



78ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
41ª SEMANA RIOGRANDINA DE ENFERMAGEM
10 a 12 de maio de 2017

As boas Práticas de Enfermagem na construção de uma sociedade democrática

Coordenação: Profª. Drª. Giovana Calcagno Gomes

Profª. Drª Marina Soares Mota

Enfª Ddª. Eloisa da Fonseca Rodrigues

APOIO: PET ENFERMAGEM

Rio Grande

2017



Ficha catalográfica

S471b Semana Brasileira de Enfermagem (78. : 2017 : Rio Grande/RS).
As boas práticas de Enfermagem na construção de uma
sociedade democrática : Anais da 78ª Semana Brasileira de
Enfermagem e 41ª Semana Riograndina de Enfermagem, 10 e 12
de maio de 2017 / Organizadoras: Giovana Calcagno Gomes,
Marina Soares Mota, Eloisa da Fonseca Rodrigues – Rio Grande,
2017.

481 p.

1. Enfermagem 2. Boa práticas em Enfermagem 3. Cuidado de
Enfermagem I. Semana Riograndina de Enfermagem II. Gomes,
Giovana Calcagno III. Mota, Marina Soares IV. Rodrigues, Eloisa
da Fonseca

CDU 616-083

Catálogo na Fonte: Bibliotecário Me. João Paulo Borges da Silveira CRB 10/2130



.COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente: Prof^a Dr^a Daniela Ferreira Acosta

Aline Belletti Figueira
Aline Carniato Dalle Nogario
Aline Marcelino Ramos
Aline Rodrigues Costa
Amanda Guimarães Ferreira
Ana Suzete Baessa Moniz
Andreia Martins do Couto
Angélica B. Veiga Fagundes
Deciane Pintanela de Carvalho
Eduarda Ramis Pontes
Eliel de Oliveira Bandeira
Francielle Garcia Sena
Gustavo Baade de Andrade
Jackeline da Silva Viana
Janaina Cassana Mello Yasin
Jeferson Ventura
Jessica Gama da Silva
Jessica Souza Fagundes
Juliana Marques Weykamp
Juliana Piveta de Lima
Juliane Scarton
Kendra Natasha Castanha
Maria Luzia Machado Godinho
Nidia Farias Fernandes Martins
Silvana Possani Medeiros
Tatiele Roehrs Gelati



COMISSÃO DE APOIO

Aline Ney Grehs

Ana Cláudia Fortuna da Silva

Bianca dos Santos Blan

Caroline Passos Arruda

Cintia Camila Santos de Souza Costa

Julia Rossetini da Conceição Marques

Lais Farias Juliano

Lorrane Nogueira Carvalho

Manoela Cunha Nicoletti

Munique Pimentel Gomes

Vanessa da Silva Tarouco

Yasmin Moreno de Oliveira



“AS BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA CONSTRUÇÃO DE UMA SOCIEDADE DEMOCRÁTICA”

PROGRAMAÇÃO

10/05/2017:

19h00 – Solenidade de abertura.

Componentes da mesa:

Profª Sibeles Martins – Presidente da ABEn Regional Rio Grande -, Diretoria de Avaliação e Desenvolvimento da Graduação, representando a Reitora Cleusa Sobral Dias;

Profº Edison Barlém – Diretor da Escola de Enfermagem;

Profª Laureize Rocha – Coordenadora de Graduação da Escola de Enfermagem; Profª Helena Vaghetti - Superintendente do HU/FURG – EBSEH;

Profª Suzi Helene Lauz Gerente de Ensino e Pesquisa do HU/FURG – EBSEH;

20h00 – Mesa redonda: “Boas práticas na Enfermagem”

Componentes da Mesa

Enfª Angela G. Silva Esp. em Gestão do Trabalho, Enfermeira da Estratégia Saúde da Família - Rio Grande proferiu a palestra "Os desafios enfrentados na Saúde Pública para atender as demandas de Boas Práticas de Promoção a Saúde".

Enfº Gerson S. Machado, Esp. em Terapia Intensiva, Enfº HU/FURG – EBSEH proferiu a palestra: “Boas práticas em segurança do paciente no Hospital Universitário”.

Profª Geani F. Fernandes, Drª em Enfermagem, Docente da EEnf - FURG e atualmente atuando na



Gerência de Ensino e Pesquisa da EBSEPH para proferir a palestra: “Boas práticas na Enfermagem”.

Local: Anfiteatro

11/05/2017 - MINICURSOS:

8h30 – 11h30: 1º Escrita Científica. 50 vagas destinadas a profissionais e acadêmicos de todos os semestres.

Palestrante

Enf.^a Dr^a Carolina Domingues Hirsch

14h – 17h: 2º Atendimento Pré-hospitalar - APH. 20 vagas destinadas a profissionais e acadêmicos a partir da quarta 4º série.

Equipe de palestrantes

Acad. Enf. Caroline dos Santos Graciano

Acad. Enf. Ivan Fortes Vasconcelos Campanher Paiva

Acad. Enf. Leandro Carvalho da Silveira

Enf^o Leonardo Salomão Goulart

Enf.^a Dra. Liziani Iturriet Avila

Enf.^a Patrícia Silva Vieira

Acad. Enf. Thiago Lopes Silva

14h – 17h: 3º Cuidados Paliativos – 50 vagas destinadas a profissionais e acadêmicos de todas as séries.

Equipe de palestrantes



Enf^a Dr^a Isabel Cristina de Oliveira Arrieira

Enf^a Dr^a Tania Cristina Schaefer Vasques

14h – 17h: 4º Cuidados de Enfermagem ao paciente em Ventilação Mecânica –20 vagas destinadas a profissionais e acadêmicos da quarta série em diante.

Equipe de palestrantes

Enf.^a Catharine Silva de Souza

Enf.^a Vanessa Duarte Barros

14h – 17h: 5º Raciocínio Clínico na Enfermagem – 20 vagas destinadas a acadêmicos da 1^a a 4^a série.

Palestrante

Enf^a Dr^a Marlise Capa Verde Almeida de Mello

14h – 17h: 6º Toque terapêutico - 20 vagas destinadas a profissionais e acadêmicos de todas as séries.

Equipe de palestrantes

Enf.^a Dr.^a Aline Cristina Calçada de Oliveira

Enf.^a Dr.^a Diéssica Roggia Piexak

Enf.^a Silvana Possani Medeiros

Acad. Enf. Larissa Lemos Silva

14h – 17h: 7º Classificação de Risco - 20 vagas destinadas a profissionais e acadêmicos de todas as séries.

Palestrante



Enf.^a Rafaela Bulow Souza

12/05/2017 APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS MANHÃ E TARDE

Os trabalhos foram inscritos na forma de Resumo Expandido ou Trabalho Completo. A modalidade de apresentação (oral ou pôster) foi escolhida pelos autores dos trabalhos.



ABERTURA DA SEMANA

O PET Enfermagem e a Direção da Escola de Enfermagem tem o prazer de dar início a mais uma Semana da Enfermagem. Fazemos um agradecimento especial aos acadêmicos de enfermagem, residentes, mestrandos, doutorandos, técnicos e docentes da Escola de Enfermagem e aos palestrantes e ministrantes dos minicursos que possibilitaram a concretização deste evento.

