil.

Descriptors: Resilience Psychological; Vadilation Studies; Surveys end questionnaires.

RESUMEN

Introducción: La resiliencia es la potencia que una persona tiene que crecer patrones de creencias adecuadamente estructurados para afrontar y superar la adversidad a través de las fortalezas y virtudes que puede tener una mirada positiva sobre la adversidad. **Objetivo:** Para investigar construida o validado instrumentos, o con pruebas psicométricas para evaluar resistencia psicológica. **Método:** Revisión narrativa de la literatura en PubMed y LILACS, con el fin de identificar los instrumentos mensuração resiliencia. **Resultados y Discusión:** Los instrumentos utilizados con más frecuencia son las variaciones de la Escala resiliencia y resistencia Connor-Davidson, estas escalas están adaptados culturalmente a Brasil. **Consideraciones Finales:** Esta revisión apunta a la necesidad de realizar estudios metodológicos o adaptación transcultural al portugués, otras escalas para medir la capacidad de recuperación en Brasil. **Descriptores:** Resiliencia Psicologica; Estudios de validación; Encuestas e cuestionarios.

III Seminário Internacional

¹ Enfermeira, Mestre. Professora, Universidade Regional integrada do Alto Uruguai e das Missões- Campus Santiago. E-mail: pbtoscani@hotmail.com.

² Enfermeira, Doutora. Professora, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

³ Enfermeira. Mestre.

⁴ Enfermeira, Hospital Universitário Santa Maria (HUSM).

⁵ Acadêmica de enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria(UFSM).

⁶ Enfermeira, Mestre. Hospital de Guarnição de Santa Maria (Hgu).

[Digite texto]

Introdução

O termo resiliência é historicamente associado a estudos da física e engenharia, nessas áreas refere-se a capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformações permanentes.¹ A partir dos conceitos é possível fazer uma analogia ao termo utilizado pela física e pela psicologia: a relação tensão/ pressão com deformação não-permanente do material corresponderia à situação que ocorre entre uma situação de risco/ estresse/ experiências adversas/ respostas finais de adaptação. Infelizmente, a definição de resiliência em saúde e psicologia não é tão clara e precisa, pois o ser humano é multifatorial, o que exige uma compreensão diferenciada.¹

O conceito mais utilizado pela psiquiatria e pela psicologia é de que é a competência que uma pessoa tem de cultivar padrões de crenças devidamente estruturados, para lidar e superar adversidades por meio de forças e virtudes, de forma que resulte em comportamento resiliente e no amadurecimento pessoal.²

No que se refere aos aspectos sociais e de saúde,³ resiliência é a capacidade universal que possibilita o indivíduo, grupo ou comunidade prevenir, minimizar ou ultrapassar as marcas ou efeitos das adversidades da vida. Assim a capacidade de superar os efeitos nocivos das adversidades ou a habilidade de superar as adversidades são definições de resiliência.^{4,5}

A resiliência é a capacidade universal que possibilita o indivíduo, grupo ou comunidade prevenir, minimizar ou ultrapassar as marcas ou efeitos das adversidades da vida.³ Nesse sentido, acredita-se que mesmo não sendo possível modificar algumas adversidades da vida é possível modificar a maneira como se encara a situação, e como consequência modificar os reflexos desta sobre a vida do indivíduo. Assim, pesquisador sobre tema resiliência⁶ afirmou que a “resiliência se trata da procura de soluções geradas na angústia humana”.

Existem três tipos de resiliência: a emocional, a acadêmica e a social. A resiliência emocional relaciona-se com as experiências positivas que levam a sentimentos de autoestima, autoeficácia e autonomia, que capacitam a pessoa a lidar com mudanças e adaptações, obtendo um repertório de abordagens para a solução de problemas. A resiliência acadêmica engloba a vida escolar como um lugar onde habilidades para resolver problemas podem ser adquiridas. E a resiliência social envolve fatores relacionados ao sentimento de pertencimento, supervisão de pais e amigos, relacionamentos íntimos, ou seja, modelos sociais que estimulem a aprendizagem de resolução de problemas⁷.

Estudos apontam que as pesquisas sobre resiliência vem aumentando, sendo que os temas associados mais comumente são: holocausto, impacto do abuso sexual, uso de drogas por

adolescentes, efeitos da dependência química parental e do stress familiar, a relação entre violência e etnia, desempenho acadêmico e divórcio.⁸

Considerando a relevância de estudos com a temática resiliência, tem-se como pergunta de pesquisa de revisão: Quais são os instrumentos construídos, ou validados, ou ainda com avaliação psicométrica para avaliar a resiliência humana? E como objetivo: Investigar instrumentos construídos ou validados, ou ainda com avaliação psicométrica para avaliação de resiliência psicológica.

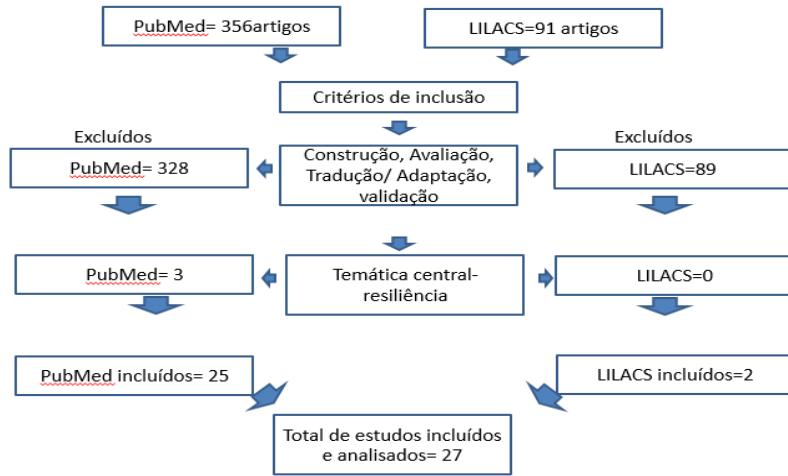
Método

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura sobre instrumentos de avaliação de resiliência. A revisão narrativa permite estabelecer relações com produções anteriores, bem como identificar temáticas recorrentes, ou ainda apontar novas perspectivas, o que favorece a consolidação de uma área do conhecimento.⁹

Para a identificação dos instrumentos construídos, traduzidos, adaptados, validados, ou ainda com avaliação psicométrica que avaliam resiliência, foi realizada no período de maio a junho de 2015 uma busca nas bases de dados eletrônicas: U.S. National Library of Medicine and the National Institutes of Health (PubMed), e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os descriptores e palavras chave foram selecionados pelo DeCS e MeSH (Descriptores em Ciências da Saúde e Medical Subject Headings, respectivamente) a partir do próprio descritor e seus sinônimos. No PubMed utilizou-se a seguinte estratégia de busca: (“Validation”) OR (“Questionnaire”) OR (“psychomet”) OR (“instrument”) OR (“scale”) AND (“resilience, psychological”) [em All Fields] (todos os campos- por palavras-chave) e totalizou 356 artigos. Já na base LILACS houve necessidade de reestruturar a estratégia de busca, então a mesma foi ampliada: “resiliência psicológica” [Descritor de assunto], totalizando 91 artigos.

Foram incluídos artigos de construção, validação, ou ainda de avaliação psicométrica de instrumento de resiliência, nos idiomas inglês, português ou espanhol. Adotou-se como critérios de exclusão estudos que continham instrumentos de resiliência, porém não tinham como objetivo avaliar, ou validar este, estudos qualitativos, revisões, ou estudos teóricos (reflexões, artigos de opinião, atualização). Ressalta-se que para a inclusão dos estudos foi realizada leitura dos títulos e resumos de todos os artigos científicos encontrada com estratégia de busca citada anteriormente.

[Digite texto]



Fluxograma1- Processo de seleção dos artigos identificados nas buscas nas bases eletrônicas PubMed e LILACS.

III Seminário Internacional

Os resumos dos artigos selecionados foram colocados em um quadro sinóptico contendo os seguintes itens: referência, objetivo, delineamento do estudo, instrumentos utilizados e principais resultados.

Para esta etapa metodológica, utilizou-se a análise de conteúdo temática,¹⁰ a qual se desdobra em três etapas. A primeira consiste na pré-análise, a exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, a mesma determina os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise. A segunda etapa trata-se da exploração do material, procura encontrar categorias de expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. E na terceira e última etapa, refere-se ao tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dos resultados brutos são submetidos à operação estatística simples ou complexa, que permite destacar as informações obtidas.¹⁰ Nesse momento, os dados extraídos dos resumos foram agrupados resultando em dados relevantes, a análise das publicações permitiu uma descrição sobre os instrumentos utilizados para mensurar a resiliência e as populações estudadas.

Resultados e discussão

[Digite texto]

Dos 27 estudos encontrados nestas buscas 92,6%(n=25) estão escritos na língua inglesa, e 7,4%(n=2) em português, sendo somente 11% (n=3) estudos de origem brasileira, no qual um está publicado em revista norte americana, na língua inglesa. No que se refere ao ano de publicação, prevaleceu o ano de 2011 com 29,6%(n=8) das publicações, seguidos por 2010 e 2013 com 22,2%(n=6), 2012 18,5% (n=5), e 2014 7,4%(n=2). Os instrumentos mais utilizados são as variações da *Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*, a *Resilience Scale*, a *Recovery Assessment Scale (RAS)*, a *Dispositional Resilience Scale15 (DRS-15)*.

Nestes estudos outras escalas também foram utilizadas, entre elas: a *Conjoint Community Resiliency Assesment Measure-28/10 (CCRAM- 28 e CCRAM-10)* para avaliação de resiliência da comunidade; a *Suicide Resilience Inventory-25 (SRI-25)*, para medida de auto relato de superação ao suicídio; a *Chyld and Youth Resilience Measur (CYRM-58)*, para avaliar crianças e jovens; a *Adolescents Resilience Questionnaire*, para avaliar adolescentes, e a *Ego Resilience-89(ER-89-R)*, utilizada para avaliar a resiliência na transição entre adolescência para a idade adulta emergente. Ainda nesta revisão foi identificado a construção de dois novos instrumentos a *Work Scale*, para avaliar a resiliência no trabalho, e o desenvolvimento de um questionário para avaliar resiliência em crianças com doença crônica.

Os instrumentos mais utilizados são as variações da *Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*, escala com 10 e 14 itens, com 27%(n=10) dos estudos, contemplando estudos de validação em variadas culturas (chinesa, coreana, espanhola, brasileira), e a *Resilience Scale* e suas variações: escala com 14, 18 itens, nas culturas japonesa, chinesa, turca, brasileira. Para mensurar resiliência na língua portuguesa destacam-se as seguintes escalas: *Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*, a *Resilience Scale* (14 e 18 itens). Abaixo, serão apresentados as categorias Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), e Resilience Scale elaboradas a partir das leituras do material.

A *Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*, originalmente, foi administrada a seis grupos populacionais distintos: população geral americana, pacientes de cuidados primários, pacientes psiquiátricos ambulatoriais, sujeitos de um estudo de ansiedade generalizada e duas amostras de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Enquanto o instrumento original de Connor e Davidson (2003) possui 25 itens, reunidos nos cinco fatores, após análise fatorial confirmatória observou-se uma estrutura unifatorial, composta por 10 itens; a esse fator único chamaram resiliência e a *CD-RISC* recebeu nova denominação - *CD-RISC-10* - para diferenciá-la de sua forma de 25 itens.

[Digite texto]

Uma ampla variedade de populações tem sido estudada com esta escala, incluindo amostras da população geral, sobreviventes de traumas diversos, adolescentes, idosos, pacientes em tratamento para transtorno de estresse pós-traumático, membros de diferentes etnias e culturas. As propriedades psicométricas da *CD-RISC* foram plausíveis em todos os estudos, mas a estrutura factorial encontrada tem sido variada. Não foram localizados estudos que tenham testado a estrutura factorial da *CD-RISC* em contexto de trabalho.¹¹

A *Resilience Scale* desenvolvida por Wagnild e Young foi adaptada e validada para a população brasileira por Pesce em 2005. A escala original contém 25 itens, em escala Likert de sete pontos (variando entre discordo totalmente e concordo totalmente), que mede os níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes.¹²

Nesta busca foram encontradas apenas duas escalas (citadas anteriormente) com adaptação transcultural para a língua portuguesa, porém em outras línguas há um número considerável de escalas que podem avaliar com maior fidedignidade populações diferenciadas como crianças, comunidades, trabalhadores e adolescentes.

Considerações finais

Nesta busca, foi possível verificar que existem várias escalas para mensurar a resiliência em populações específicas, atendendo a suas especificidades. Assim destaca-se que no Brasil os instrumentos de avaliação da resiliência, são para populações gerais. Entretanto, nessa busca foram encontradas escalas específicas para resiliência no trabalho, resiliência em comunidades, em crianças e adolescentes.

Esta revisão da literatura aponta para a necessidade de estudos metodológicos, ou de adaptação transcultural para a língua portuguesa, de outras escalas para a mensuração da resiliência no Brasil. Dessa forma ressalta-se que instrumentos que contemplam as individualidades de cada populações poderão contribuir na construção do conhecimento sobre resiliência, assim como poderão favorecer o planejamento de ações de promoção da resiliência mais resolutivas e efetivas, atentando par as necessidades específicas de determinada população.

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

Referências

1. Yunes, MAM, Szmanski, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: Tavares J. (org.). Resiliência e educação. São Paulo: Cortez. 2001.
2. Barbosa GS, Varela JM. Estratégias para resiliência no desenvolvimento de líderes: treinamento. São Paulo: SOBRARE. 2011.

[Digite texto]

3. Pereira, AMS. Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping. In: Tavares, J. Resiliência e educação. São Paulo: Cortez. 2001.
4. Grotenberg, EH. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The Hague: The Bernard van Leer Foundation. 1995.
5. Martneau, S. Rewriting resilience: critical discourse analysis of childhood resilience and politics of teaching resilience to “kid at risk”. [Tese]. University of British Columbia. 1999.
6. Barbosa, GS. Resiliência em Professores do Ensino Fundamental de 5^a a 8^a série: Validação e Aplicação do “Questionário do índice de Resiliência: Adultos REIVICH-SHATTÉ/BARBOSA”. [Tese]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo. 2006.
7. Garcia I. Vulnerabilidade e resiliência. Adolescência Latinoamericana. 2001; 2(3):128-130.
8. Gurgel LG, Plétniz RDM, Joly MCRA, Repold CT. Avaliação da resiliência e adultos e idosos: revisão de instrumentos. Estudos de Psicologia- Campinas. 2013; 30(4): 487-496.
9. Elias CSR, Silva LA, Martins MTS, Ramos NAP, Souza MGG, Hipólito RL. Quando chega o fim?: uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. SMAD: Revista Eletrônica en salud Mental, Alcohol y drogas. 2012; 8(1): 48-53.
10. Minayo, MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14^a edição. São Paulo: Hucitec, 2014.
11. Lopes VR, Martins MCF. Validação fatorial da escala de resiliência de connor-davidson (CD-RISC-10) para brasileiros. Revista Psicologia: Organizações e Trabalho. 2011 Jul-Dez; 11(2): 36-50.
12. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes S R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. Cadernos de Saúde Pública. 2005 Mar-Abr; 21(2): 436-44.