Parabenizo aos enfermeiros, técnicos, auxiliares, parteiras e acadêmicos de graduação e pós-graduação em enfermagem e dos Cursos técnicos em Enfermagem pelo seu dia. Ter a enfermagem como profissão é um desafio diário e um dom.

A Semana Brasileira de Enfermagem (SBEn), realizada entre os dias 12 e 20 de maio em todo o país iniciou a ser realizada nos anos 40 em homenagem à Florence Nigthingale, precursora da enfermagem científica e à Ana Néri, primeira enfermeira brasileira a se alistar voluntariamente em combates militares.

Foi instituída pelo Decreto nº 48.202 de 1960 pelo Presidente Juscelino Kubitschek que indicou que “no transcurso da Semana deverá ser dada ampla divulgação às atividades da enfermagem e posta em relevo a necessidade de conagraçamento da classe em suas diferentes categorias profissionais, bem como estudados os problemas de cuja solução possa resultar melhor prestação de serviço ao público”.

É uma promoção da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn Nacional, Seções, Regionais e Núcleos). A cada ano apresenta uma temática de interesse da categoria. Este ano tem como tema central: “AS BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA CONSTRUÇÃO DE UMA SOCIEDADE DEMOCRÁTICA”, visando o alcance dos melhores resultados possíveis no fazer profissional.

Os profissionais de enfermagem têm o compromisso moral de estarem atualizados e capacitados para cuidar de maneira segura e qualificada, pois vivemos um tempo de constantes mudanças e convocação a um maior protagonismo na construção das novas etapas da história do cuidado de enfermagem. Devemos defender o direito à vida, à saúde e à qualidade do cuidado prestado, bem como a valorização da profissão orientada pelo agir ético e pelo exercício do pensamento critico no objetivo de qualificar o nosso fazer.



A ABEn luta para que a expansão das universidades e cursos de enfermagem deem-se de forma ordenada, para que as Diretrizes Nacionais Curriculares sejam reformuladas e para que o ensino seja de qualidade, vedando-se o ensino à distância como modalidade de curso para formação na graduação e de profissionais de nível técnico.

A missão dos profissionais de enfermagem para os próximos anos é repensar as profissões que integram a equipe. Entendendo a sua centralidade na Saúde Pública do Brasil, na defesa do Sistema Único de Saúde e por uma enfermagem mais cidadã.

A Escola de Enfermagem da FURG, integrada neste movimento de valorização da História da Enfermagem, tem mantido a tradição, realizando neste ano a 41ª Semana RioGrandina de Enfermagem. Este evento visa:

- divulgar o conhecimento produzido pela Enfermagem RioGrandina,
- possibilitar um intercâmbio de conhecimentos teóricos e práticos,
- proporcionar a articulação e a confraternização entre acadêmicos, os profissionais da enfermagem e áreas afins,
- favorecer o entrelaçamento de ideias, conhecimentos e fazeres, solidificando o papel social, político e histórico do profissional da enfermagem.

Será desenvolvida por meio de três palestras, sete minicursos e a apresentação de 83 trabalhos na modalidade oral e banner digital.

Parabenizo e agradeço aos PARTICIPANTES deste evento e espero, em nome da Escola de Enfermagem, que todos tenhamos uma ótima semana!

Profª Giovana Calcagno Gomes
Presidente da SAE



SUMÁRIO

ENFERMAGEM: ESGOTAMENTO PROFISSIONAL E A SÍNDROME DE BURNOUT	20
SENSIBILIDADE MORAL ENTRE ENFERMEIROS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.....	24
ADOCIMENTO DO TRABALHADOR RURAL PELO USO DE AGROTÓXICO: ESTUDO DOS DIFERENTES FATORES RELACIONADOS	28
SIMULAÇÃO REALÍSTICA COM TRABALHADORES PORTUÁRIOS AVULSOS DO EXTREMO SUL DO BRASIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA	32
O DESEMPENHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO CUIDADO AOS CLIENTES HIV/AIDS.	36
CRIAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS PARA A SIMULAÇÃO REALÍSTICA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	40
APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO TRABALHADOR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	44
A BUSCA ATIVA E A VISITA DOMICILIAR AOS PACIENTES DO SERVIÇO DE ESTOMATERAPIA COMO BOA PRÁTICA DE ENFERMAGEM	49
PESSOAS IDOSAS COM DIABETES MELLITUS: FACILITADORES E DIFICULTADORES NA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DA DOENÇA.....	53
O CUIDADO DE ENFERMAGEM COMPLEXO AO IDOSO ESTOMIZADO: AÇÕES,	



TECNOLOGIAS E AMBIENTES SINGULARES	57
EVOLUÇÃO DOS PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER	61
O USO DE CRACK NA GESTAÇÃO: AÇÕES EM SAÚDE DESENVOLVIDAS PELOS ENFERMEIROS	66
REPERCUSSÕES DO USO DE CRACK PARA A GESTANTE	70
A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR NO CICLO GRAVÍDICO- PUERPERAL	75
VIVÊNCIAS ACADÊMICAS EM UM CENTRO OBSTÉTRICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA DISCIPLINA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA MULHER.....	80
RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM NA VISITA DOMICILIAR A PUÉRPERA NA DISCIPLINA DE SAÚDE DA MULHER	84
PRÁTICA EDUCATIVA COM PÚERPERAS: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA A REDUÇÃO DO DESMAME PRECOCE	88
A CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES PARTICIPANTES DE UM CURSO DE GESTANTES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - FURG	92
A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM NA INCLUSÃO ESCOLAR DE CRIANÇAS AUTISTAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	96
ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA FRENTE À CRIANÇA E FAMÍLIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	101



MANEJO DOS FATORES DE ESTRESSE PRESENCIADOS EM CRIANÇAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO.....	106
PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA ACERCA DO PAPEL DA ENFERMAGEM FRENTE À CRIANÇA EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	110
DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS PARA COMUNICAR A FAMÍLIA A POSSIBILIDADE DA PERDA OU DE AGRAVO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA DE FORMA HUMANIZADA	114
ESTRATÉGIAS DE CUIDADO À CRIANÇA COM NECESSIDADES ESPECIAIS E DEPENDENTES DE TECNOLOGIA	119
A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR FRENTE À INTERNAÇÃO HOSPITALAR INFANTIL: O ALCANCE DA ENFERMAGEM.....	124
PERSPECTIVA FAMILIAR ACERCA DA INDEPENDÊNCIA DA CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA VISUAL	128
SITUAÇÃO NEONATAL DA INFECÇÃO CONGÊNITA POR SÍFILIS	132
CENÁRIO DA INFECÇÃO CONGÊNITA POR SÍFILIS EM UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL DO BRASIL.....	138
A TECNOLOGIA EDUCATIVA DA CAIXA DA VERDADE: IMPLICAÇÕES PARA A HIGIENE DE MÃOS.....	144
OFICINA SAÚDE DO ESCOLAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA	148
REVISÃO INTEGRATIVA DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM NO ANO DE 2016	152



IMPLEMENTAÇÃO DE <i>CHECK LIST</i> EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA CARDIOLÓGICA: relato de experiência	158
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DE BOAS PRÁTICAS NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	163
ENSINO/APRENDIZAGEM EM GRUPO DE ESTUDOS NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	168
OFICINA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA	173
LIGA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA FURG.....	177
OFICINA SAMUZINHO - RELATO DE EXPERIÊNCIA	181
EXPERIÊNCIA DE COLETA DE DADOS EM GRUPO FOCAL	185
PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DO ABORTAMENTO NO BRASIL: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA.....	190
A SALA DE ESPERA COMO AMBIENTE DE CUIDADO DE ENFERMAGEM	195
AÇÃO EDUCATIVA PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM INTERFACE COM ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM	200
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM ADULTOS PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	205
O PERFIL DO PACIENTE ESTOMIZADO: BASES PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	209



A IMPORTÂNCIA DAS LIGAS ACADÊMICAS NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE	212
A COMPLEXIDADE DA VISITA DOMICILIAR	221
CAPACITAÇÃO EM PRIMEIROS SOCORROS PARA ADOLESCENTES	226
INTERCÂMBIO UNIVERSITÁRIO DE ENFERMAGEM EM PORTUGAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	230
ESTRATÉGIAS DE RESISTÊNCIA UTILIZADAS POR ESTUDANTES DE ENFERMAGEM DIANTE DE SOFRIMENTO MORAL	233
OCORRÊNCIA DE SOFRIMENTO MORAL EM ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DE UNIVERSIDADES DO SUL DO BRASIL	238
DIMENSÃO ESPIRITUAL NA PERSPECTIVA DA TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL	242
O CONFLITO NA REALIDADE DE ACADÊMICOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	247
ENFERMEIRO: INTERAÇÃO COM A FAMÍLIA E O ADULTO TERMINAL INTERNADO EM UTI	253
O ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS	257
RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM ACERCA DO CUIDADO PALIATIVO.....	262
A UTILIZAÇÃO DA TERAPIA REIKI COMO TECNOLOGIA DO CUIDADO PRESTADO PELO ENFERMEIRO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	266



AÇÕES DA ENFERMAGEM DE UM SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO A UM SURTO DE DIARREIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	271
CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE RECONSTITUIÇÃO DA AORTA: ESTUDO DE CASO	276
CONSULTA DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA: relato de experiência	281
CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA	287
TECNOLOGIAS DE AVALIAÇÃO MUSCULAR NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM: UM ESTUDO PILOTO	291
O ENFERMEIRO FRENTE OS DILEMAS ÉTICOS ENFRENTADOS NO CUIDADO DE ADULTOS EM TERMINALIDADE NA UTI	297
ADVOCACIA POLÍTICA PELO ENFERMEIRO DIANTE DAS RELAÇÕES DE PODER	307
AS CONSEQUÊNCIAS DA SÍNDROME DE BURNOUT EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM	317
CARGAS DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: IMPLICAÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE	325
A VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO NA VISÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	337
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA E O PAPEL DA ENFERMEIRA PARA A MANUTENÇÃO DA FUNCIONALIDADE	350



AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PESSOA IDOSA: INSERÇÃO E ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO	358
ESTRATÉGIAS DE CUIDADOS COM OS PÉS POR PESSOAS COM DIABETES MELLITUS.....	371
RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS VIVÊNCIAS DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM NO PROJETO DE EXTENSÃO: TÉCNICAS ALTERNATIVAS PARA ALÍVIO DA DOR DO PARTO	384
DIFICULDADES ENFRENTADAS PELAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL AO INICIAR A AMAMENTAÇÃO	391
O AUTOCUIDADO E DECISÕES DOS ADOLESCENTES E JOVENS COM HIV E AIDS: RECORTE DE UMA REVISÃO INTEGRATIVA	402
OBESIDADE/SOBREPESO NA ADOLESCÊNCIA: SUBSÍDIOS PARA PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	421
ORGANIZAÇÃO DA FAMÍLIA PARA O CUIDADO DA CRIANÇA NO HOSPITAL.....	431
O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA CRÔNICA NA INFÂNCIA.....	442
MORTALIDADE INFANTIL: UM ESTUDO DA 7ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE	456
CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA REDE BÁSICA DE SAÚDE QUANTO AO PROCESSO DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE INSTRUMENTOS CIRURGICOS EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO PAÍS	470



PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DO PAI E O ALEITAMENTO MATERNO 486

**SERVIÇO DE ESTOMATERAPIA: LOCAL DE CAPACITAÇÃO DO CUIDADO ENTRE
ENFERMAGEM, PESSOA COM ESTOMIA E FAMÍLIA 501**



RESUMO EXPANDIDOS



ENFERMAGEM: ESGOTAMENTO PROFISSIONAL E A SÍNDROME DE BURNOUT

Mara Rejane Vahl; Samanta Brizolara Coutinho; Bianca dos Santos Blan; Jéssica Gama da Silva; Giovana Calcagno Gomes

Introdução: O esgotamento profissional e a síndrome de burnout caracterizam-se por três expressões de sofrimento psíquico: cansaço emocional, despersonalização e baixa realização pessoal. A síndrome de burnout vem sendo discutida desde a última década no ambiente laboral, revisado pelos vínculos de estrutura de vida pessoal, identificando também fatores socioeconômicos, justificando em metas empresariais e pressões organizacionais. A enfermagem tem o dever de assegurar o cliente, a assistência livre de imperícia, imprudência e negligência, lidando com variáveis fatores entre a vida e a morte. Foram identificadas inicialmente três categorias de problemas éticos que afetam enfermeiros: o sofrimento moral, a incerteza moral e dilemas morais¹. Os profissionais contratados são mais acometidos pela síndrome de Burnout, pois não tem estabilidade, causando a cada fim de contrato uma ansiedade em relação a segurança de garantir compromisso e seguridade familiar². Muitos procuram duplo vínculo empregatício para garantia salarial, ficando favorável ao estresse e a síndrome de burnout. Segundo a Health education authority, a enfermagem é a profissão mais estressante no setor público, tendo como fatores relevantes: infrequência, pedidos de licença, abandono de emprego, má qualidade na prestação de serviços de um modo geral. Pode-se definir como um transtorno adaptativo crônico, a condição associada com a síndrome como o indivíduo lida com o público, culpando-se dos problemas que padecem. A organização e o enfermeiro gestor, ou enfermeiro do trabalho é de grande importância para a prevenção de agravos no ambiente ocupacional, pois a capacitação, a fiscalização e o acompanhamento, são fatores fundamentais para a prevenção. As organizações têm a responsabilidade de capacitar os profissionais para ter esclarecimento de dúvidas frequentes e melhor preparação para o dia a dia do profissional de saúde, fiscalizando e desenvolvendo mais trabalhos de políticas públicas, onde darão enfoque na **prevenção**, ou seja, mais organização na área de trabalho, trazendo assim, mais informações e organização para um ambiente de trabalho mais sadio. O enfermeiro gestor tem um papel importante na criação de ambientes para discussão dos colaboradores em questões relacionadas ao ambiente de trabalho, objetivando troca de ideias,