[Digite texto]

68. RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA RELACIONADA A *KLEBSIELLA* SP. EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO

ANTIMICROBIAL RESISTANCE RELATED TO *KLEBSIELLA* SP. IN A PHILANTHROPIC HOSPITAL

RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA RELACIONADA A *KLEBSIELLA* SP. EN UN HOSPITAL FILANTROPICO

ECHER, Alane¹; DE MARCO, Vera Regina²; OLIVESKI, Cínthia Cristina³; FRANCO, Gianfábio Pimentel⁴, STOLZ, Eveline Dischkaln⁵.

Resumo

O objetivo do presente estudo foi identificar a presença e investigar o perfil de resistência microbiana de cepas de *Klebsiella* sp. isoladas de maçanetas de portas da unidade médica de internação de um hospital filantrópico. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e descritiva. Foram coletadas amostras de quatro maçanetas, de onde foram identificadas três cepas de *Klebsiella*, submetidas ao antibiograma. Este revelou perfil variado de resistência aos antimicrobianos: todas as amostras apresentaram sensibilidade ao norfloxacino, gentamicina, cloranfenicol e ácido nalidíxico; para a cefalexina duas amostras foram sensíveis e uma intermediária; para amoxacilina e sua associação com clavulanato uma amostra foi sensível e duas intermediárias; uma amostra foi sensível, uma intermediária e outra resistente a cefotaxima; as três amostras foram resistentes a ampicilina. Conclui-se que é necessário investir no rastreamento/controle de IH, visando a segurança e qualidade na assistência ao paciente.

Descriptores: Infecção hospitalar; *Klebsiella pneumoniae*; Farmacorresistência Bacteriana

Abstract

This study objective was to identify the presence and to investigate the profile of *Klebsiella* sp. strain microbial resistance from doorknobs in a hospitalization medical facility in a philanthropic hospital. It is a quantitative and descriptive approach study. Samples from five doorknobs were collected, from where were identified three *Klebsiella* strains submitted to antibiogram, that revealed varied profile of resistance to antimicrobials: all samples showed sensitivity to Norfloxacin, Gentamicin and Nalidixic acid; two samples were sensible and one was intermediate to Cefalexin; one sample was sensible and two were intermediate to Amoxicillin and its association with Clavulanate; one sample was sensible, one intermediate and one resistant to Cefotaxime; the three samples were resistant to Ampicillin. It is concluded that it is necessary to invest on scanning and controlling HI, seeking safety and quality in patient care.

Descriptors: Cross Infection; *Klebsiella pneumoniae*; Drug Resistance, Bacterial.

Resumen

El objetivo del estudio fue identificar la presencia e investigar el perfil de resistencia microbiana de cepas de *Klebsiella* sp. aisladas de tiradores de puertas de la unidad médica de un hospital filantrópico. Se trata de un estudio de abordaje cuantitativo y descriptivo. Fueron colectadas muestras de cinco tiradores de puertas, de donde fueron identificados tres cepas de *Klebsiella*, sometidas al antibiograma. Este reveló perfil variado de resistencia a los antimicrobianos: todas las muestras presentaron sensibilidad al norfloxacino, gentamicina, cloranfenicol y ácido nalidíxico; para la cefalexina dos muestras fueron sensibles y una intermediaria; para amoxacilina y su asociación con clavulanato una muestra fue sensible y dos intermediarias; uno muestra fue sensible, una intermediaria y otra resistente a la cefotaxima; las tres muestras fueron resistentes a la ampicilina. Se concluye que es necesario invertir en el rastreo/control de IH, teniendo por objetivo la seguridad y calidad en la asistencia al paciente.

¹Acadêmica de Enfermagem. Departamento de ciências da Saúde, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria - Campus de Palmeira das Missões. E-mail:alane_e@hotmail.com

²Acadêmica de Enfermagem. Departamento de ciências da Saúde, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria - Campus de Palmeira das Missões. E-mail: vera_deMarco@hotmail.com.

³ Enfermeira, especialista em Gestão em Saúde e Controle de Infecção, professora substituta do Departamento de Ciências da Saúde, curso de Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões. E-mail: cinthia.oliveski@gmail.com

⁴Enfermeiro, doutor em Ciências, professor associado do Departamento de Ciências da Saúde, curso de Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões.

⁵ Farmacéutica, doutora em Ciências Farmacêuticas, professora substituta do Departamento de Ciências da Saúde, curso de Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria - Campus Palmeira das Missões. E-mail: evestolz@yahoo.com.br
[Digite texto]

Descriptores: Infección Hospitalaria; *Klebsiella pneumoniae*; Farmacorresistencia Bacteriana

Introdução

Infecção Hospitalar (IH) é definida pelo Ministério da Saúde como “aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares”. As IH não consistem em uma complicaçāo ou extensāo de uma infecção já presente no momento da admissão do paciente no hospital, sem que haja a troca de microrganismos causando uma nova infecção.¹

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil afirma que IHs são consideradas as principais causas de morbidade e de mortalidade hospitalar. Além disto, são capazes de aumentar o tempo de hospitalização do paciente e elevar os custos do tratamento.²

As IHs podem ser desencadeadas de maneira endógena, sendo causada por um microrganismo presente na microbiota natural do paciente como na pele ou mucosas, ou de maneira exógena, quando os microrganismos são transportados por outras pessoas, objetos ou ambientes contaminados.³

Além disso, a transmissão dos microrganismos ocorre de maneira indireta, quando o agente infeccioso entra em contato com o paciente através de fômites (objetos não esterilizados, alimentos e água) ou por via direta, quando o contato de um organismo sadio contaminado transmite os germes para outro paciente através de algum procedimento ou, ainda, através das mãos dos profissionais ou de visitantes.³

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.⁴

Tendo isso em vista, com o intuito de minimizar a ocorrência de IHs e a transmissão cruzada de germes, a OMS preconizou a maneira adequada de realizar a higienização das mãos. Assim, os profissionais de saúde devem fazer a higiene das mãos antes de contato com o paciente, antes de realizar procedimentos assépticos, após risco de exposição a fluídos corporais, após contato com o paciente, após contato com as áreas próximas ao paciente.³

No entanto, um estudo demonstrou falta de adesão a esse protocolo, uma vez que a pesquisa constatou que a higienização das mãos ocorre com maior frequência após o contato com o paciente (31,3%), seguida pelo contato com áreas próximas ao paciente (27,2%), eem menor regularidade antes de procedimento asséptico (5,4%). Estes dados são alarmantes, visto que o profissional tende a preocupar-se mais com a sua contaminação do que com a transmissão de germes ao paciente.⁵

[Digite texto]

Nesse contexto, pode-se destacar as infecções causadas pela bactéria Gram-negativa *Klebsiella pneumoniae* (KP), pertencente à família *Enterobacteriaceae*. Este germe é considerado um problema de saúde pública, em todos os âmbitos. Esta bactéria acomete pacientes hospitalizados, especialmente em estado de imunossupressão que possuem alguma doença de base, como diabetes mellitus e doença pulmonar crônica, e tem grande potencial de causar morbidades e mortalidade severa.^{6,7,8} As bactérias da família *Enterobacteriaceae*, como a KP, são responsáveis por causar sepse, pneumonias, infecções do trato urinário como cistite e pielonefrite e infecções comunitárias.⁸

A ANVISA ressalta que esta espécie está relacionada com um alto número de cepas resistentes identificadas nos hospitais brasileiros, atualmente, a KP é uma das bactérias consideradas responsáveis por 99% dos isolamentos no âmbito hospitalar. Este microrganismo adquire a capacidade de produzir B-lactamases, que degradam o anel betalactâmico, inativando os principais antimicrobianos utilizados no seu tratamento (betalactâmicos, cefalosporinas, penicilinas, monobactâmicos e carbapenêmicos). Com isso, a bactéria torna-se resistente ao antibiótico.^{9,10}

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi identificar a presença e investigar o perfil de resistência microbiana de cepas de *Klebsiella* sp. isoladas de maçanetas de portas da unidade médica de internação de um hospital filantrópico.

Metodologia

A presente pesquisa apresenta abordagem quantitativa e descritiva; foi registrada no SIE-UFSM (044015) e autorizada pelo diretor da instituição hospitalar. O estudo foi realizado em um hospital filantrópico de médio porte, localizado no Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, no período de agosto a dezembro de 2016.

A coleta das amostras das maçanetas de portas dos quartos da unidade de internação médica foi realizada através de swab. Imediatamente após a coleta, as amostras foram alocadas em tubos de ensaio com caldo BHI (caldo infusão de cérebro/coração) para o transporte, sob temperatura controlada ($\pm 25^{\circ}\text{C}$), até o Centro de Estudos em Microbiologia (CEMICRO-UFSM/PM) e então foram semeadas em placas de Petri com meio ágar nutritivo e incubadas por 24 h à 37°C . Cada colônia foi repicada até a obtenção de colônias puras, estas foram semeadas em tubo inclinado contendo meio ágar triptona de soja (Tryptone Soya Ágar-TSA), incubadas por 24 h à 37°C , e armazenadas a 7°C até as análises.

As colônias isoladas foram identificadas através da técnica de coloração Gram, cobrindo o esfregaço com violeta de metila (VM), agindo por um minuto, após esse processo, foi retirado a

[Digite texto]

VM e coberto com lugol diluído pelo mesmo tempo do processo anterior. Ao cessar o tempo, foi adicionado álcool etílico 99% sobre a lâmina, descorando-a até que não desprendesse mais corante. As lâminas foram lavadas em água corrente e, posteriormente, cobertas por safranina, agindo por trinta segundos, depois novamente lavadas em água corrente, deixando-as secar ao ar livre.

Em seguida, as lâminas coradas foram observadas ao microscópio óptico (1000X) para determinar o arranjo e morfologia. As bactérias que adquiriram a coloração azul-violeta foram denominadas de Gram-positivas e aquelas com coloração roseada, de Gram-negativas.

As colônias caracterizadas como bacilos Gram-negativos são indicativas de enterobactérias, e foram selecionadas para continuidade do estudo. A identificação foi checada em meio seletivo e diferencial para Gram-negativos, através de repique em placa de Petri com meio ágar MacConkey, incubada por 24h a 37°C, este foi utilizado por ser um meio seletivo de Gram-negativos, caso houvesse alteração de cor nas colônias, é indicativo de microrganismos fermentadores de lactose.⁹

Para a identificação dos bacilos foi utilizada a técnica de provas bioquímicas, com base na cartilha da ANVISA, denominada “Detecção e Identificação de Bactérias de Importância Médica” (2004).⁹ Esta técnica consiste na semeadura dos microrganismos Gram-negativos em diferentes meios, para tanto uma colônia de cada amostra foi inoculada em caldo BHI, para viabilizar a análise. Após este processo, as amostras em BHI foram semeadas nos tubos conforme preconizado pela ANVISA (2004) e summarizados na Tabela 1:

TABELA 1: Provas bioquímicas e fisiológicas utilizadas na identificação das colônias

Meio utilizado	Provas bioquímicas ou fisiológicas	Alterações indicativas de crescimento de <i>Klebsiella sp.</i>
Ágar Triplce Ferro (TSI)	Liberação de H ₂ S Fermentação de glicose com liberação de CO ₂ Fermentação de sacarose e/ou lactose	Negativo (não forma coloração negra) Positivo (base do meio altera coloração para amarelo) Positivo (ápice do meio altera coloração para amarelo)
Ágar Lisina Ferro (LIA)	Utilização do aminoácido lisina Liberação de H ₂ S	Positivo (meio com coloração púrpura) Negativo (não forma coloração negra)
Ágar citrato de Simmons	Presença da enzima citrase, responsável por determinar a capacidade das bactérias de utilizar o citrato como fonte de carbono para o seu metabolismo	Negativo (não alterou a coloração do meio para azul)
Ágar uréase	Presença da enzima uréase, responsável por metabolizar a ureia em amônia (torna meio alcalino)	Negativo (não apresentaram coloração vermelho-rosado)
Ágar fenilalanina	Verifica a capacidade da bactéria de produzir ácido fenilpirúvico a partir da fenilalanina por ação enzimática.	Negativo (não alterou a coloração do meio para verde, na presença de cloreto férreo)
Ágar DNase	Presença da enzima DNAs e endonuclease termoestável, responsável pela hidrolise do DNA	Negativo (não formou halo claro próximo a colônia).

[Digite texto]

Ágar Motilidade,Indol e Sulfeto (SIM),	Produção de sulfetos (H2S) Utilização do indol Presença de flagelos (motilidade)	Negativo (não formou coloração negra) Positivo (presença de anel vermelho na presença do reativo de Kovac) Negativo (não turvou o meio)
--	--	---

As amostras identificadas como *Klebsiella* sp. foram submetidas ao antibiograma em Ágar Muller Hinton, a fim de verificar o perfil de resistência aos antimicrobianos. Foram testados os seguintes antibióticos: Ácido nalidíxico 30 µg (NAL 30 µg); Amoxicilina 10 µg associada ao clavulonato 10 µg (AMC 20/10 µg); Ampicilina 10 µg (AMP 10 µg); Amoxicilina 10 µg (AMO 10 µg); Cefalexina 30 µg (CFE 30 µg); Cefotaxima 30 µg (CTX 30 µg); Cloranfenicol 30 µg (CLO 30 µg); Gentamicina 10 µg (GEN 10 µg); Norfloxacino 10 µg (NOR 10 µg).