confrontando os problemas e colocando limitações para realização e satisfação de cada um com planejamento coletivo do desenvolvimento do trabalho, com redução de estresse e melhoria no ambiente laboral³. Para a prevenção ou tratamento dessas síndromes, uma programação de atividades físicas laborais por 10 minutos durante cinco dias da semana, no começo do expediente, melhora a qualidade de vida. O aumento significativo da realização de atividades melhora o humor, prevenindo ou tratando o estresse ocupacional, ansiedade ou depressão⁴. **Objetivo:** Conhecer as melhores práticas de enfermagem em relação ao esgotamento profissional e síndrome de burnout. **Metodologia:** Para ampliar o objetivo proposto foi utilizado como técnica de coleta de dados a revisão integrativa. A coleta de dados foi realizada nas bases de dados LILACS e SCIELO, em abril de 2017. Foram incluídos no estudo, artigos nacionais publicados entre 2009 e 2017, escritos em português, disponíveis online, completos publicados sobre a temática da consequência da síndrome de Burnout, em trabalhadores de enfermagem. A amostra foi total 17 e selecionados e excluídos os que não satisfazem os critérios da pesquisa. Os dados foram sistematizados e analisados através da análise temática segundo Minayo. **Resultado:** Nas organizações o enfermeiro do trabalho junto com equipe multidisciplinar de saúde ocupacional, atua em programas institucionais de prevenção, que são fundamentais para fortalecer a rede de suporte social amenizando consequências estressantes e diminuindo os índices de síndrome de burnout. Sendo esta, relacionada ao estresse laboral crônico, incerteza moral e dilema moral, são fatores que também colaboram para o aparecimento da síndrome: excesso de carga horária, descontentamento no trabalho, sentimento de frustração e impotência. É de suma importância o acompanhamento do médico do trabalho, quando o paciente é diagnosticado com síndrome de burnout, pois este será encaminhado para a previdência social, já que é considerada doença laboral crônica. O manual de Doenças relacionadas ao trabalho do ministério da saúde indica que quando o diagnóstico é confirmado, deve ser abordado como evento de sentinela e indicar a **investigação** mais criteriosa da situação do trabalho⁵. **Discussão:** a enfermagem desempenha o papel de advogado do paciente, com situações que envolvem o cuidado versus cura entre equipe médica e enfermagem com muitos questionamentos. Essa situação traz impotência do enfermeiro quando o conhecimento de cuidados de enfermagem negligenciado pela equipe médica, causando um sofrimento moral, ético e uma predisposição para a síndrome de burnout. (DALOLIN et. al., (2014) O mundo moderno, também contribui para uma sociedade sem qualidade de vida. O ser humano é uma dualidade em uma unidade, onde as mudanças físicas, psíquicas ou socioeconômicas do dia a dia, agem sobre o corpo



e a mente, trazendo agitação e causando conflitos e defesas indesejáveis causando sofrimento, impactos e doenças físicas. O trabalhador com a síndrome perde o interesse pelo trabalho, e se torna inadequado para o ambiente profissional, contaminado ainda aos colegas de trabalho por determinadas atitudes e má disposição. **Conclusão:** o estudo identifica a necessidade de acompanhamento profissional de saúde para identificação, e minimização de agravos para a saúde desse trabalhador. O profissional de enfermagem que é realizado profissionalmente dificilmente irá desenvolver o sofrimento moral, assim tendo menores probabilidades para o desenvolvimento desta síndrome de burnout. O bem estar é necessário para que os trabalhadores da área da saúde possam oferecer excelência na prestação de serviços ao paciente. Entre as intervenções para reduzir riscos e agravos pertinentes à saúde ocupacional, é importante a instituição criar espaços coletivos de reflexão para dividir e discutir, sobre a deficiência do papel do “profissional de saúde”, objetivando troca de ideias sobre organizar, confrontar os problemas e colocar limitações, trazendo melhorias para realização de estresse e melhoria e satisfação de cada um com planejamento coletivo do desenvolvimento de trabalho, com redução de estresse e melhoria no ambiente laboral. **Contribuição e implicações para enfermagem:** conhecer a produção científica acerca do esgotamento profissional e a síndrome de *Burnout*, afim de prevenir e fortalecer o cuidado com a saúde do trabalhador.

Descritores: Síndrome de Burnout. Processo de Trabalho. Enfermagem.

Referências

1. Dalmolin GL et al. Sofrimento moral e síndrome de Burnout: existem relações entre estes fenômenos nos trabalhadores de enfermagem? Rev. Latino Am. Enfermagem, 22(1) fev.2014
2. Franca FM et al. Burnout and labour aspects in the nursing teams at two medium – sized hospitals. Rev. Latino Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.20, n 5, p961-970, Oct 2012.
3. Meneghini F, Paz AA, Lauterl L. Fatores Ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. Rev. Texto e Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Abr- Jun; 20(2):225-33.
4. Freitas AR, Carneseca EC, Paiva BSR. Impacto de um programa de atividade física sobre



ansiedade, depressão, estresse ocupacional e síndrome de burnout dos profissionais de enfermagem no trabalho. Ver. Latino Am. Enfermagem. 22(2):332-6 abr 2013.

5. Classificação Internacional de doenças, 2001.



SENSIBILIDADE MORAL ENTRE ENFERMEIROS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Cláudia Denise Schallenberger; Jamila Geri Tomaschewski-Barlem; Edison Luiz Devos Barlem; Laurelize Pereira Rocha; Bruna Ruoso da Silva Neutzling; Gabriela do Rosário Paloski

Introdução: A sensibilidade moral pode ser considerada um conceito pessoal, intuitivo, ou ainda, uma competência e uma dimensão essencial nas tomadas de decisões cotidianas, surgindo de uma busca de sentido moral para o fazer do ser humano⁽¹⁾. Do mesmo modo, o conceito filosófico de sensibilidade moral está associado à ideia de um sentido moral de certo ou errado, interligando o senso moral à prática de cuidar e a um sentimento de benevolência⁽²⁾. A sensibilidade moral pode ser considerada uma importante habilidade para a enfermagem, necessária na tomada de decisão moral e gestão de problemas éticos nos diferentes ambientes de cuidado em saúde⁽³⁾. A capacidade de ser moralmente sensível mostra-se necessária no contexto das Unidades de Terapia Intensiva, tendo em vista que tais unidades podem ser descritas como um cenário de atendimento de enfermagem especializado em alta complexidade, o que demanda a necessidade constante de um profissional com perfil ético, capaz de raciocinar crítica e clinicamente⁽⁴⁾. Os componentes da sensibilidade moral no trabalho da enfermagem podem ser compreendidos em três domínios específicos: a consciência moral, a motivação benevolente e a percepção moral espontânea⁽⁵⁾. Na consciência moral o enfermeiro precisa estar ciente do seu código de ética profissional e dos conflitos éticos que podem ocorrer no ambiente de cuidados à saúde e agir nestas ações de acordo com o que rege seu código de ética. A motivação benevolente é definida como vontade de fazer o que se sabe ser o certo e fazer o bem pelo paciente, pelo outro, ser altruísta. Por fim, o presente trabalho justifica-se pela importância que a percepção moral espontânea apresenta na capacidade do enfermeiro em reconhecer situações éticas ou problemas que possam surgir, e também, em estar alerta para os sentimentos que possam afetar os pacientes⁽⁹⁾. **Objetivo:** identificar os componentes da sensibilidade moral entre enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório descritiva, realizada em três Unidades de Terapia Intensiva de uma instituição filantrópica do Sul do Brasil. Foram participantes do estudo dezenove



enfermeiros, atuantes nas três unidades de terapia intensiva da instituição acima relacionada, selecionados por meio da amostragem não probabilística por conveniência. Os critérios para a seleção dos participantes restringiram-se a ser enfermeiro das UTI selecionadas para o estudo, atuar profissionalmente na unidade há mais de seis meses e ter disponibilidade para responder o instrumento de coleta de dados. Os critérios de exclusão dos participantes foram limitados a: situação de férias, afastamento ou licença dos enfermeiros participantes. A coleta de dados ocorreu no período de agosto e setembro de 2016 por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas, com duração média de 30 minutos, contendo questões fechadas, para a caracterização dos participantes, e questões abertas. A análise dos dados foi realizada a partir da análise textual discursiva, a qual compreende uma metodologia de análise de dados qualitativos que tem por finalidade produzir novas compreensões sobre discursos e fenômenos. O estudo foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa (Parecer número 67/2016)

Resultados/Discussão: A partir da análise dos dados, foram definidas *a priori* três categorias descritas a seguir: Consciência moral; Motivação benevolente; Percepção Moral Espontânea.

Consciência Moral: Nesta categoria foi possível evidenciar que os componentes da sensibilidade moral identificados entre os enfermeiros foram a educação ética de enfermagem, o conhecimento clínico, o diálogo, a relação com os demais membros da equipe de saúde e a autonomia profissional. Tais componentes auxiliam os enfermeiros na tomada de decisões diante de problemas éticos relacionados à defesa dos direitos dos pacientes e às divergências de condutas profissionais, de acordo com o que rege o código de ética profissional.

Motivação benevolente: Nesta categoria, a sensibilidade moral pode ser visualizada a partir dos componentes utilizados pelos enfermeiros no exercício da motivação benevolente, a qual é decorrente do desejo de fazer aquilo que se acredita ser o certo e o melhor para o paciente. Entre os componentes do exercício da motivação benevolente pelos enfermeiros estão os valores pessoais, o conhecimento, orientado pelo raciocínio clínico e crítico, a comunicação efetiva, o trabalho em equipe e os resultados positivos apresentados pelos pacientes a partir dos cuidados de enfermagem.

Percepção moral espontânea: Na categoria em questão, verificou-se que os enfermeiros se mostram moralmente sensíveis ao exercerem sua capacidade de reconhecer problemas éticos no ambiente de trabalho, a partir da percepção moral espontânea. Desse modo, os enfermeiros entrevistados relataram que a liderança e o conhecimento são importantes componentes que auxiliam na identificação e resolução dos problemas éticos vivenciados na unidade, entre os quais foram destacados os conflitos organizacionais, a falta de competência de membros da equipe de saúde



para atuar em unidades de terapia intensiva e a divergência de condutas entre categorias profissionais. Além disso, os enfermeiros mostraram-se cientes de que tais problemas éticos e os sentimentos gerados pelos mesmos podem ter um impacto significativo sobre o cuidado aos pacientes. **Conclusão:** Os enfermeiros entrevistados demonstraram-se moralmente sensíveis ao reconhecerem o desrespeito aos direitos dos pacientes, a divergência de condutas profissionais, os conflitos organizacionais e a falta de competência profissional como os principais problemas éticos vivenciados no ambiente de terapia intensiva. Para tanto, a educação ética, o diálogo, a relação com os demais membros da equipe de saúde, a autonomia profissional, o conhecimento, os valores pessoais, a comunicação efetiva, a liderança e os resultados positivos apresentados pelos pacientes foram verificados como importantes componentes da sensibilidade moral dos enfermeiros, capazes de auxiliar no reconhecimento e enfrentamento dos problemas éticos elencados. Destaca-se ainda a importância do conhecimento no processo de identificação e enfrentamento dos problemas éticos em unidades de terapia intensiva, uma vez que tais conhecimentos podem contribuir para o fortalecimento da autonomia dos enfermeiros, oportunizando-lhes o preparo adequado para lidar com situações que necessitem de tomadas de decisão éticas, beneficiando pacientes e profissionais e, evitando implicações, como o sofrimento moral. **Contribuições/Implicações para enfermagem:** O estudo sobre a sensibilidade moral dos enfermeiros demonstra que quanto mais instrumentalizados eticamente forem os enfermeiros, maior capacidade terão para tomadas de decisão acertadas, eficazes e eficientes, especialmente, no ambiente de terapia intensiva.

Descritores: Moral. Enfermagem. Ética em Enfermagem. Unidade Terapia Intensiva.

Referências

- 1.Lützén K, Ewalds-kvist B. Moral distress and its interconnection with moral sensitivity and moral resilience: viewed from the philosophy of Viktor E. Frankl. J Bioeth Ing.2013; 10(3): 317-24.
- 2.Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' Moral Sensitivity and Hospital Ethical Climate: a Literature Review. Nurs Ethics.2008; 15(3): 304-21.
- 3.Borhani F, Abbaszadeh A, Mohamadi E, Ghasemi E, Hoseinabad-Farahani MJ. Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. Nurs Ethics. 2015. *In press*.



4. Rezende MLC, Macedo Costa KNF, Martins KP, Ferreira da Costa T. Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva. *Cultura Cuidados*. 2014; 39(18): 84-92.
5. Boonyamanee B, Suttharangsee W, Chaowalit A, Parker ME. Exploring moral sensitivity among Thai psychiatric nurses. *Songklanagarind J Nurs*. 2014; 34(1).



ADOECIMENTO DO TRABALHADOR RURAL PELO USO DE AGROTÓXICO: ESTUDO DOS DIFERENTES FATORES RELACIONADOS

Michele Nunes Fenzke; Camila Quadros Dias; Mirian Leda Carvalho Xavier; Andreza Mello da Silva; Marlise Capa Verde Almeida de Mello; Marta Regina Cezar-Vaz

Introdução: Após a Revolução Verde em 1950, a agricultura tradicional passou a adotar novas práticas como a utilização de agrotóxicos e tecnologias. Atualmente, o Brasil é um dos maiores consumidores de agrotóxicos, enquanto o mercado mundial cresceu 90% para esse tipo de substância, na última década, no país o crescimento chegou a 200% (ANVISA, 2017). Essa dependência de produzir utilizando compostos químicos traz consequências principalmente para o trabalhador rural. Nesse contexto, destaca-se a necessidade de compreensão ampliada do processo de saúde-doença e sua relação com o trabalho, para entender as questões relativas à vida, e consequentemente, a forma como ocorre o adoecimento.¹ **Objetivos:** Identificar os fatores que levam ao adoecimento do trabalhador rural que utiliza agrotóxico. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cuja questão norteadora foi "Quais fatores levam ao adoecimento do trabalhador rural que utilizam agrotóxicos?". Para localização e seleção dos estudos, foi realizada pesquisa eletrônica nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/ PubMed) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO). O período de publicação selecionado foi 1989 a 2017; justifica-se o início deste período pela legislação (que regulamenta a utilização, importação, exportação, destino final de resíduos, registro, classificação, controle, inspeção e fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins) dos agrotóxicos (lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989). A coleta de dados foi realizada no mês de janeiro de 2017, utilizando-se das seguintes estratégias de busca: descritores do Mesh e Decs, que foram *rural population*, *occupational health*, *pesticides*. Os critérios utilizados para a inclusão na amostra foram: artigo, disponível completo, idioma (português, inglês e espanhol), anos 1989 à 2017. A busca resultou em 116 artigos, em que a maioria dos artigos esteve indexada na MEDLINE, 69 artigos. Foram excluídas 26 publicações que se repetiram nas bases de dados e 35 artigos foram excluídos, após os