Resultados e discussão

Foram coletadas amostras de dez maçanetas da unidade médica de internação. Destas, quatro correspondem a quartos ocupados. De modo geral, as maçanetas dos quartos ocupados apresentaram um crescimento bacteriano superior se comparadas aos quartos desocupados. Em razão disto, foram selecionados para a continuidade do estudo as maçanetas dos quartos ocupados. Esta diferença de colonização pode indicar problemas na qualidade e/ou frequência de higienização. A frequência da limpeza e desinfecção é estabelecida dentro da própria instituição, em procedimentos operacionais padronizados (POPs). Estes, são determinantes para a qualidade da higienização. Os POPs compreendem medidas de controle das IH, como cuidados de higiene e medidas de assepsia, frisando, principalmente, a lavagem das mãos.¹¹

No presente estudo, foram coletadas amostras de quatro maçanetas dos quartos com leitos ocupados, que totalizaram quatorze (14) colônias. Estas foram caracterizadas através da técnica de coloração Gram, de acordo com o arranjo e coloração. Foram identificados sete (7) arranjos indicativos de estafilococos Gram-positivos; três (3) estreptococos Gram-positivos; três (3) bacilos Gram-negativos; e, um (1) cocobacilo Gram-negativo. Após a realização das provas bioquímicas, identificou-se três cepas com características compatíveis a de KP, e uma cepa indicativa de *Salmonella entericasorovar typhi* - bactéria causadora da febre tifoide.^{11, 12}

As bactérias identificadas fazem parte da família *enterobacteriaceae*, as quais possuem características particulares, sendo microrganismos não esporulados, com motilidade variável, oxidase negativa, fermentadores de glicose, podendo ser móveis ou imóveis.^{7,8}

A KP está na lista dos principais microrganismos associados a IH, com alta capacidade e propensão para desenvolver resistência antimicrobiana. Nos últimos anos, uma cepa multirresistente, denominada de KPC (*K. pneumoniae* carbapenemase resistentes), tem-se destacado

[Digite texto]

globalmente, em função das taxas de mortalidade hospitalares. Esta, após um fenômeno de mutação genética, passa a produzir beta-lactamases, enzimas que degradam antibióticos e consequentemente impedem sua ação/efeito. Mutações como estas são um importante mecanismo de resistência destes microrganismos, que constitui um problema clínico-epidemiológico nos serviços de saúde. Assim, torna-se um desafio à terapia antimicrobiana, pois são capazes de hidrolisar penicilinas, cefalosporinas de todas as gerações e monobactâmicos, minimizando as opções terapêuticas.^{8, 11-12} O fenômeno de resistência é impulsionado, especialmente, pela prática abusiva e, por vezes, indiscriminada de antimicrobianos.¹²

Considerando o contexto apresentado, optou-se no presente estudo por seguir o estudos com as amostras de KP. As cepas foram identificadas de A a C e seu perfil de resistência antimicrobiana foi estabelecido através do antibiograma (apresentado na Tabela 2).

TABELA 2: Perfil de sensibilidade das cepas de *Klebsiella* sp. identificadas

Colônias	NAL	AMC	AMP	AMO	CFE	CTX	CLO	GEN	NOR
Amostra A	S	S	R	S	S	S	S	S	S
Amostra B	S	I	R	I	I	R	S	S	S
Amostra C	S	I	R	I	S	I	S	S	S

Legenda: Resistente (R); Intermediário (I); Sensível (S); Ácido nalidíxico (NAL 30 µg); Amoxicilina+clavulonato (AMC 20/10 µg); Ampicilina (AMP 10 µg); Amoxicilina (AMO 10 µg); Cefalexina (CFE 30 µg); Cefotaxima (CTX 30 µg); Cloranfenicol (CLO 30 µg); Gentamicina (GEN 10 µg); Norfloxacino (NOR 10 µg).

No estudo realizado, 100% das amostras mostraram-se sensíveis aos antimicrobianos: ácido nalidíxico, cloranfenicol, gentamicina e norfloxacino. Normalmente, este perfil de sensibilidade não é descrito em estudos realizados em unidades de internação hospitalares. Uma pesquisa demonstrou 76% de sensibilidade da *Klebsiella* sp. a gentamicina.¹³

Na literatura encontrada, a maioria das cepas de KP apresentam resistência aos antibióticos ácido nalidíxico, cloranfenicol e norfloxacino, opondo-se aos dados do presente estudo. Essa divergência pode estar relacionada ao fato, das outras pesquisas serem realizadas em hospitais de grande porte, com atendimentos de alta complexidade, por exemplo Unidade de Terapia Intensiva (UTI), predispondo a presença de microrganismos variados e consequentemente maior resistência.

Em outra pesquisa, a KP apresentou 58% de sensibilidade a cefotaxima, enquanto no presente estudo, esta bactéria mostrou-se 33,3% sensível a este antibiótico.¹⁴

As amostras analisadas no estudo são 100% resistentes a ampicilina. Este dado corrobora com os achados de uma pesquisa realizada em Minas Gerais, a qual demonstrou que as cepas de KP, não apresentaram sensibilidade a ampicilina.⁷

[Digite texto]

Em linhas gerais, o conjunto de dados levantados no presente estudo podem indicar que as cepas de *Klebsiella* sp. identificadas na unidade de internação médica apresentam um perfil de resistência leve a moderado; podendo caracterizar infecções oriundas da comunidade. Tal perfil facilita e aumenta a possibilidade de tratamentos. Porém, por outro lado, eleva a responsabilidade da instituição hospitalar, uma vez que esta precisa desenvolver estratégias para barrar a entrada de microrganismos, bem como tratá-los efetiva e eficazmente, afim de evitar o desenvolvimento de superbactérias (bactérias multirresistentes).

Cabe destacar que o uso indiscriminado de antibióticos tem aumentado nas últimas décadas, o que torna as cepas resistentes a determinados antimicrobianos.¹¹ Para contornar essa situação, deve-se adotar o uso de antibiograma na rotina hospitalar e evitar o tratamento de empírico, que impossibilita conhecer o agente etiológico que desencadeou a IH, bem como, seu potencial de patogenicidade.¹²

Sendo assim, a atuação do profissional da área da enfermagem deve abranger o âmbito da prevenção, proteção ou tratamento e reabilitação. É de suma importância que o profissional que presta o atendimento na unidade, realize o cuidado integral ao indivíduo, levando em consideração a multifatorialidade das IH.¹⁵ Além disso, é necessário que os profissionais que realizam a assistência ao paciente conscientizem-se sobre a responsabilidade que é incumbida a eles, estimulando ao uso prudente de antibióticos, a higienização adequada dos materiais e das mãos.¹¹

Considerações Finais

O controle das IHs constitui um dos parâmetros para garantir a qualidade da assistência ao paciente admitido em instituições hospitalares. Assim, faz-se necessário adotar técnicas para a detecção laboratorial do microrganismo causador; desta forma, possibilitar a adoção de medidas específicas de prevenção e controle da disseminação, bem como as precauções de contato e tratamento antimicrobiano adequado. Ao se tratar de IHs causadas por KP essas medidas são indispensáveis, devido a alta resistência aos antimicrobianos e o poder de disseminação.

A conscientização e adesão às medidas de controle, como a higienização das mãos, depende do envolvimento e capacitação profissional de todos os envolvidos. Neste contexto, emerge a necessidade de medidas de educação continuada, afim de estimular conhecimentos acerca da profilaxia e controle das infecções hospitalares.

Agradecimentos: Ao apoio técnico da farmacêutica Marta Gadea, auxiliar de laboratório do CEMICRO. Ao apoio e incentivo da Enfermeira Francieli Gehlen.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem.

[Digite texto]

Referências

1. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html
2. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente: higienização das mãos. Brasília, (DF); 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaudes/manuais/paciente_hig_maos.pdf>.
3. 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/servicosaudes/controle/higienizacao_oms/manual_para_observadores-miolo.pdf> .
4. 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).
5. Souza LM de, Ramos MF, Becker ESS, Meirelles LCS, Monteiro SÃO. Adherence to the five moments for hand hygiene among intensive care professionals. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 Apr 17] ; 36(4): 21-28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000400021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.49090.021&lng=en&nrm=iso>>.
6. Moreira VC, Freire D. Klebsiella pneumoniae e sua resistência a antibióticos. [acesso em 2014 Out 27] Disponível em:<http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/6mostra/artigos/SAUDE/VANESSA%20CARVALHO%20MOREIRA.pdf> Acessado em: 10 de abril de 2017
7. Perna TD, Puiatti MA, Perna DH, Pereira NM, Couri MG, Ferreira CM. Prevalência de infecção hospitalar pela bactéria do gênero klebsiella em uma Unidade de Terapia Intensiva. Rev Soc Bras Clin Med. 2015 abr-jun;13(2):119-23.
8. Cunha VO; Bactérias Multirresistentes Klebsiella pneumoniae carbapenemase – enzima KPC nas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Monografia do Programa de Pós-Graduação em Microbiologia do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte/MG, 2014.
9. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Detecção e Identificação de Bactérias de Importância Médica. Brasília: ANVISA, Módulo V. Artigo em PDF. 2004
10. Seibert G, Hörner R, Meneghetti BH, Righi RA, Forno NLFD, Salla A. Infecções hospitalares por enterobactérias produtoras de Klebsiella pneumoniae carbapenemase em um hospital escola. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2014 Sep [cited 2017 Apr 17] ; 12(3): 282-286. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082014000300282&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082014AO3131>.
11. Santos, NQ. **A resistência bacteriana no contexto da infecção hospitalar.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2004, vol.13, n.spe, pp.64-70. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000500007>
12. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção em Serviços de Saúde. Salvador. Edição Comemorativa para o IX Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar Módulo V. 2004

[Digite texto]

13. Passadouro R, Fonseca R, Figueiredo F, Lopes A, Fernandes C. Avaliação do perfil de sensibilidade aos antibióticos na infecção urinária da comunidade. *Acta Med Port* 2014 Nov-Dec;27(6):737-742.
14. Sader H.S., Mendes C.M.F., Montelli A., Sampaio J., Segura A.J.A., Kesselring G.L.F. et al . Atividade antimicrobiana in vitro da cefpiroma em comparação com outros beta-lactâmicos de amplo espectro contra 804 amostras clínicas de nove hospitais brasileiros. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 1998 Dec [cited 2017 Apr 17] ;44 (4): 283-288. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000400006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42301998000400006>.
15. Pereira MS, et al. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.250-257, jun. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072005000200013>.



[Digite texto]

69. RODA DE CONVERSA SOBRE ESTRESSE NO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM CLÍNICA CIRÚRGICA: EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO DE APOIO

RUEDA DE CHARLA SOBRE ESTRÉS EN EL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN CLÍNICA QUIRÚRGICA: EXPERIENCIA DE UN GRUPO DE APOYO

WHEEL OF TALK ABOUT JOB STRESS OF NURSING IN SURGICAL CLINIC: EXPERIENCE OF A SUPPORT GROUP

PRESTES, Laura¹; ANDOLHE, Rafaela².

Introdução: O estresse é definido como qualquer evento do ambiente externo ou interno que excede as fontes de adaptação de um indivíduo ou sistema social.¹ O ambiente de trabalho é um dos maiores causadores de estresse dentro da realidade dos profissionais da saúde. Nesse interim, segurança do paciente está diretamente relacionada aos níveis de estresse da equipe de enfermagem, em exemplo disso está a alta demanda de trabalho que afeta a segurança dos pacientes que estão necessitando dos serviços prestados por essa equipe. Para diminuir os níveis de estresse enfrentados pelos profissionais da saúde são utilizadas algumas técnicas como o *coping*. Entende-se por *coping* como a habilidade do indivíduo de se adaptar a diversas situações reagindo a pensamentos e emoções causados por motivos estressantes.² Diante disso, os enfermeiros devem conhecer e procurar estratégias positivas de *coping* para utilizar como fuga e consequentemente diminuir o estresse. Entre as estratégias de fuga que podem ser utilizadas temos: atividade física, estar com alguém que você goste, dança, música, reservar um momento no dia para lazer momentâneo (como assistir algum programa ou série do seu gosto). Outra maneira de diminuir o estresse é encará-lo, colocando-se de forma positiva diante das situações que acontecem. Visando contribuir com a equipe de enfermagem, o Projeto de Extensão Segurança do Paciente e Enfrentamento do Estresse tem como principais objetivos criar um espaço de discussão e reflexão entre discentes e enfermeiros, visando melhorar o autoconhecimento e o enfrentamento do estresse; oportunizar, dentro do grupo, discussão e reflexão sobre a segurança do paciente, de maneira a promover a cultura de segurança; favorecer a formação permanente dos enfermeiros e equipe de enfermagem, para que se tornem multiplicadores dessas discussões em seus postos de trabalho. **Objetivo:** Objetiva-se relatar experiência vivenciada em uma roda de conversa realizada entre discentes de um curso de enfermagem e trabalhadores da equipe de enfermagem da Clínica Cirúrgica de um Hospital Público de grande porte do centro do estado do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência embasado na vivência prática de uma acadêmica de enfermagem no desenvolvimento e participação em um projeto de extensão. A atividade ocorreu na unidade de clínica cirúrgica, durante o intervalo dos funcionários, conforme a disponibilidade e interesse de participação dos mesmos. Foi proposta a realização de uma roda de conversa, tendo em vista que essa metodologia permite que os participantes expressem, concomitantemente, suas impressões, conceitos, opiniões e concepções sobre o tema proposto, assim como permite trabalhar reflexivamente as manifestações apresentadas pelo grupo.³ Deste modo, a roda de conversa iniciou-se por meio de uma pergunta norteadora: “na sua concepção, o que mais lhe causa estresse no ambiente de trabalho?”. O encontro foi realizado no mês de novembro de 2016 e teve duração de aproximadamente 20 minutos. **Resultados e Discussão:** Participaram da atividade cinco funcionários, incluindo: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. A roda

¹ Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria. prestesmoreira@gmail.com

² Enfermeira Drª Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. rafaela.andolhe1@gmail.com.

de conversa permitiu que os participantes expressassem seus sentimentos, bem como compartilhassem suas experiências, indicando que era mais estressante no trabalho. Identificou-se nos relatos dos participantes problemas relacionados não só ao ambiente de trabalho, mas também de relacionamentos entre colegas. Relatou-se a falta de comunicação efetiva, em alguns momentos, vivenciados pela equipe de enfermagem. Isso resulta no seu enfraquecimento, influenciando também no cuidado prestado ao usuário, o que pode comprometer a segurança do paciente. Durante a execução de procedimentos mais complexos, os participantes relataram não perceber, por vezes, a cooperação dos colegas. Isso representa motivo de insatisfação profissional e demanda aumentada de trabalho. Além disso, foi relatada a ausência de diversos materiais para execução de procedimentos, medicamentos com prazo de validade vencido, fatores humanos e materiais que interferem no trabalho, sendo motivo de estresse. Ademais, alguns participantes referiram que havia muitos colegas apresentando atestados médicos em um mesmo período e, entre os motivos relatados temos: lombalgia, depressão, estresse. O estado de estresse intenso, sem enfrentamento adequado, pode favorecer o desenvolvimento do Burnout que se trata de uma síndrome que engloba três dimensões: desgaste emocional, despersonalização e incompetência profissional.⁴ De acordo com Sousa e Araújo, o trabalho também interfere na convivência familiar.⁵ Esse resultado corrobora com os relatos dos participantes da roda de conversa, que mencionaram os motivos que elevam o estresse dentro da equipe de enfermagem refletem também em sua vida particular. Muitas vezes os funcionários acabam levando os problemas de dentro da unidade para suas casas, o que torna um local considerado de lazer e descanso, mais um estressor para os profissionais da saúde. Nesse encontro ficou explícito um nível maior de estresse do que nos outros encontros. Os participantes estavam mais inquietos e tinham a necessidade de expor suas realidades do que estava acontecendo dentro e fora do ambiente de trabalho. É notável que se a equipe de enfermagem tivesse uma comunicação saudável e estável, o grupo poderia utilizar dos próprios colegas como uma estratégia de *coping*. A partir do momento em que eles se aconselhassem e ajudassem uns aos outros perante todas as dificuldades expostas nesse encontro, não somente na realidade hospitalar, mas também, criar uma intimidade entre os colegas para reforçar um companheirismo que possa ir além do “ser somente um colega de trabalho”. **Conclusões:** Concluímos que a roda de conversa foi uma estratégia positiva em que a equipe de enfermagem pode expor os estressores no trabalho. Embora a equipe tenha indicado dificuldades, inclusive de relacionamento interpessoal, a estratégia da roda de conversa oportunizou ambiente acolhedor. Assim, os participantes expuseram que os estressores envolvem questões não só associadas às relações interpessoais, como também questões em nível organizacional. A realização de atividades como essa, proporciona maior integração dentro da equipe de enfermagem, além de possibilitar o autoconhecimento e confronto com os estressores no trabalho, com perspectiva de repercutir positivamente nos níveis de estresse. Por meio do diálogo é possível não só oportunizar um momento de descontração, como também de reflexão sobre a realidade do colega de trabalho. A partir da roda de conversa, é possível elaborar estratégias interativas e coletivas para minimizar o estresse no trabalho. Além disso, propicia aos discentes a oportunidade de organizar atividades de integração entre a equipe e conhecer mais dos processos de trabalho desses profissionais.