critérios de exclusão. Após leitura analítica do título e resumo, selecionaram-se 41 publicações para leitura na íntegra. **Resultados:** Foram obtidos 41 artigos científicos dos quais 11 foram publicados no idioma inglês, 30 em português e nenhum em espanhol. Dos 11 artigos publicados em inglês, dois estudos foram desenvolvidos nos Estados Unidos da América. Foram desenvolvidos 31 estudos no Brasil. No período de 28 anos, (1989 até 1998) não foram publicados estudos científicos sobre a temática, não havendo também nos anos de 2002, 2006 e 2017. Com relação aos periódicos de publicação dos artigos, 12 foram publicados em periódicos internacionais, com destaque para BioMed Central Public Health e 29 foram publicados em revistas nacionais, destacando-se Cadernos de Saúde Pública (sete artigos), Revista de Saúde Pública (seis artigos) e Revista de Ciência & Saúde Pública (cinco artigos). O número de participantes investigados nos artigos variou entre 15 e 100.000 indivíduos, e 202 à 375 famílias. Com relação aos fatores que contribuem para o adoecimento dos trabalhadores rurais foram identificadas seis categorias: quanto ao uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), dezessete artigos trouxeram a não utilização de EPIs e dezesseis artigos o mau uso dos EPIs; quanto a embalagens dez artigos mostraram o descarte incorreto das mesmas e quatro artigos a reutilização destas embalagens; quanto ao rótulo três artigos mostraram que os trabalhadores tinham dificuldade na leitura; quanto ao tipo de informação seis artigos mostraram que as informações são feitas através dos comerciantes; quanto ao tipo de equipamento de aplicação do produto sete artigos trazem o uso de pulverizadores costais; e treze artigos falam sobre a percepção dos trabalhadores em relação aos riscos da exposição a essas substâncias. **Discussão:** Segundo os artigos selecionados e o objetivo proposto neste estudo, identificaram-se fatores que contribuem para o adoecimento dos trabalhadores rurais e a categoria que mais se destacou foi sobre os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), sendo esta subdividida em duas subcategorias, a primeira os trabalhadores não utilizavam e na segunda subcategoria faziam o uso inadequado. Os trabalhadores rurais relataram não usar luvas, máscaras ou roupas impermeáveis, embora tivessem a percepção dos riscos. Apesar de a questão financeira ser um fator que limita à aquisição do EPI para muitos agricultores, outro fator do mal uso de EPIs seria o calor que faz no período da aplicação do produto.² Já em outros estudos, verificou-se que a principal razão para a não adoção de EPI, alegada pelos trabalhadores foi que a pulverização é uma tarefa rápida e que, assim, não necessitava de uso de equipamento de proteção, mesmo que fosse repetida diversas vezes por semana ao longo de toda uma vida no trabalho.³ Segundo a NR-31, os principais EPIs que devem ser fornecidos para os trabalhadores rurais através dos empregadores são



chapéu ou outra proteção contra sol, chuva e salpicos; protetores impermeáveis e resistentes para trabalhos com produtos químicos; protetores faciais contra lesões ocasionadas por partículas, respingos, vapores de produtos químicos e radiações luminosas intensas; óculos contra a ação de líquidos agressivos; proteção das vias respiratórias; respiradores com filtros químicos, para trabalho com produtos químicos; proteção do corpo inteiro nos trabalhos que haja perigo de lesões provocadas por agentes de origem térmica, biológica, mecânica, meteorológica e química como aventais, jaquetas e capas, macacões, coletes ou faixas de sinalização; luvas e mangas de proteção contra lesões ou doenças provocadas por produtos químicos, irritantes, alergênicos, corrosivos, cáusticos ou solventes; calçados impermeáveis e resistentes em trabalhos com produtos químicos. Porém, as maiorias dos trabalhadores deste estudo são autônomos o que dificulta o acesso a todos os EPIs que a norma regulamentadora preconiza. A percepção do trabalhador acerca dos riscos relacionados à sua atividade laboral foi a segunda categoria que mais se destacou, identificando-se que o trabalhador tem dificuldades em perceber o risco ocupacional ou, na maioria das vezes, conhece o risco, mas negligencia cuidar-se. **Conclusão:** Foi possível identificar os fatores que levam ao adoecimento do trabalhador rural que utiliza agrotóxicos, segundo objetivo proposto e os riscos ocupacionais à que os mesmos estão expostos. Dependendo dos riscos serão desenvolvidos tipos específicos de doenças que podem ser manifestadas a curto ou longo prazo. Portanto, a orientação aos trabalhadores de práticas seguras na aplicação destes produtos, o incentivo por meio de políticas públicas à agricultura orgânica, um trabalho de educação em saúde para a população são algumas medidas que podem ser adotadas para que haja maior qualidade de vida do trabalhador rural, conseqüentemente diminuição de adoecimento decorrente do trabalho. **Implicações/contribuições para a Enfermagem:** sugere-se que a Enfermagem através da promoção e prevenção à saúde desenvolva ações que visem informar o trabalhador rural, através de orientação que podem ser desenvolvidas por dinâmicas de grupo, discussões e campanhas, estimulando o cuidado integral à saúde dos trabalhadores e ao ambiente. Contudo para conhecer as conseqüências e saber como preveni-las, é preciso que os enfermeiros notifiquem casos de doenças que possam estar associadas aos agrotóxicos. Desse modo, será possível ter uma visão maior acerca do adoecimento da população rural.

Descritores: População rural. Saúde do trabalhador. Praguicidas.



REFERÊNCIAS

1. Nery AA, Alves. A relação do processo saúde-doença e o trabalho na mineração. J Health Sci Inst 2011; 29(4):269-71. [acesso em 4 abr 2017]. Disponível em: https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/04_out-dez/V29_n4_2011_p269-271.pdf.
2. Recena MCP, Caldas ED. Percepção de risco, atitudes e práticas no uso de agrotóxicos entre agricultores de Culturama, MG. Revista de Saúde Pública 2008; 42(2):294-301. [acesso em 18 abr 2017]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n267777.pdf>
3. Fonseca MGU, Peres F, Firmo JOA, Uchôa E. Percepção de risco: maneira de pensar e agir no manejo de agrotóxicos. Ciência Saúde Coletiva 2007; 12(1):39-50. [acesso em 25 abr 2017]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/05.pdf>



SIMULAÇÃO REALÍSTICA COM TRABALHADORES PORTUÁRIOS AVULSOS DO EXTREMO SUL DO BRASIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Camila Quadros Dias; Marlise Capa Verde Almeida de Mello; Marta Regina Cezar-Vaz'

Andreza Mello da Silva; Hadã Wellington Lima de Lima; Michele Nunes Fenzke

INTRODUÇÃO: A simulação realística (SR) compreende uma técnica para ampliar o conhecimento prático em experiências que simulam situações de condições saudáveis, de agravos e de doenças. No ensino-aprendizado em saúde surgiu por meio do treinamento militar e na utilização de simuladores de voo. Após expansão, visando aprimoramento técnico e prático, essa metodologia vem sendo utilizada mundialmente, com equipamentos de última geração que reproduzem perfeitamente os mais diversos cenários clínicos e comportamentos do corpo humano¹. Existem vários modelos de simuladores, desde manequins anatômicos simples até altamente avançados, guiados por computador. A fidelidade da simulação depende do quanto esta se aproxima da realidade. A simulação de alta fidelidade tem sido usada na área da saúde como estratégia para treinamento de equipes em capacidades técnicas (conhecimento e habilidades) e não técnicas (comunicação, atitude e trabalho em equipe)². Estudos evidenciam a importância e auxílio dos recursos tecnológicos em agregar melhorias à simulação realística como estratégia educacional³. A SR hoje é vista como mais uma forma de ensino-aprendizagem, na qual a retenção do conhecimento permanece por um tempo mais prolongado, além de ser uma estratégia mais agradável e prazerosa do que o ensino tradicional³. Existem diversos estudos que mostram a aplicabilidade da SR no ensino-aprendizado de discentes da área da saúde^{1,3,4,5}, porém ela também pode ser utilizada para auxiliar em processos educativos visando a promoção de saúde dos indivíduos envolvidos. Tendo como vista a ampliação das práticas em saúde, visando a promoção de saúde e ajustando-a com as necessidades do viver humano nos diferentes ambientes onde atua, mostra-se a importância de sua atuação no ambiente laboral. Estudos mostram que o sistema cardiorrespiratório é um dos mais frequentes entre os casos patológicos apresentados entre trabalhadores portuários, tendo sua origem ocupacional e não ocupacional^{6,8}. Esta realidade mostra a importância da assistência de enfermagem, atuando em ações educativas e de saúde para promoção de saúde do trabalhador.

OBJETIVOS: relatar a experiência acadêmica vivenciada no processo de utilização da



metodologia de simulação realística como atividade educativa à trabalhadores portuários avulsos.

METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência de uma intervenção educativa, realizada no Órgão Gestor de Mão-de-Obra – OGMO/Rio Grande. Participaram trabalhadores portuários avulsos (TPAs) do Porto do Extremo Sul do Brasil. A ação surgiu da parceria do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde – LAMSA com o OGMO, que identificou a necessidade de realizar uma atividade devido a maior ocorrência de sinais e sintomas cardiorrespiratórios entre os trabalhadores. Foram realizados dois dias de atividades em saúde previamente planejadas que ocorreram nos dias 20 e 21 de julho de 2015, onde foram apresentadas as alterações/patologias relacionadas com o sistema cardiorrespiratório, com auxílio da metodologia de simulação realística, utilizando o simulador de média fidelidade (ALS Simulator®, simulador adulto-Laerdal), conectado a um monitor que mostravam os sinais vitais de acordo com a patologia abordada. Estas atividades foram realizadas em uma sala na sede do OGMO. O manequim reproduzia os ruídos cardíacos e pulmonares concomitantemente com o conteúdo teórico apresentado, para elucidar melhor as patologias exploradas. Os trabalhadores preencheram dois instrumentos, antes e após a ação interventora, de forma a permitir a avaliação da utilização do manequim neste processo educativo.

RESULTADOS: A SR torna-se uma ferramenta essencial para auxiliar no processo de produção de saúde, pois se tem a possibilidade de visualizar o que até então era apenas teoria, contribuindo assim para um conhecimento mais realístico possível, auxiliando para que o indivíduo possa identificar a situação ali exposta futuramente. Os trabalhadores foram muito receptivos à atividade, mostraram-se interessados, bem como participaram com comentários e dúvidas em relação ao conteúdo exposto, foram bem participativos. A atuação acadêmica nesta atividade compreendeu o planejamento da ação junto ao grupo de pesquisa, bem como a organização do ambiente e o auxílio no preenchimento dos instrumentos da atividade, sanando dúvidas e questionamentos. Buscou-se com essa intervenção em saúde de ação educativa orientar os trabalhadores das alterações cardiorrespiratórias, bem como se apresentam, colaborando para que os mesmos saibam diferenciar e detectar quando algum sinal ou sintoma não é comum. Desta forma, colaborou para atingir o objetivo da simulação, que era colocar os participantes bem próximos de situações reais.

DISCUSSÃO: A simulação, isoladamente, representa uma “técnica” ou tecnologia e centra-se na recriação de situações da vida real⁴, que juntamente com a exposição do conteúdo teórico possibilitou uma melhor assimilação dos problemas apresentados. Visualizou-se que os trabalhadores ficaram mais atentos, receptivos e participativos. Evidências científicas comprovam a



efetividade da utilização da SR como metodologia de ensino e aprendizagem, os indivíduos envolvidos demonstram motivação na sua realização⁵, bem como possibilita aos participantes desenvolver empatia pela situação apresentada, favorecendo um ambiente participativo e de interatividade entre os participantes⁷. A SR propiciou uma experiência de ensino-aprendizagem diferenciada, contribuiu para uma melhor compreensão dos sinais e sintomas cardiorrespiratórios, com o intuito de incentivar e orientar os trabalhadores ao autocuidado, e estes se mostraram bem satisfeitos com a atividade. As patologias do sistema circulatório remetem tanto à possível ineficiência de medidas de autocuidado, como às condições inadequadas de trabalho, que geram tensão por parte do trabalhador e podem desencadear o acometimento patológico⁶. Deste modo, a promoção de saúde do trabalhador é uma forma de orientar e incentivar os trabalhadores ao autocuidado e prevenir futuros acometimentos patológicos. **CONCLUSÕES:** Desta forma, conclui-se que a simulação realística foi considerada positiva tanto na perspectiva do educador, que encontra subsídios para demonstrar de forma fidedigna e realística o conteúdo teórico que foi exposto, bem como para o educando, que nesta realidade foi o trabalhador, que encontra nessa atividade uma visualização realista da situação exposta. Além de dinamizar o processo de aprendizagem, e ampliar as relações entre teoria e prática, propiciou aos trabalhadores a agregação de conhecimentos visando o processo de autocuidado e à sua promoção de saúde. **IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Diante deste trabalho, percebe-se o papel da enfermagem na construção do conhecimento em saúde para a implementação e orientações de ações de autocuidado, destacando a importância de ampliar as ações educativas, como por meio da utilização da SR, pois possibilita que assimilação das orientações obtenham sucesso, contribuindo para a melhoria e promoção da qualidade de vida dos trabalhadores.

Descritores: Saúde do Trabalhador. Simulação. Cuidados de Enfermagem.

REFERÊNCIAS:

1. Abreu AG, Freitas JS, Berte M, Ogradowski KRP, Nestor A. O uso da simulação realística como metodologia de ensino e aprendizagem para as equipes de enfermagem de um hospital infanto-juvenil: relato de experiência. Revista Ciência & Saúde. 2014; 7(3):162-166.