DESCRITORES: Enfermagem; Estresse; Saúde do trabalhador.

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

Referências

1. Lazarus RS, Launier S. Stress related transaction between person and environment. In: Dervin LA, Lewis M. Perspectives in international psychology. New York: Plenum; 1978.

[Digite texto]

2. Silva ARS, Silva AL, Bezerra MPM, Mendes MLM, Santos IN. Estudo do estresse na graduação de enfermagem: revisão integrativa de literatura. Ciências biológicas e da saúde. 2016;2(3):75-86.
3. Melo MCH, Cruz GC. Roda de conversa: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no ensino médio. *Imagens da Educação*. 2014;4(2):31-39.
4. Andolhe R. Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: estresse, coping e burnout da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos e incidentes. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2013. 248 p.
5. Sousa VFS, Araujo TCCF. Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2015;35(3):900-915



[Digite texto]

70. SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE AMBULATORY VERSION: REVISÃO NARRATIVA

SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE AMBULATORY VERSION: NARRATIVE REVIEW

SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE AMBULATORY VERSION: REVISIÓN NARRATIVA

SOUZA, Marina Mazzuco de¹; MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza²; GRECO, Patrícia Bitencourt Toscani³; DAL ONGARO, Juliana⁴; LUZ, Emanuelli Mancio Ferreira da⁵; KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat⁶.

Introdução: A cultura de segurança do paciente é fundamental para qualidade da assistência em saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde, Segurança do paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável.⁽¹⁾ Na Atenção Primária à Saúde a segurança do paciente encontra-se em processo de desenvolvimento. Pesquisas relacionadas a segurança do paciente ainda estão sendo direcionadas para o âmbito hospitalar, apesar da atenção primária ser a coordenadora da rede de atenção.⁽²⁾ Destaca-se que muitos incidentes que são identificados nos hospitais podem ser oriundos de outros locais, como da Atenção Primária à Saúde. Sendo assim, a segurança do paciente é importante em todos os níveis de atenção à saúde, tendo em vista que o cuidado envolve a promoção e prevenção dos incidentes e eventos adversos.⁽³⁾ A cultura de segurança deve ser o eixo norteador de uma equipe que presta cuidados de saúde, e é considerada eficaz a partir do comprometimento dos profissionais que atuam em uma instituição. Ainda é um desafio o movimento para uma cultura em que os erros sejam encarados como uma oportunidade de melhoria do sistema e da relação nos ambientes de trabalho em saúde.⁽³⁾ Segundo a RDC nº 36⁽⁴⁾ cultura de segurança é conceituada como: “O conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde”. Uma cultura de segurança depende como os líderes de todos os níveis de uma organização compartilham uma informação, como as equipes identificam o que precisa melhorar e aprimorar para se prestar um cuidado em saúde eficaz e seguro.⁽³⁾ Para isso, pode-se avaliar a cultura de segurança a partir da visão dos profissionais que são quem prestam cuidado e assistência aos pacientes. Dentre os instrumentos que avaliam a cultura de segurança do paciente, considera-se o *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version* (Questionário de Atitudes de Segurança – Ambulatório Versão (SAQ-AV)), o primeiro questionário descrito para medir a cultura de segurança em cuidados primários, desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas a partir do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) original.⁽⁵⁾ Sendo assim a presente revisão da literatura tem como questão norteadora: “Quais as publicações científicas

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. E-mail do relator: marina.mazzuco@yahoo.com.br.

² Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

³ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSM. Docente do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus Santiago.

⁴ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC.

⁵ Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSM. Enfermeira do Hospital de Guarnição de Santa Maria.

⁶ Doutora. Docente do Departamento de Ciências da Vida da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

[Digite texto]

produzidas a partir do instrumento “*Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version*”? E como objetivo: Identificar as publicações que avaliaram a cultura de segurança no paciente na Atenção Primária à Saúde a partir do instrumento *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version*.

Metodologia: Estudo de revisão bibliográfica narrativa. Para construção desta revisão seguiu-se as seguintes etapas: definição do tema, da questão de pesquisa e do objetivo e estabeleceu-se os critérios de inclusão e exclusão. A busca bibliográfica ocorreu no mês de janeiro de 2017, desenvolvida nas seguintes bases de dados eletrônicas: Scopus, PubMed e LILACS. Utilizou-se a seguinte estratégia de busca: “*Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version*” como palavras, buscou-se somente a estratégia em inglês, tendo em vista que o instrumento em questão apresenta em sua forma de adaptação a língua inglesa. Para seleção dos estudos utilizou-se como critérios de inclusão: artigos originais de pesquisa em inglês, português ou espanhol. Como critérios de exclusão: temática não adequada ao tema proposto, artigo não disponível online na íntegra, utilizou-se recorte temporal com publicações até o mês de dezembro do ano de 2016. Ressalta-se que artigos duplicados nas bases de dados foram considerados apenas uma vez. Efetuou-se a leitura dos resumos para possível inclusão e após selecionou-se os estudos que se enquadravam nos critérios de inclusão e exclusão pré estabelecidos e então foi realizada a leitura do artigo na íntegra. Nesta busca foram encontrados 14 estudos na base de dados Scopus, 11 na PubMed, e zerou a busca na LILACS.

Resultados: A partir das buscas nas bases de dados, utilizando-se “*Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version*” como palavras, obtiveram-se 14 artigos na base de dados Scopus, 11 na PubMed e zero na LILACS. Destes, 1 artigo foi excluído por não ser artigo de pesquisa, 5 não responderam a questão de pesquisa, 6 não estavam disponíveis online na íntegra, 5 estavam duplicados nas bases de dados e 4 foram excluídos pelo recorte temporal, haviam sido publicados no ano de 2017. Sendo assim, a presente revisão constituiu-se de 4 artigos no corpus para análise. Com relação aos anos das publicações 1 artigo foi publicado no ano de 2007, 2 em 2011 e 1 em 2014. No que se refere ao local de realização das pesquisas, assim foram distribuídas: 1 nos Estados Unidos da América, 1 na Alemanha, 1 na Arábia Saudita e 1 na Noruega. As populações participantes foram profissionais atuantes em unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família, sendo que em todos os estudosouve participação de médicos e enfermeiros. Dentre os objetivos dos estudos, relacionaram-se a traduções, adaptações, validações, bem como avaliação da consistência interna dos fatores do *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version* nas diferentes populações e países em que foi aplicado. Os resultados e considerações apresentados nos artigos demonstraram que o instrumento tem boa confiabilidade interna e que pode ser usado para medir o clima de segurança ou a cultura de segurança nas práticas ambulatoriais. Verificou-se ainda que este questionário pode evidenciar resultados das comparações da percepção do clima de segurança na Atenção Primária à Saúde entre os diferentes profissionais atuantes neste cenário.

Conclusões: A busca na literatura científica para construção dessa revisão proporcionou uma visão ampliada sobre a avaliação da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde, bem como seus avanços. A leitura dos artigos na íntegra possibilitou a transcrição dos resultados e a busca por evidências científicas, evidenciando que o *Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version* é um bom instrumento para se avaliar a cultura de segurança do paciente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Desta forma destaca-se como limitações que muitos estudos ainda não se encontram disponíveis para acesso na íntegra, em contra partida percebe-se que o tema apresenta avanços no meio científico e está sendo explorado no ambiente ambulatorial. Como justificativa pode-se considerar as publicações que utilizaram o instrumento mas não foram analisadas devido a exclusão pelo recorte temporal. Acredita-se que muito ainda tem de ser investido em estudos que possam contribuir para equipes de Atenção Primária à Saúde sobre a cultura de segurança do paciente.

DESCRITORES: Segurança do Paciente; Atenção Primária à Saúde; Gestão da Segurança.

[Digite texto]

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

Referências

1. World Health Organization. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Informe técnico definitivo. Geneva. 2009;1(1):1-160.
2. Mesquita KO, Silva LCC, Lira RCM, Freitas CASL, Lira GV. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* 2016 Abr/jun; 21(2):01-8.
3. Paese F, Dal Sasso GTM. Cultura da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2013 Abr/jun;22(2):302-10.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 2013.
5. Modak I, Sexton JB, Lux TR, Helmreich RL, Thomas EJ. Measuring Safety Culture in the Ambulatory Setting: The Safety Attitudes Questionnaire – Ambulatory Version. *JGIM.* 2007; 1-5.



[Digite texto]

71. SALA DE AULA INVERTIDA PARA ABORDAR RESOLUÇÃO 466/2012: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ROOM CLASSROOM INVERTED TO ADDRESS RESOLUTION 466/2012: EXPERIENCE REPORT

AULA INVERSA PARA TRATAR RESOLUCIÓN 466/2012: RELATO DE EXPERIENCIA

CREMONESE, Luiza¹; LUZ, Emanuelli Mancio Ferreira Da²; SOUTO, Valquiria Toledo³; DIAS, Gisele Loise⁴; SIMON, Bruna Sodré⁵; QUADROS, Jacqueline Silveira de⁶; MUTTI, Cintia Flores⁷; SANTOS, Tanise Martins dos⁸; BARROS, Iarema Fabieli Oliveira de⁹; VENTURINI, Larissa¹⁰

Introdução: É notável os diversos avanços na construção e no acesso às tecnologias, tais avanços podem ser exemplificados pelas redes de internet, acesso a periódicos científicos, programas de realidade aumentada e simulação de projetos, vídeoaula, videoconferências, e ainda, sistemas de aprendizagem virtual, onde a sala de aula possa acontecer dentro destes sistemas, entre outros. Frente a isto, percebe-se que o ensino em seus diversos níveis também se transformou, e busca-se cada vez mais a utilização de tecnologias digitais de informação e comunicação (TDIC), as quais começaram a ser inseridas no cotidiano do ensino e estão sendo utilizadas na educação e passando a compor as atividades com o conceito de sala de aula invertida.¹ O modelo de sala de aula invertida, ou também chamado *e-learning*, baseia-se numa proposta de conteúdo e instruções, as quais, são estudadas antes do estudante frequentar a sala de aula, desta maneira, trabalha-se com os conteúdos já estudados e suas aplicações em diversas atividades como por exemplo: resolução de problemas e projetos, discussão em grupo, laboratórios, entre outros.¹ Nesta proposta, podem ser trabalhados diferentes temas. No presente trabalho utilizou-se as especificidades da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa.² Esta resolução surgiu em necessidade a substituição da Resolução 196/96, a mesma norteia e normatiza pesquisas que são desenvolvidas com seres humanos, além de dispor sobre a necessidade de se respeitar a dignidade, a liberdade e a autonomia dos participantes; assegura os direitos da comunidade científica e do poder público; além de incorporar os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. **Objetivo:** Relatar a experiência advinda de uma aula da disciplina de Metodologia da Pesquisa II conduzida por doutorandas, ministrada aos mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGEnf da UFSM). **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de uma aula teórica ministrada pelas doutorandas do PPGEnf, como atividade da disciplina de Metodologia da Pesquisa II, no primeiro semestre letivo de 2017, acerca dos aspectos éticos que envolvem a pesquisa em saúde, como os princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência, da justiça e da equidade, os quais estão contemplados na Resolução 466/2012.² Como metodologia para abordar esses princípios, utilizou-se a técnica *brainstorm*, ou chuva de ideia, para perceber os conhecimentos dos mestrandos; a dramatização e o dispositivo de datashow. Ressalta-se que anteriormente à aula teórica, foi disponibilizada à turma de mestrado, a Resolução 466/2012 e foi solicitado que os mesmos realizassem a leitura prévia para posterior discussão em aula, seguindo assim, a proposta da sala de aula invertida. **Resultados e Discussão:** A aula iniciou com a técnica “*brainstorm*”, neste momento, a turma foi disposta em um grande círculo e foi disponibilizada uma

^{1,2,3,4,5,6,7,8,10} Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGEnf. Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Santa Maria, RS. Email:lu_cremonese@hotmail.com

⁹ Fisioterapeuta. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGEnf Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Santa Maria, RS.

[Digite texto]

bola, assim, quem estava com a bola, falava uma palavra relacionada à Resolução 466/2012 e então, a turma discutia aspectos éticos, experiências da assistência, da pesquisa ou docência, referente ao mencionado. Nesta atividade, as doutorandas iam realizando as interlocuções de modo a mediar a discussão acerca das dúvidas que surgiam. Percebe-se, com isso, a convergência com o papel de educador, como alguém que norteia e guia a aprendizagem³. Após este momento inicial de aproximação com a temática da Resolução, iniciou-se a abordagem do princípio da bioética e autonomia, com a dramatização de um grupo das doutorandas sobre o convite realizado a um idoso para participar de uma pesquisa, de maneira coativa. Essa encenação proporcionou discussão acerca do princípio da autonomia do participante da pesquisa, o qual, não teve liberdade de escolha em participar da pesquisa. Segundo a mesma técnica, foi abordado temas geradores de questões relativas ao princípio da não maleficência e beneficência. Estes princípios, contidos na Resolução 466/12 abordam sobre os riscos e benefícios das pesquisas com seres humanos, sendo que os riscos não podem se sobressair aos benefícios de uma pesquisa. Também versa sobre os tipos de riscos em que os sujeitos pesquisados estão expostos, como por exemplo, os físicos, os psíquicos e os morais. Também foi exposto dois casos clínicos e duas situações de pesquisa que envolvem esses princípios, com duas questões para serem respondidas pelos mestrandos por meio da técnica *brainstorm* e exposto ao grande grupo. Por fim, foram abordados os princípios da justiça e equidade, utilizando o “Caso Holmes”, com o intuito de apresentar situações de solução complexa, que envolvem o direito, a ética e a pesquisa. O Caso discorre sobre um barco que naufragou e a decisão do marinheiro Holmes de quem deveria ser salvo, esta atitude o levou a ser julgado e condenado pela justiça estadunidense. Para contemplar a opinião dos mestrandos sobre o Caso, utilizou-se também a técnica *brainstorm*. Ainda, foi realizada a explanação conceitual referente à justiça e a equidade e, após, levantou-se a discussão sobre uma pesquisa fictícia em que deveria ser utilizado tais princípios no intuito de elencar quem seriam os participantes da mesma. Observou-se que a proposta metodológica utilizada para realizar esta sala de aula invertida, foi benéfica, uma vez que grande parte da turma, conseguiu se expressar e expor suas dúvidas. Desse modo, houve a efetivação do ato educativo, como uma relação em que todos os envolvidos participam, ultrapassando o senso comum e formando uma consciência crítica.³ **Considerações finais:** Transpor as barreiras do ensino tradicional torna-se um desafio para a atuação enquanto futuras docentes e pesquisadoras, no entanto, instiga a autocrítica e a reflexão dos modos de ensinar e aprender. Utilizar o dispositivo do datashow aliado à técnica *brainstorm* e dramatização, possibilitou reduzir as distâncias entre mestrandos e doutorandas, além de oportunizar que todos pudessem compartilhar seus conhecimentos. Percebe-se com isso, que é fundamental atentar para a necessidade de adaptação e adequação de maneiras diversificadas de abordar os conteúdos em sala de aula, com ferramentas didáticas que possam promover o envolvimento dos sujeitos e facilitar o processo de ensino-aprendizagem. Frente a isso, a utilização do modelo da sala de aula invertida é um grande desafio, pois é uma forma de aprender um novo jeito de estudar e aprender. Trata-se de reaprender a conduzir o ensino, que se baseava principalmente na aula expositiva, e um aprendizado diferenciado, pois a maioria dos alunos vivenciou a metodologia expositiva clássica, que tende a relegar ao aluno um papel passivo. Além disso, a análise da Resolução 466/2012 e a discussão de aspectos importantes devem estar presentes no meio científico, merecendo atenção dos pesquisadores. A Resolução vigente apresenta um texto filosófico e embasado nos princípios tratados na aula relatada, com modificações em alguns aspectos éticos, bem como a inclusão de novos conceitos. Assim, a discussão sobre ética em pesquisa com seres humanos é inerente à formação em enfermagem, seja na graduação ou na pós-graduação, sendo norteadora do desenvolvimento de estudos de campo.

DESCRITORES: Educação superior; Educação de Pós-Graduação em Enfermagem; Pesquisa em Educação de Enfermagem; Ética em Pesquisa.

[Digite texto]

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Valente JA. Blended learning and changes in higher education: the inverted classroom proposal. *Educar Rev* [Internet]. 2014 [citado 2017 Abr 13]; (4):79-97. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/er/nspe4/0101-4358-er-esp-04-00079.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466/12, de 12 dez 2012. Regulamenta pesquisas em seres humanos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. Silva MJP. O novo olhar do Processo Educativo na perspectiva cultural dos sujeitos envolvidos. In: Nietche E A. (Org.). *O processo educativo na formação e na práxis dos profissionais da saúde: desafios, compromissos e utopias*. Santa Maria: Editora da UFSM, 2009. 1 ed. p. 109-21.



[Digite texto]

72. SAÚDE OCULAR DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA-RS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

EYE HEALTH OF THE HEALTH PROGRAM IN THE SCHOOL OF A MUNICIPALITY OF THE SANTA MARIA-RS: EXPERIENCE REPORT

PROGRAMA DE SALUD OCULAR SALUD EN LA ESCUELA EN EL MUNICIPIO DE MARIA SANTA-RS: INFORME DE EXPERIENCIA

CERDÓTES, Ana Luiza Parcianello¹; ROSA, Fábio Mello da²; WEILLER, Teresinha Heck³; OLIVEIRA, Isabel Cristina⁴; STRECK, Mônica Tábata Heringer⁵; CRUZ, Kamilla Borges⁶; NEVES, Aline Tatsch⁷; MEGIER, Elisa Rucks⁸; CARVALHO, Jordana Lopes⁹

Introdução: A saúde no Brasil vem se reinventando de acordo com as necessidades mais específicas que emergem com frequência, nesse sentido a interdisciplinaridade ganha força nos últimos anos colocando a saúde e educação em parceria na construção do conhecimento entre os jovens. Para enfatizar essa modelagem a nova política da Atenção Básica traz importantes iniciativas, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola (PSE).¹ Dentre os objetivos do PSE está a promoção da saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes e dentro das diretrizes fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação, dessa forma o espaço escolar torna-se estratégico para promover ações de promoção e prevenção à saúde dos educandos.² No intuito de apoiar a continuidade das ações do componente I em saúde ocular e bucal ocorre a implementação do Consultório Itinerante, no município relatado, desde 2014, já a adesão ao PSE é anual tanto para as unidades quanto para as escolas.³**Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada sobre a saúde ocular numa escola de ensino fundamental em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Este trabalho é um relato de experiência vivenciado em uma escola Municipal de Ensino Fundamental, no período de agosto a dezembro de 2016. Foi realizada ações do PSE através de uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul. A Escola tem seu funcionamento em turno integral com 154 alunos abrangendo o 1º ao 5º ano. No início de cada ano letivo a ESF entra em contato com a escola por intermédio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para iniciar as atividades, sendo assim a escola solicita a autorização dos pais para desenvolver esse trabalho com os mesmos, já que o PSE traz um amplo campo de atuação com os educandos, num único dia são realizadas todas as ações do componente I do PSE, ou seja, avaliação antropométrica, avaliação vacinal, avaliação da saúde bucal, avaliação da acuidade auditiva, avaliação da linguagem e avaliação oftalmológica, aqui o relato se restringe a saúde ocular que é feita com a escala de Snellen fornecida pelo programa. Dessa maneira, o educando fica 5 metros de distância da escala, sentado

¹ Enfermeira na Estratégia da Saúde da Família do município de Santa Maria/RS. E-mail: analu_parcinello@hotmail.com

² Enfermeiro Sanitarista no município de Santa Maria/RS. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

³ Enfermeira. Pró-Reitora de Extensão e Professora Doutora na Universidade Federal de Santa Maria/RS.

⁴ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

⁵ 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).

⁶ Enfermeira do Município de Santa Maria, especialista em saúde da família e comunidade.

⁷ Enfermeira. Pós graduanda em Saúde Pública na Unopar, supervisora de estágios do curso Técnico de Enfermagem no colégio Gandhi/SEG.

⁸ Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano.

⁹ Enfermeira Assistencial. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Pós-graduanda em Urgência e Emergência.

numa cadeira, a escala fica na altura dos olhos, antes de começar a avaliação é organizada a ficha para anotação do resultado fornecida pelo programa por turma e a cada aluno é explicado o procedimento, sendo utilizado um “tapa olho”, assim é avaliado um olho de cada vez, caso o aluno já esteja usando óculos, ele faz a avaliação com o óculos. Após essa avaliação na sala de reuniões da ESF é elaborada a lista de alunos com alteração, a partir disso a equipe preenche outra ficha fornecida pelo PSE apenas para aqueles alunos com alteração solicitando a autorização para a consulta no Consultório Itinerante localizado no Campus da Universidade Federal de Santa Maria. Essa autorização é assinada na escola com os professores e conforme elas são assinadas a escola envia através do ACS para a ESF e a enfermeira encaminha e-mail ao consultório Itinerante para o agendamento da Consulta. As consultas ocorrem em turno inverso às aulas, para evitar o absenteísmo. No consultório o educando é avaliado com aparelhos e se há necessidade dos óculos, o aluno pode escolher a armação e aguarda o envio para a escola. O Programa prevê a periodicidade anual para esta ação e pode ser operacionalizada pelos ACS, os profissionais das equipes de Atenção Básica e das escolas quando capacitados para a realização da triagem de acuidade visual (teste de Snellen).⁴ **Resultados e Discussão:** No ano de 2016 foram avaliados na escola, 127 alunos, destes 106 estiveram alteração na escala de snellen e até o momento foram encaminhados 87 alunos para o consultório itinerante. Entretanto, compareceram as consultas agendadas no consultório 43 educandos e tiveram prescrição de óculos 30 alunos. Vale lembrar que para comparecer ao consultório itinerante é necessária uma entrevista e assinatura dos pais conforme ficha fornecida pelo programa, ainda está sendo feita esta entrevista e seguem sendo encaminhados àqueles que faltam, mas existe uma grande abstenção por parte das crianças e seus responsáveis nessas consultas. Como instrumento de avaliação foram utilizados os seguintes indicadores: Percentual de educandos avaliados em relação ao total de pactuados e o percentual de educandos com sinais de alteração (necessidade de cuidado em saúde ocular) em relação aos educandos avaliados.⁴ **Considerações finais:** As atividades do PSE estão aproximando dois setores essenciais para o desenvolvimento de atores que disseminam o conhecimento em locais de seu convívio na comunidade, trabalhar com crianças e adolescentes é acreditar num futuro com menores desigualdades e vulnerabilidades. Além disso, o contato com as escolas permite uma aproximação com os educandos na construção de vínculo, permeando um acesso mais fácil aos profissionais de saúde dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial nas ESF's. O componente I em especial a ação de saúde ocular possibilitou um trabalho com boa resolutividade, um dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), permeando a promoção/prevenção em saúde. Com isso, os educandos estão melhorando o desempenho em sala de aula, já que ter uma boa visão é fundamental para o entendimento da dinâmica desenvolvida nos espaços escolares. Contudo, ainda existe a necessidade de informar/explicar o objetivo do programa aos pais de forma objetiva e simples, evidenciando os resultados obtidos até o momento, por serem os responsáveis, enfatizando a importância do trabalho desenvolvido nessa parceria saúde/escola para atenuar a abstenção nas consultas no consultório itinerante, já que é imprescindível para continuidade do cuidado. As autorizações assinadas pelos responsáveis, demonstra que uma grande maioria não tem o conhecimento exato das atividades desenvolvidas na escola e posteriormente quando são realizadas as entrevistas o entendimento desse processo aumenta, mas ainda não é suficiente para evitar o absenteísmo.

DESCRITORES: Atenção Primária a Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Saúde Escolar.

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

Referências

1. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. Brasil Ministério da Saúde. Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.

[Digite texto]

3. Brasil Ministério da saúde. Portaria nº 15, de 8 de janeiro de 2014. Define regras para o cadastramento dos consultórios itinerantes de odontologia e oftalmologia no âmbito do programa saúde na escola e do programa Brasil alfabetizado.

4. Brasil Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.



[Digite texto]

73. SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE CARDIO-INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PATIENT SAFETY IN CARDIO-INTENSIVE UNIT: EXPERIENCE REPORT

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD CARDIO-INTENSIVO: RELATO DE UNA EXPERIENCIA

LANES, Taís Carpes¹
ONGARO, Juliana Dal²
GONÇALVES, Naiane Glaciele da Costa³
MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza⁴
CAMPONOGARA, Silviamar⁵

Introdução: Em 1999, o interesse pela segurança do paciente no meio global e a vulnerabilidade dos pacientes na assistência em relação a erros e suas consequências, foram evidenciados pelo relatório do Institute of Medicine (IOM) intitulado como: “*To err is human*”.¹ De acordo com este relatório, 44.000 a 98.000 pacientes morriam por ano, nos Estados Unidos, em decorrência de danos evitáveis acometidos pelos profissionais de saúde.¹ Perante este cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs protocolos para auxiliar na diminuição de eventos adversos no meio hospitalar, sendo eles: a identificação do paciente; prevenção de úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde e a prevenção de quedas. O erro é inerente à condição humana, mas é possível evitá-lo por meio de protocolos, educação permanente dos profissionais e com mudança da cultura punitiva para a preventiva.² Além de condições humanas, o erro pode estar vinculado ao contexto estrutural do local e ofertas de recursos da instituição ao setor. A disponibilidade de materiais e equipamentos são necessários para oferecer um ambiente promovedor do cuidar.³ A disponibilidade de tecnologias é uma estratégia que vem auxiliar os profissionais de saúde no manejo ao paciente. Equipamentos e dispositivos do cuidado testados com rigor antes de sua implantação auxiliam na promoção da redução de erros.³ É necessário trabalhar com o erro de forma educativa, estimular a equipe de saúde a dialogar e a participar de ações que tenham o objetivo de promover a segurança do paciente.² Manter a ideia de culpa e punição dos profissionais nos serviços pode desfavorecer a promoção da saúde ou minimizar a qualidade da assistência prestada aos pacientes. Ter um diálogo franco e aberto entre a equipe e a gestão, pode facilitar a implementação da segurança do paciente.³ Nesse interim, a comunicação multiprofissional é necessária para se obter uma assistência segura,³ assim como a gestão tem papel fundamental na promoção de segurança nas unidades hospitalares.³ Para viabilizar esse propósito, é necessário capacitar os líderes para que tenham uma comunicação efetiva com a sua equipe, criar estratégias que permitam diminuir os pontos frágeis na assistência prestada ao paciente.⁴ **Objetivo:** Relatar a experiência a partir das vivências de uma acadêmica em uma Unidade Cardiológica Intensiva (UCI) de um hospital universitário. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência a participar de uma atividade de extensão desenvolvida no quinto semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, na Unidade Cardiológica Intensiva (UCI) de um hospital universitário localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul/Brasil. A experiência foi

¹ Enfermagem, Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria. E-mail:taislanes_rock@hotmail.com

² Enfermagem, Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria

³ Enfermagem, Mestre em Enfermagem, Estudante do Programa de Doutorado de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria

⁴ Enfermagem, Doutora em Enfermagem, Doutor, Professor, Universidade Federal de Santa Maria

⁵ Enfermagem, Doutora em Enfermagem, Doutor, Professor, Universidade Federal de Santa Maria
[Digite texto]

oportunizada por meio do Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFCEN), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), onde este proporciona aos acadêmicos de enfermagem a oportunidade de vivenciar a realidade de diversos serviços de saúde. As vivências ocorreram entre os meses de dezembro a fevereiro de 2016, no turno vespertino, de segunda à sexta-feira, com carga horária de 20 horas semanais, ao final da atividade de extensão foram cumpridas 120 horas. A supervisão foi realizada de forma direta por um enfermeiro atuante no setor e indireta por um docente do departamento de enfermagem da UFSM. Sobre a UCI, tem-se que ela é composta por oito leitos e atende pacientes pré e pós-cirúrgicos da especialização cardiológica e pacientes com doenças cardíacas graves que necessitam de monitorização constante. **Resultados:** Durante o período de vivências na UCI foi possível observar a equipe de enfermagem como alicerce para o alcance de uma assistência segura. O papel exercido pelo enfermeiro é fundamental, pois ele é o responsável pela gestão de qualidade, promoção da educação permanente da equipe, fato que atenua os erros e danos aos pacientes. Na instituição em que se desenvolveu a vivência, foram implantados, a partir de 2015, os protocolos de higienização das mãos, prevenção de úlcera por pressão, cirurgia segura e identificação dos pacientes. Vários foram os momentos de capacitação sobre esses protocolos, sob a responsabilidade do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente (SVSSP), em parceria com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS). No entanto, notou-se que a utilização destes protocolos ainda não é completamente observada pela equipe multiprofissional na UCI. Outro fator importante observado durante a vivência foi a constante falta de materiais e infraestrutura inadequada da unidade para o número de leitos existentes. O déficit de leitos na UCI reflete em maiores números de pacientes internados em outros serviços da instituição. Estes setores, por não serem especializados em cardiologia, muitas vezes têm maiores dificuldades em acolher estes pacientes. Portanto, nestes setores o oferecimento de uma assistência de qualidade aos pacientes torna-se muitas vezes, um trabalho árduo a ser realizado pela equipe de saúde. Quanto ao número de leitos, a instituição está em fase de construção da central das UTIs e Unidade Cardiológica. Isso será fundamental, tanto para melhorar as condições de trabalho quanto para o aumento do número de leitos, equipamentos, força de trabalho e maior segurança para os pacientes atendidos. É viável que a gestão e equipe tenham um diálogo aberto sobre a infraestrutura e recursos como também o contexto clínico do paciente. O ato de trocar informações, conhecimentos e dúvidas são pontos importantes para alcançar uma assistência segura. Entende-se a partir desta vivência que o apoio da gestão hospitalar é fundamental na colaboração para o desenvolvimento do cuidado seguro. O enfermeiro e equipe da unidade deve compreender que a comunicação multiprofissional entre todos os níveis hierárquicos deve acontecer abertamente. **Conclusão:** Percebeu-se, por meio desta experiência, que a equipe de enfermagem da UCI, está comprometida com as metas de assistência segura. Os profissionais possuem conhecimento técnico-científico e buscam desenvolver uma assistência de qualidade aos pacientes. Porém, faz-se necessário colocar em prática o uso dos protocolos institucionais que visam a segurança dos pacientes atendidos na UCI, o apoio da gestão pode viabilizar a sua implementação, principalmente com o investimento contínuo na capacitação e na educação permanente dos profissionais, a fim de que se estabeleça a segurança do paciente. Para promover uma assistência segura é indispensável à corresponsabilidade entre a equipe multiprofissional e os gestores da instituição. O conhecimento das necessidades das unidades, o diálogo efetivo entre os profissionais, para que juntos possam aprimorar a qualidade dos serviços prestados, o que refletirá de modo positivo na saúde dos usuários. Além disso, é importante a instituição investir na infraestrutura e em novas tecnologias no setor conforme a demanda e orçamento viáveis ao hospital.

DESCRITORES: Segurança do Paciente; Enfermagem; Promoção da Saúde.

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

[Digite texto]

Referências

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system.* Washington: 1999, p.287 DC: National Academy of the Institute of Medicine.
2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Aliança Mundial para a Segurança do Paciente Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Brasília, 2009.
3. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 2013 Out-Dez; 22(4): 1124-33.
4. Misiak M, Radünz V, Sasso GTMD, Tourinho SFV. Atitudes para cultura de segurança do paciente em uma instituição cardiovascular. *Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde*. 2016; 2(2).



[Digite texto]

74. SEGURANÇA DO PACIENTE SOBRE A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: NOTA PRÉVIA

PATIENT SAFETY ON THE OPTICS OF PRIMARY HEALTH CARE PROFESSIONALS: PRELIMINARY NOTE

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA PERSPECTIVA DE PROFESIONAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: PRÓLOGO

CARNEIRO, Alessandra Suptitz¹; LUZARDO, Adriana Remião².

Introdução: Presentemente, nota-se um movimento mundial para discutir questões relativas a segurança do paciente nos diferentes espaços e serviços de saúde, haja vista a complexidade do processo de cuidar e da influência dos fatores que cercam esse universo multifacetário e dinâmico que acaba por influir nas relações e determinantes do processo saúde-doença-cuidado. A fim de fortalecer esse processo, faz-se necessária a sinergia entre diversos segmentos para resultar em ações corretas dos profissionais de saúde, processos e sistemas adequados nas instituições e serviços, e também na criação de políticas governamentais que exijam um esforço permanente dos profissionais envolvidos para melhor gestão de riscos durante o processo do cuidado^{1,2}. Para tanto, é imprescindível expandir os estudos sobre a temática a fim de que estes possam fundamentar as discussões e o planejamento de ações que visem tornar o cuidado mais seguro, envolvendo desde a promoção à saúde até o tratamento das doenças. Entretanto, nota-se que grande parte dos estudos sobre a segurança do paciente estão centrados na atenção hospitalar, mesmo que, grande parte dos cuidados da população sejam prestados na Atenção Primária à Saúde (APS)³. Deve-se levar em consideração também, as especificidades de cada espaço de cuidado e o modelo diferente de APS que acontece no Brasil. Assim, entende-se que há necessidade de que mais estudos sejam produzidos acerca dessa temática em APS, para qualificar os trabalhadores destes espaços a fim de ofertar um cuidado integral e preocupado com as questões relativas à segurança do paciente durante o processo de cuidar. A partir dos elementos descritos, o objetivo geral desse estudo será: analisar os conhecimentos e a forma como acontece à segurança do paciente na APS em uma ESF de um município do interior do Rio Grande do Sul (RS). Como objetivos específicos elencaram-se: avaliar a segurança do paciente na APS em uma ESF; identificar e analisar a ocorrência de incidentes no cuidado à saúde ao paciente na APS em uma ESF; conhecer atitudes do processo de trabalho dos profissionais da equipe da ESF estudada que evidenciam a prática segura do cuidado ao paciente na APS; e, proporcionar um espaço de troca e avaliação do processo de trabalho atrelado à segurança do paciente, tendo em vista os resultados obtidos com a presente pesquisa por meio de uma ação/intervenção com a equipe. **Metodologia:** A proposta metodológica deste estudo combina as abordagens quantitativa e qualitativa, oportunizando a complementaridade da análise entre as diferentes faces de um mesmo fenômeno. No aspecto quantitativo será realizado um estudo transversal, visto que a coleta dos dados ocorrerá em determinado período temporal, tendo por base as questões de instrumentos estruturados. Já na abordagem qualitativa será realizado um estudo exploratório e descritivo na busca pelos significados atribuídos pelos participantes quanto ao evento segurança do paciente. Para tanto, será utilizada a metodologia de grupo focal por associação livre⁴. Nesse sentido, o presente estudo traz ainda a proposta de uma pesquisa-intervenção (PI), utilizando-se de pré e pós teste. A PI constitui-se enquanto um dispositivo de transformação que proporciona a

¹ Enfermeira, Residente em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Passo Fundo/RS. alessandracarneiro1994@gmail.com.

² Enfermeira, Dra. em Enfermagem, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

[Digite texto]

criação de novas análises para a formação dos profissionais e para as instituições que os formam, já que propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social⁵. A pesquisa será desenvolvida em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município do Rio Grande do Sul (RS), a qual se constitui como campo de atividades práticas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). A população-alvo e amostra da etapa qualitativa serão os participantes selecionados por método de conveniência, visto que todos os profissionais da ESF serão convidados a fazer parte do estudo, inclusive residentes, totalizando igualmente o universo de 16 participantes. Na abordagem quantitativa os dados serão coletados por meio de questionário, constituído de três instrumentos, entre os quais constam um de perfil sociodemográfico, outro de conhecimento sobre segurança do paciente e o outro sobre incidência de eventos. Este questionário será aplicado em quatro momentos distintos, a saber: Primeiro momento (1^a aplicação do questionário – pré teste); Segundo momento (Grupo Focal); Terceiro momento (Seminário de Campo – intervenção); Quarto momento (2^a aplicação do questionário – pós teste). Os três instrumentos a serem utilizados para coletar os dados foram elaborados pela autora Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá em sua Tese de Doutorado intitulada: “Segurança do paciente na Atenção Primária: conhecimento dos profissionais de saúde”, no ano de 2015, e adaptados para utilização no presente estudo. Estes instrumentos são compostos por variáveis sobre o perfil pessoal e profissional dos participantes, o conhecimento acerca da segurança do paciente na APS e ainda, a ocorrência de incidentes na APS. Espera-se a aplicação de 64 instrumentos no total, somando-se os instrumentos de perfil sociodemográfico, o pré-teste, o instrumento de incidentes e o pós-teste, entre os 16 profissionais atuantes na ESF a ser estudada. Os critérios de inclusão do estudo serão: ser profissional da área da saúde atuante na ESF Santa Rita (núcleo de enfermagem, odontologia, medicina, psicologia, farmácia e Agentes Comunitárias de Saúde); ter idade mínima de 18 anos; aceitar participar do estudo e assinar o TCLE. Serão excluídos do estudo os profissionais com menos de um ano de atuação na área. Na etapa quantitativa, os dados coletados serão digitados em um banco de dados com a utilização da planilha eletrônica *Excel*, sendo transferidos, posteriormente, para o programa de computação *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), Windows, versão 22.0, para posterior análise. Já a análise da abordagem qualitativa será feita a partir das perguntas do instrumento de Investigação de Incidentes e do Grupo Focal. Será utilizado o método da categorização de dados proposto por Bardin. Foram cumpridas as especificações éticas e legais acerca de pesquisas com seres humanos contidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, do Ministério da Saúde, tendo sido encaminhado o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS para apreciação.

Resultados esperados: Verificar se no grupo pesquisado o conhecimento prévio referente a segurança do paciente existe e de que forma está posto, constatando se os profissionais utilizam os conceitos referentes a temática e como os reconhecem nas práticas do seu processo de trabalho na APS. Uma vez que exista o conhecimento sobre a temática espera-se identificar os fatores que contribuem para tornar o cuidado em saúde mais seguro, bem como os aspectos que dificultam a prática do cuidado seguro, e, em caso positivo, se estes são passíveis de modificação por meio da implementação das ações de educação permanente. Acredita-se que as ações dos profissionais de saúde levam em consideração a diminuição e riscos e agravos à saúde do paciente a um mínimo aceitável. Busca-se evidenciar a importância das ações educativas. Espera-se, também, após a intervenção obter melhora significativa quanto ao conhecimento sobre segurança do paciente entre os profissionais participantes do estudo, proporcionando um espaço saudável de trocas e reflexões sobre o processo de trabalho, fornecendo subsídios para modificar a realidade e a cultura das pessoas e das organizações ao lidar com essa temática no cotidiano profissional.

DESCRITORES: Segurança do Paciente; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

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

[Digite texto]

Referências

1. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. January, 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. 02 abr. 2013; Seção 1, (62):43. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43&--> Acesso em: 29 mar. 2017.
3. Sequeira AM, Martins L, Pereira VH. Natureza e frequência dos erros na actividade de Medicina Geral e Familiar Geral num ACES – Estudo descritivo. Portugal. Rev Port Clin Geral., 2010. 26:572-84.
4. Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. Rev. Saúde Pública, São Paulo. 1986; v. 30, n. 3, p. 285-93.
5. Saidon O, Kamkhagi VR (org). Análise Institucional no Brasil. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1987.



[Digite texto]

75. VIVÊNCIA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ ERASMO CROSSETTI: RELATO DE EXPERIÊNCIA

LIVING IN A BASIC HEALTH UNIT JOSÉ ERASMO CROSSETTI: EXPERIENCE REPORT

EXPERIENCIA EN BASE UNIDAD DE SALUD JOSEPH ERASMO CROSSETTI: RELATO DE EXPERIENCIA

VARGAS, Fátima Inês Alff¹; MINELLO, Andrieli²; SCHIMITH, Maria Denise³; BRUM, Dyan Jamilles Maia⁴; TIMM, Marcella Simões⁵; PRADELLA, Amanda⁶

Introdução: A Atenção Primária em Saúde (APS) tem fundamental importância, pois é a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Conforme a Portaria Nacional de Atenção Básica nº 2488, 2011¹, a Atenção Básica tem a função de desenvolver ações em saúde que visam promoção e proteção da mesma, deve proporcionar atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e coletividades. Possui responsabilidade sanitária, e utiliza de tecnologias de cuidado complexas e diversificadas, verificando riscos, vulnerabilidades, resiliência e a ética de que todos, em necessidade de saúde, precisam ser acolhidos. Dessa forma, muitas Unidades Básicas de Saúde (UBS) vão além de serviços básicos como: atendimentos em pediatria, ginecologia, clínica geral e odontologia, contam também com mais profissionais, tais como nas áreas de serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional, médico veterinário, entre outros, constituindo uma equipe multiprofissional, contribuindo, portanto, para um cuidado de qualidade e mais integral do usuário. Dentre esses profissionais o enfermeiro inserido na APS tem papel relevante: o de gerenciamento, pois desenvolve ações de programação e avaliação das atividades, bem como supervisiona a equipe de enfermagem. Também é responsável pela previsão e provisão de materiais e equipamentos de uso da enfermagem, auxilia na conservação de aparelhos e manutenção dos mesmos, atualiza e elabora procedimentos, revisa registros nos sistemas de comunicação. Possui função de educador em saúde, estando a frente da promoção de capacitações de equipe. Além disso, realiza consultas de enfermagem, visitas domiciliares, diagnóstico comunitário, buscando assim, ofertar à população prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Porém, para que o enfermeiro e os demais profissionais da saúde desempenhem um ótimo trabalho é imprescindível que a UBS tenha insumos e equipamentos disponíveis. “Investimentos deveriam ser feitos para garantir um novo conceito de UBS de porte médio, robustas e bem equipadas, que possibilitem a permanência de várias equipes que possam compartilhar recursos e conhecimentos, podendo gerar melhoria na qualidade da APS e maior sustentabilidade dessa política”.² Diante disso, é notável a presença do enfermeiro na APS como coordenador, facilitador e promotor de saúde. Assim, durante o período de vivência realizados no setor de vacinas e também no setor de estomias da UBS José Erasmo Crossetti, foi possível identificar a multifunção do enfermeiro, o qual apresenta muita habilidade em organização, responsabilidade e relação interpessoal com os demais membros da

[QC5] Comentário:

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: fatimaivargas@yahoo.com.br

² Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

³ Professora adjunta no Departamento de Enfermagem e coordenadora do Curso de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

⁴ Enfermeira. Mestranda do programa de pós-graduação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

⁵ Enfermeira. Mestranda do programa de pós-graduação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

⁶ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

equipe. Possibilita, assim, que o paciente tenha qualidade em saúde e também em atendimento, seguindo os preceitos do SUS. **Objetivo:** O presente trabalho visa relatar a vivência de uma acadêmica de enfermagem e seu processo de aprendizado na UBS José Erasmo Crossetti, da cidade de Santa Maria. A escolha dessa atividade complementar deve-se a vontade de adquirir conhecimento e aprendizado prático de enfermagem em APS, contribuindo para uma melhor formação profissional e pessoal. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência por uma acadêmica do 5º semestre de Enfermagem, por meio da vivência realizada na Unidade Básica de Saúde José Erasmo Crossetti na cidade de Santa Maria. O período da realização da vivência ocorreu no mês de janeiro de 2017, conforme o período de trabalho das enfermeiras responsáveis pela supervisão da acadêmica em campo, totalizando 80 horas. A vivência foi possibilitada por meio de um projeto de extensão oferecido pelo Curso de Enfermagem aos acadêmicos, oportunizando dessa forma, atividades de ensino e extensão. Nessa atividade não obrigatória o discente é supervisionado por um profissional enfermeiro do serviço em que pretende realizar as atividades e orientado por um professor do curso. **Resultados:** A vivência tornou possível identificar o quanto valioso e gratificante é o trabalho do enfermeiro na UBS, posto que no setor de vacinas as atividades são desenvolvidas de forma prática e segura. Há grande controle com os medicamentos e a rede de frio, além de atualizações do Ministério da Saúde (MS) sobre o calendário vacinal e também repasse de informações e orientações da equipe de enfermagem para a população. Preza-se, nesse setor, que o usuário tenha seu calendário de vacinação em dia, seja ele criança, adolescente ou adulto, seguindo as normas do MS. Pode-se acompanhar a importante função do enfermeiro frente às vacinas anti-rábicas, pois há conduta específica para a mesma com preenchimento de formulário para controle. Já no setor de estomias o enfermeiro trabalha com pacientes estomizados, está atento aos tamanhos dos materiais e a função de cada um, bem como utilizar os produtos e técnica correta para realizar o procedimento sem intercorrências ou dor ao paciente, ele também promove o autocuidado e orientações para evitar lesões de pele. Além disso, o enfermeiro utiliza a escuta qualificada, para aconselhar e acolher o usuário, pois o paciente estomizado é por vezes estigmatizado pela sociedade, necessitando de tratamento especial e resgate de sua autoestima. Nesse sentido, com a experiência nesses dois campos práticos distintos, é válido ressaltar que: “A enfermagem possui, como desafio diário, atuar na desconstrução do modelo biomédico, entendendo a real diferença entre cuidar e tratar, sendo que o tratamento se constitui como algo pontual, que contém começo, meio e fim e o cuidado, como prática mais abrangente, se constituindo em uma atitude”. (AZEVEDO, 2016)³. Essa experiência possibilitou grande aprendizado da prática de enfermagem na alimentação de informações no Sistema de Informação do programa Nacional de Imunização (SI PNI), aplicações e preenchimento dos cartões de vacinas, cuidados com materiais, leituras das cartilhas, realização de curativos, entrega de materiais para estomizados, convívio com a equipe e comunicação efetiva e respeitosa com pacientes. Desta forma, as atividades propostas no plano de ação da vivência foram cumpridas. O período de experiência na UBS foi de apenas um mês, realizado em dois setores diferentes, o primeiro de vacinas e o segundo de estomias, porém, mesmo em curto tempo, o aprendizado e contato com a prática foi intenso e significativo para a vida acadêmica e futuro profissional. A acadêmica adquiriu maior conhecimento no setor de vacinas, já que o curso de enfermagem não apresenta uma capacitação específica quanto a administração de vacinas, pois o profissional necessita receber um certificado de vacinador, após prova teórica e prática. Diante dessa possibilidade de vivência é um privilégio a oportunidade, como também a importância de conhecer pacientes estomizados e a realidade de seu dia a dia, auxiliando no seu cuidado e bem estar, por meio disso, consegue-se alcançar uma formação integral e humanizada dos futuros enfermeiros. **Considerações Finais:** Dessa forma, entende-se a importância de observar como ocorre o funcionamento da APS, que é enriquecedor para o futuro profissional, o que motivou essa acadêmica para desempenhar um papel profissional inspirado nos exemplos que tivera e possibilitou a oportunidade do aprendizado e convivência. E, sobretudo, a vivência refletiu no aprimoramento das habilidades, além de fortalecer aspectos de cuidado aos usuários.

[Digite texto]

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde, Autocuidado, Enfermeiro

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília-DF, 2012.
2. Turci MA, Costa MFL, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. Cad. Saúde Pública, 2015, vol.31, n.9, p.1941-1952
3. Azevedo, AR, Duque KCD. O cuidar versus a medicalização da saúde na visão dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. Rev. APS. 2016 jul/set; 19(3): 403 - 411.



[Digite texto]

76. VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM FRENTE À ELABORAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PÓS-CIRÚRGICO

LIVING EXPERIENCES OF NURSING ACADEMICS THE ELABORATION OF NURSING PROCESS IN POST SURGICAL

EXPERIENCIAS DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DELANTE LA PREPARACIÓN DO PROCESO DE ENFERMERÍA POSTAL QUIRÚRGICO

MONTEIRO, Etcheverry Camila¹; VILLAGRAN, Antunez Camila²; HERRERA, de Lima Andriele³; GARCIA, Pötter Raquel⁴; SIMON, Sodré Bruna⁵

Introdução: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) permite que o enfermeiro planeje e execute suas ações de modo organizado, as quais são desempenhadas por toda a equipe de enfermagem, no período em que o paciente se encontra sobre os cuidados desses profissionais. Ainda possibilita humanizar e favorecer a organização do trabalho, atuando com autonomia e fundamentado no conhecimento técnico-científico. Trata-se de uma responsabilidade construída juntamente com o paciente, ao considerar que por meio desse processo é possível diagnosticar, fazer a prescrição e alcançar os resultados de enfermagem.¹ A SAE pode ser realizada por meio do processo de enfermagem que compreende as seguinte etapas: Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) que seria o processo deliberado, sistemático e contínuo; o Diagnóstico de Enfermagem que corresponde a interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa; Planejamento de Enfermagem onde há a determinação dos resultados que se espera alcançar; Implementação que representa a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem e a última etapa a Avaliação de Enfermagem.² A utilização do processo de enfermagem e organização da prática do enfermeiro por meio da SAE se faz relevante em todos os espaços de atuação, sendo uma forma de legitimar o trabalho deste profissional e proporcionar maior segurança aos pacientes, especialmente após a realização de procedimentos cirúrgicos. O pós-operatório inicia com a recuperação pós-anestésica e, consequente início das intervenções a fim de evitar complicações, aumentar o conforto e segurança do paciente através de estratégias bem elaboradas. Portanto, o processo de enfermagem (PE) é uma ferramenta essencial durante esta etapa, sendo um instrumento de trabalho que permite a articulação entre o trabalho gerencial e assistencial do enfermeiro, qualificando o cuidado e organizando a assistência.³ Desse modo, justifica-se a realização deste relato para auxiliar na divulgação de experiências que contemplem a prática do processo de enfermagem junto ao setor de recuperação anestésica.

Objetivo: Descrever experiências de acadêmicos de Enfermagem na implementação do PE à

¹ Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem. Universidade Federal do Pampa Uruguaiana. Campus Uruguaiana, RS. E-mail: camilamonteiro44@gmail.com

² Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem. Universidade Federal do Pampa/Uruguaiana. Uruguaiana, RS. E-mail: camilaantunezvillagran@hotmail.com

³ Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem. Universidade Federal do Pampa/Uruguaiana. Uruguaiana, RS. E-mail: andrieleherrera1996@gmail.com

⁴ Orientadora. Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, Campus Uruguaiana, RS. E-mail: raquelpottergarcia@gmail.com

⁵ 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, RS. E-mail: enf.brusimon@gmail.com

[Digite texto]

pacientes em pós-operatório imediato. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência das atividades práticas realizadas no componente curricular de Enfermagem no Cuidado a Saúde do Adulto em Situações Cirúrgicas durante o 7º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Pampa, Campus Uruguaiana, no período de setembro a outubro de 2016, na unidade de recuperação pós-anestésica do hospital do município. Durante as práticas curriculares, os discentes desenvolveram o PE com pacientes em pós-operatório imediato sob a supervisão do docente responsável pelo componente curricular. Para a elaboração dos planos de cuidados foram utilizados os livros: *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, *Nursing Interventions Classification (NIC)* e o *Nursing Outcomes Classification (NOC)*.

Resultados e Discussão: Neste campo prático, ampliou-se o olhar sobre o cuidado, potencializando o cuidado de enfermagem ao paciente cirúrgico, sendo possível avaliar o paciente e o ambiente, o qual ele está inserido e correlacionar a assistência com a literatura. Na anamnese, que é a primeira etapa do PE, ocorreram algumas dificuldades, visto que, alguns pacientes estavam ainda em nível elevado de sedação, portanto os questionamentos ao paciente eram realizados depois que ele estivesse com a escala de agitação e sedação de Richmond (RASS) igual à zero. Utilizando as técnicas propedêuticas, foi realizado o exame físico, o qual é importante para elencar sinais e sintomas, assim como agregar a anamnese, especialmente em condição pós-cirúrgica. A partir disso, aplicou-se a segunda etapa do processo, desse ponto relacionou-se à literatura com as evidências, além de elencar os diagnósticos prioritários por meio do NANDA. Após, foi consultado o NIC e o NOC, no intuito de construir um plano de cuidados baseado nos diagnósticos previamente elencados. Na terceira etapa do processo foram planejados os cuidados de enfermagem, dentre os quais destacaram-se principalmente: a redução da ansiedade, utilizando, técnicas para acalmar, como escuta ativa e diálogo para melhora no enfrentamento da situação; administração medicamentosa para dor quando necessário, conforme prescrição médica; aumento da segurança proporcionando informação ao paciente; monitorização dos sinais vitais para identificação precoce de possíveis complicações; cuidados com a pele a fim de prevenir lesões por pressão; posicionamento em alinhamento para prevenir complicações, oferecer coxins para um posicionamento melhor, evitar períodos prolongados em que o paciente fique sentado ou deitado na mesma posição. Na última etapa foram elencados os resultados esperados a partir da implementação dos cuidados: Aumento no conforto psicológico e fisiológico do indivíduo; demonstrar autocontrole da ansiedade; demonstrar cicatrização progressiva do tecido; usar medidas de segurança para minimizar o potencial de lesão e relato de alívio da dor. A partir da elaboração do PE na sala de recuperação, percebeu-se que muitos cuidados podem ser implementados para evitar complicações e promover conforto aos pacientes, buscando sua alta do local o mais breve possível. Sendo assim, a participação efetiva do enfermeiro no setor tem relevante significado para a qualidade da assistência aos pacientes que realizam procedimentos cirúrgicos, o qual pode colaborar na prevenção de complicações.⁴ **Considerações finais:** Para que seja oferecida uma assistência de enfermagem ao adulto em situações cirúrgicas de forma eficaz, o conhecimento científico é indispensável. Neste sentido é necessário que o processo de enfermagem no pós-operatório seja desenvolvido por meio da utilização da literatura, e que seja realizado de forma contínua, elencando prioridades e promovendo a assistência adequada que resulte na recuperação e promoção da saúde do paciente. Portanto, pode-se destacar que essa vivência foi importante para que os discentes pudessem por em prática e melhorar seus conhecimentos teóricos e também ampliar seus domínios perante as habilidades teórico-científicas, promovendo a sistematização da Assistência de Enfermagem para auxiliar no desenvolvimento das ações hospitalares, na organização e gerência de cuidados aos pacientes e no sucesso da evolução de quadros clínicos encontrados no campo de atuação, dessa maneira podendo promover um cuidado mais qualificado. Portanto, a experiência no pós-operatório foi importante para que os acadêmicos pudessem aprimorar seu pensamento crítico frente às situações e implementar ações efetivas e de qualidade para o paciente. Além disso, auxiliou no

pensamento e raciocínio crítico diante do contexto do pós-operatório imediato, por meio da implementação do processo de enfermagem.

DESCRITORES: Sistematização da Assistência; Processo de Enfermagem; Enfermagem.

Eixo temático: Processos de Cuidado em Saúde e Enfermagem

Referências

1. Paiva ACPC, Sena CA, Alves MS. Construção de Instrumentos para o Cuidado Sistematizado da Enfermagem: Mulheres em Processo Cirúrgico de Mastectomia. *Enferm. Cent. O. Min.* 2016; [6\(2\): 2282-2291](#).
2. Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html
3. Freire EMR, Carvalho CC, Resck ZMR. Sistematização da Assistência de Enfermagem no processo de trabalho hospitalar: uma revisão da literatura. *REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2012;4(6):308-26
4. Popov Débora Cristina Silva, Peniche Aparecida de Cássia Giani. As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica. *Rev. esc. enferm. USP*. 2009 Dez;43(4): 953-61.



[Digite texto]

77. VIVER MAIS, FAZER MAIS, VIVER MELHOR: DISCURSO E BIOPOLÍTICA NA CONTEMPORANEIDADE

LIVE MORE, DO MORE AND LIVE BETTER: DISCOURSE AND BIOPOLITICS IN CONTEMPORANEITY

VIVIR MÁS, HACER MÁS Y VIVIR MEJOR: DISCURSO Y BIOPOLÍTICA EN LA CONTEMPORANEIDAD

BOTEGA, Mariane da Silva Xavier¹; ARNEMANN, Cristiane Trivisoli².

Resumo

Foucault denominou de assunção da vida pelo poder a tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo. Para entendermos melhor o que significaria essa expressão, o autor foca seus estudos nos deslocamentos das formas de poder. Objetivamos propor um estudo teórico-reflexivo sobre como são constituídas as verdades em relação a viver mais, viver melhor, fazer mais na contemporaneidade. Estudo teórico-reflexivo sobre como são constituídas as verdades em relação a viver mais, viver melhor, fazer mais na contemporaneidade tendo como base a vertente pós-estruturalista, inspirado no pensamento do filósofo Michel Foucault. Como enfermeiras, o que nos instiga a pensar de outra forma é a possibilidade de entendimento sobre como determinados discursos são tomadas como verdadeiros pelos sujeitos e pelos profissionais de saúde, mais especificamente da Enfermagem.

Descriptores: Enfermagem; Filosofia em Enfermagem; Metodologia; Educação.

Abstract

Foucault called assumption of life by the power to take power over the man as a living being. To better understand what you mean this expression, the author focuses his studies on displacement of forms of power. We propose a theoretical study and reflection on how to consist the truths in relation to live longer, live better, do more in contemporary times. Theoretical study and reflection on how to consist the truths in relation to live longer, live better do more in the contemporaneity having as a basis the post-structuralist, inspired by the thought of the philosopher Michel Foucault. As nurses, we encourages to think of another way is the possibility of understanding about how certain discourses are taken as true by subject and by health professionals, more specifically the nursing staff.

Descriptors: Nursing; Philosophy, Nursing; Methodology; Education.

Resumen

Foucault denomina hipótesis de la vida por el poder de tomar el poder sobre el hombre como un ser vivo. Para entender mejor lo que significa esta expresión, el autor centra sus estudios sobre el desplazamiento de las formas de poder. Proponemos un estudio teórico y de reflexión sobre cómo constan las verdades en relación a vivir más, vivir mejor, hacer más en la época contemporánea. El estudio y la reflexión teórica sobre cómo constan las verdades en relación a vivir más, vivir mejor, hacer más en la contemporaneidad, teniendo como base el post-estructuralista, inspirados por el pensamiento del filósofo Michel Foucault. Como enfermeras, nos anima a pensar de otra manera es la posibilidad de comprensión acerca de cómo determinados discursos son tomadas como verdaderas por tema y por profesionales de la salud y, más concretamente, el personal de enfermería.

Descriptores: Enfermería; Filosofía en Enfermería; Metodología; Educación.

Introdução

No ano de 2016, cursando a disciplina “Em defesa da sociedade: 40 anos depois”, no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – PPGEDU/UFRGS, as leituras e discussões referentes à temática da biopolítica na disciplina nos instigaram a pensar sobre as questões do biopoder na contemporaneidade. Nos deslocamentos das

¹Enfermeira, Mestra em Enfermagem. Bolsista CAPES. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - PGEnf. UFRGS. marianesxavier@yahoo.com.br

²Enfermeira, Mestra em Enfermagem. Bolsista CAPES. Doutoranda do PGEnf. UFRGS.

[Digite texto]

técnicas de poder e como estariam se dando as enunciações que envolvessem técnicas de biopoder na contemporaneidade. Ao realizar a leitura da aula de 17 de março de 1976 do livro *Em defesa da sociedade*, nos chamou a atenção o que Foucault denominou de “assunção da vida pelo poder” que, para ele, significaria também uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo¹. Para entendermos melhor o que significaria essa expressão, Foucault nos apresenta os deslocamentos nas formas de poder. E isso é o que gostaríamos de mostrar agora. Nesta aula, Foucault fala do poder soberano, da teoria da soberania, em que o soberano tem o direito de vida e de morte, isso significa que o soberano decide quem morre e quem vive. Ele faz morrer ou deixa viver. Deste modo, o súdito tem direito de estar vivo ou eventualmente de estar morto por causa da decisão soberana¹.

No poder soberano, seu efeito sobre a vida só se exerce a partir do momento em que o soberano pode matar. Assim, a morte é tomada como espetáculo através dos suplícios e o corpo, o alvo principal de repressão¹⁻². Os suplícios tiveram seu declínio no final do século XVIII. No século XIX, ocorre não a substituição das formas de poder, não o desaparecimento de um e aparecimento de outro. Ocorrem deslocamentos, uma forma de poder perpassa a outra, há modificações. “Um poder inverso que antes de fazer morrer ou deixar viver, agora “faz” viver e “deixa” morrer”^{1:202}. Também centrado no corpo individual, o poder disciplinar, nesse período histórico, se apresenta como mais econômico. Através da separação, alinhamento, vigilância, treinamento, tentava-se aumentar a força útil dos corpos, para produzir corpos docilizados, isso significa corpos que eram treinados, moldados e permaneciam dessa forma. As disciplinas se apresentavam como uma forma de poder mais econômico visto todo o aparato de vigilância, sistemas de hierarquias, de inspeções e relatórios que envolviam a tecnologia disciplinar do trabalho (final do século XVII e século XVIII). As disciplinas atuam no sentido de que é mais positivo moldar um corpo para que ele produza e siga determinadas regras. E que mesmo não sendo vigiado, o sujeito sabendo da existência da vigilância poderá não romper com as normas disciplinares.

Na segunda metade do século XVIII, aparece outra tecnologia de poder que não vai excluir as disciplinas, pois precisará delas para se tornar uma ação. Essa outra tecnologia de poder embute o poder disciplinar, tendo seu funcionamento graças a uma disciplina já instaurada. Essa outra tecnologia de poder, diferente da disciplinar que se aplica ao corpo, se dirige ao homem-vivo, ao ser vivo, e aos conjuntos de processos da vida como nascimento, morte, a produção e doenças, etc.

Foucault denominou-a “biopolítica” da espécie humana, que tem como principal objeto de controle o conjunto de processos como a proporção de nascimentos e óbitos, taxa de reprodução e fecundidade, problemas econômicos, políticos de uma população. A biopolítica irá atuar na população. Desse modo, não se trata de agir no corpo de forma individual, e sim na população. A

[Digite texto]

disciplina era tida como uma forma menos onerosa de controle, mas sobre o homem individualmente e não sobre a população. A regulação da vida pela biopolítica e através do biopoder se centra não no corpo, mas na vida produzindo efeitos de massa. No entanto, precisa da disciplina para que um determinado discurso faça sentido para essa massa, visando assim não o treinamento individual, mas o equilíbrio global, a segurança do conjunto em relação aos seus inimigos internos¹.

Por conseguinte, o biopoder, nesse momento histórico, se mostra mais econômico, uma vez que aliado com a disciplina produz efeitos na população. Na disciplina é necessária a vigilância constante. A biopolítica por meio de uma regulação da vida produz discursos que subjetivam a população, de modo que seja possível haver uma vigilância entre os membros da população. O que quero dizer é que, no poder disciplinar, se fazia presente uma figura de vigilância, seja um indivíduo ou câmeras, ou mesmo a crença de se estar sendo vigiado. No biopoder, que se incumbiu tanto do corpo quanto da vida – população far-se-á presente a figura de vigilância, mas mais do que isso poderá haver a vigilância de uns para os outros na população.

A partir do exposto, surgiram questionamentos como: nesse contexto de biopolítica e biopoder, como se apresentam os enunciados na contemporaneidade? Como circulam os discursos sobre fazer viver e deixar morrer? Como se apresentam as questões de medicalização da vida na contemporaneidade? Desse modo, objetivamos propor um estudo teórico-reflexivo sobre como são constituídas as verdades em relação a viver mais, viver melhor, fazer mais na contemporaneidade.

Metodologia

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo sobre como são constituídas as verdades em relação a viver mais, viver melhor, fazer mais na contemporaneidade tendo como base a vertente pós-estruturalista, inspirado no pensamento do filósofo Michel Foucault.

Resultados e discussão

Os discursos são produzidos a partir de relações de poder que constituem nossas práticas, comportamentos e ações do cotidiano. Isso significa que “as práticas discursivas moldam nossas maneiras de constituir o mundo, de compreendê-lo e de falar sobre ele”³. Desse modo os discursos são produtivos.

Em vista disso, para o biopoder interessa a vida. A morte que no poder soberano era tratada como espetáculo público, no biopoder é tratado como algo que pode ser evitado.

Contemporaneamente, observamos discursos que exaltam, por exemplo, a vitalidade. Por algum tempo, 40/50 anos poderia ser considerado uma idade avançada, em determinados períodos

[Digite texto]

históricos devido aos altos níveis de mortalidade, a população poderia não atingir 40 anos. O que se observa atualmente são discursos que apontam para uma ralação de oposição entre vida e tempo. Deseja-se uma vida longa, mas a aparência envelhecida que poderia significar uma proximidade com a morte não é desejada.

Os mecanismos implementados pela biopolítica vão tratar, sobretudo, de previsões e estatísticas, de medidas globais, como reduzir a mortalidade. Implicará não em modificar o fenômeno como a velhice ou o indivíduo, mas intervir no nível daquilo que são as determinações desses fenômenos gerais, no que esses fenômenos tem de global. Vai ser preciso baixar a morbidade, encompridar a vida, estimular a natalidade. Trata-se de constituir mecanismos reguladores que vão estabelecer uma espécie de homeostase, assegurar comparações; instalando mecanismos de previdência em torno do que é inerente a uma população de seres vivos¹.

Pode-se dizer que em uma sociedade capitalista o objetivo da vida é viver mais, viver saudável e reproduzir para dar continuidade à vida. Viver mais envolve trabalhar mais, juntar mais dinheiro. Esse trabalhar mais no bipoder não é visto como no poder soberano em que o súdito trabalha para o soberano. Na lógica do biopoder, trabalha-se para uma vida melhor, para adquirir mais conforto, etc.

As transformações das tecnologias de poder promovem deslocamentos de como a morte é percebida através dos discursos. Muitos de nós já escutamos em algum momento expressões como: “não fale de morte que chama” ou “não pense em morte, você tem muita vida pela frente, o importante é viver”. Há uma desqualificação progressiva da morte. A morte deixa de ser uma cerimônia brilhante onde participavam familiares, amigos, vizinho, tonando-se uma cerimônia mais íntima, restrita e mais vergonhosa¹.

Como havíamos mencionado anteriormente, os mecanismos disciplinares do corpo e os mecanismos reguladores da população se articulam. Como isso se constitui? Na área da saúde, por exemplo, alguns comportamentos corporais precisam de controle disciplinar, pois podem acarretar em doenças para um indivíduo. Ao mesmo tempo, se essa doença tiver a possibilidade de ser adquirida de forma hereditária pelas próximas gerações, atingirá a população e desse modo precisa ser regulada.

Desse modo, a medicina (no sentido de áreas do conhecimento relativas à manutenção da saúde), que antes tratava do corpo doente, agora se preocupa em tratar da população doente; disciplina os corpos e regulamenta a população onde os corpos estão inseridos. A medicina se apresenta como um saber-poder, que incide ao mesmo tempo no corpo e na população, e vai ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores. O que vai legitimar o discurso da medicina tomado

[Digite texto]

como verdade é a norma, a medicina estabelece a norma e esta é tomada como verdade. Portanto, a norma é o elemento que irá circular entre a medicina e a biopolítica¹.

Por meio do saber, é conferido a medicina um poder de criar a norma, dizer qual é a verdade. Poder-se-ia dizer que há uma medicalização da vida para que a estabelecida norma seja atingida. Isso significa, em uma sociedade onde os discursos que circulam são os que envolvem vida saudável, viver melhor, vida longa. Sentimentos como tristeza, podem ser consideradas passíveis de medicalização, tanto no sentido de ser tomado pelo saber médico, quando no sentido de intervir por meio do uso de medicamentos.

No momento histórico em que nos situamos, numa lógica neoliberal, ter uma vida saudável, viver mais, significa produzir mais. Essa produção, entretanto, não é considerada pelos sujeitos como uma prestação de trabalho como no poder soberano em que o súdito trabalhava para o soberano. Mas sim um investimento em si mesmo, um investimento para a vida. Desse modo, a medicina através do saber científico poderá atribuir o que é normal ou patológico a partir de coisas que reflete no corpo, mas que também faça sentido na vida das pessoas, assim o corpo se torna um meio pelo qual a norma e a disciplina se aplicam.

Quando a normalidade vigente já não é mais adequada para as demandas da população, o que é normal poder ser ressignificado como patológico. Ou seja, a medicina e os serviços de saúde somente podem considerar doença algo que, em última instância, apresenta-se para os indivíduos e população como obstruções na reprodução da vida, como sofrimento, como problema que cobra para ser resolvido sob as relações sociais contemporâneas⁴.

Observando artefatos midiáticos, pudemos perceber que a mídia pode ser considerada uma estratégia biopolítica, visto que participa nos processos de subjetivação. As pessoas aprendem sobre a ciência, sobre o corpo humano e sobre como viver, como ter uma vida saudável, como curar-se através dos meios de comunicação e não necessariamente na escola ou em uma consulta com especialista. Nesse sentido, para a vertente pós-estruturalista, “a mídia é pedagógica”^{5:59}.

Considerações Finais

Neste texto, não procuramos apontar qual a melhor maneira dos sujeitos viverem ou apontar verdades. Na perspectiva pós-estruturalista, a dualidade verdadeiro ou falso é colocada em cheque, pois se entende que verdades seriam inventadas, legitimadas ao longo do tempo, passando a ser naturalizadas, não sendo discutidas nem questionadas⁶. Como enfermeiras, o que nos instiga a pensar de outra forma não são as verdades ou a melhor maneira de cuidar ou viver e sim as condições de possibilidades para a emergência de outros discursos. Por meio da possibilidade de

[Digite texto]

entendimento sobre como determinadas práticas de saúde são tomadas como verdadeiras pelos sujeitos e pelos profissionais de saúde, mais especificamente da Enfermagem. Sobre os modos pelos quais os indivíduos são atravessados pelos discursos que os circundam.

Dessa forma, o que está em vigência agora não é nem melhor, nem mais importante do que o que se passou antes. O importante não é buscar as transformações que certo objeto sofreu ao longo do tempo em uma determinada cultura, mas tornar problemático e, portanto, histórico. Logo, é preciso perseguir as condições de possibilidade que provocam o surgimento de determinadas práticas⁷.

Eixo temático: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem.

Referências

- 1.Foucault M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.
- 2.Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 41. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.
- 3.Veiga-Neto A. Foucault & a Educação. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.
- 4.Almeida MR, Gomes RM. Medicalização social e educação: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Nuances: estudos sobre Educação*. 2014;25(1):155-175.
5. Nelkin D, Lindee M apud Schütz D, Ripoll D. As pedagogias da mídia e a construção da medicalização na contemporaneidade. *Revista de Iniciação Científica da ULBRA*. 2013;11:53-62.
- 6.Silva FP. Do governo da alma ao governo do corpo: a religião nos discursos da enfermagem [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012 *Maria*
- 7.Kruse MHL. É possível pensar de outro modo a educação em enfermagem?. Esc Anna Nery RevEnferm. 2008;12(2):348-52.