2. Kaneko RMU, Couto TB, Coelho MM, Taneno AK, Barduzzi NN, Barreto JKS, Sousa EF, Barbosa MVS, Carvalho FS. Simulação in Situ, uma Metodologia de Treinamento Multidisciplinar para Identificar Oportunidades de Melhora na Segurança do Paciente em uma Unidade de Alto Risco. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2015; 39(2): 286-293.
3. Brandão CFS, Collares CF, Marin HF. A simulação realística como ferramenta educacional para estudantes de medicina. *Revista Scientia Medica*. 2014; 24(2): 187-192.
4. Barreto DG, Silva KGN, Moreira SSCR, Silva TS, Magro MCS. Simulação realística como estratégia de ensino para o curso de graduação em enfermagem: revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2014; 28(2): 208-214.
5. Storpirtis S, Nicoletti MA, Aguiar PM. Uso da Simulação Realística como Mediadora do Processo Ensino-Aprendizagem: Relato de Experiência da Farmácia Universitária da Universidade de São Paulo. *Rev. Grad. USP*. 2016; 1(2): 49-55.
6. Almeida MCV, Cezar-Vaz MR, Rocha LP, Cardoso LS. Trabalhador portuário: perfil de doenças ocupacionais diagnosticadas em serviço de saúde ocupacional. *Acta. Paul Enferm*. 2012; 25(2):270-6.
7. Abreu AG, Freitas JS, Berte M, Ogradowski KRP, Nestor A. O uso da simulação realística como metodologia de ensino e aprendizagem para as equipes de enfermagem de um hospital infanto-juvenil: relato de experiência. *Rev. Ciência & Saúde*. 2014; 7(3): 162-166.
8. Cezar-Vaz MR, Soares JFS, Almeida MCP, Bonow CA. Doenças relacionadas ao trabalho autorreferidas por trabalhadores portuários avulsos. *Rev. Cienc. Cuid. Saude*. 2010; 9(4):774-781.



O DESEMPENHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO CUIDADO AOS CLIENTES HIV/AIDS.

Samanta Brizolara Coutinho; Mara Rejane Vahl; Giovana Calcagno Gomes

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) é uma patologia de grande repercussão para a sociedade, os profissionais de saúde e a população científica⁽¹⁾. Os profissionais de enfermagem tem como embasamento ações que qualificam seu cuidado no individual e coletivo evidenciando à promoção, prevenção e recuperação da saúde dos pacientes saudáveis e até aqueles que estão enfermos como portadores de HIV/AIDS⁽²⁾. Repara-se que ao desempenhar os cuidados, com os pacientes portadores do vírus, estes profissionais demonstram certo temor devido ainda ser uma doença marcada pela sociedade sendo algo que não tem cura, afetando o estado emocional, ético e social do paciente⁽³⁾. Frente a esta característica, o planejamento do cuidado torna-se uma estratégia fundamental para uma boa qualidade assistencial, assim sendo, deve conter o histórico, a identificação dos riscos, história de práticas sexuais e uso de drogas injetáveis, bem como os estados físicos e psicológicos do cliente⁽¹⁾. Percebe-se que há rapidez nos avanços tecnológicos para o tratamento da doença, no entanto, há necessidade de avançar no aperfeiçoamento dos profissionais de enfermagem mediante suas práticas com estes pacientes⁽⁴⁾. **OBJETIVO:** Identificar a atuação dos profissionais de enfermagem, de um hospital universitário no sul do Brasil, que cuidam de clientes portadores de HIV/AIDS. **METODOLOGIA:** Este estudo trata-se de uma investigação descritiva, exploratória e com abordagem quantitativa. Foram sujeitos os auxiliares e técnicos de enfermagem, bem como os enfermeiros; o local para realização do estudo foi um Hospital Universitário(HU), sendo selecionado setores onde os profissionais de enfermagem possuem maior contato com clientes portadores de HIV/AIDS, localizado no município de Rio Grande/Rio Grande do Sul. O HU é considerado referência na região no tratamento do HIV/AIDS, onde acolhe pacientes com diferentes exigências quanto aos níveis de cuidados, sejam ambulatoriais, intermediários ou terciários, quando destinados a pacientes graves. Este hospital universitário é referência na atenção hospitalar de baixa, média e alta complexidade. A coleta de dados foi realizada no ano de 2011. O método de coleta foi a aplicação de um questionário semi-estruturado, composto de questões fechadas,



elaborado pelas pesquisadoras. Participaram do estudo 18 auxiliares, 31 técnicos de enfermagem e 31 enfermeiros, totalizando uma amostra de 80 sujeitos; a seleção dos mesmos foi de forma aleatória, nos locais onde os sujeitos possuíam maior contato com pacientes portadores de HIV/AIDS. Foram respeitadas as normas e diretrizes envolvendo seres humanos conforme a resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde⁽⁵⁾. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Instituição sob o parecer nº1575; além disto, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando uma cópia com eles, e, a outra em posse das pesquisadoras. Para processamento dos dados e apresentação dos resultados, foi utilizado o *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 17.0, além da Análise de Conteúdo ⁽⁶⁾.

RESULTADOS: Como percebemos a coleta de dados foi pesquisada perante aos técnicos de enfermagem, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Este resultado foi organizado em cima de quatro classes: O desempenho dos profissionais de enfermagem com o portador de HIV/AIDS, frequência do contato, tipo de contato e padronização das condutas. Ao serem abordados sobre o desempenho dos profissionais no programa do HIV/AIDS verificou-se que aos auxiliares de enfermagem alegam que o grupo apresenta funções específicas de cada profissional, evidenciando uma assistência fragmentada. Os técnicos de enfermagem e os enfermeiros mostraram um atendimento holístico da saúde no programa de HIV/AIDS do Hospital Universitário. Os sujeitos foram indagados que tipo de frequência mantém cuidados de enfermagem com os pacientes e referiram em todas as categorias profissionais que o contato era casual. E do tipo de contato dos sujeitos da pesquisa em relação aos pacientes com os portadores, salienta-se que o contato físico e verbal, somente foi percebido por um sujeito que alega não ter envolvimento nem físico e nem verbal. E na padronização de condutas no cuidado foi analisado que os sujeitos não foi de acordo com os cuidados dentro da assistência de enfermagem com os portadores. Os profissionais de enfermagem procuram se qualificar perante a temática mais do que outros profissionais da área da saúde. **DISCUSSÃO:** os profissionais de enfermagem perceberam a importância da atuação do grupo, propiciando ao paciente um cuidado integral. Salienta-se que no momento que assumem sua profissão os profissionais responsabilizam-se por suas condutas, tomadas de decisão e pelo planejamento da assistência ao paciente com HIV/AIDS⁽⁴⁾. Assim é preciso aplicar atitudes que conserve a atuação da equipe com suas especificidades atuando numa assistência de qualidade para seus clientes sendo necessário investir em suas ações, que precisa do conhecimento do outro. E visto que conforme a rotina de enfermagem aos portadores de HIV/AIDS entende-se que o



profissional da saúde não consegue atender sozinho seus clientes. Conforme a rotina de enfermagem a atuação em equipe frente aos portadores de HIV/AIDS permite união, organização no comprometimento do trabalho e tratamento ao cliente ⁽⁷⁾. A educação em saúde é de grande importância para os profissionais de enfermagem trazendo uma boa qualidade no cuidado da assistência aos pacientes com HIV/AIDS, confortando e promovendo uma vida saudável. Referindo-se ao contato com os portadores de HIV/AIDS percebeu-se que o contato direto é realizado mais pelos auxiliares e técnicos de enfermagem do que pelos enfermeiros que ocupam-se mais de tarefas gerenciais, assumindo o cuidado no momento de alta complexidade do mesmo ⁽⁸⁾. É preciso que o enfermeiro não se torne tarefeiro, mecanizado e burocrata, tornando-se acomodado. Para que haja esse cuidado em relação ao manuseio com o paciente portador de HIV/AIDS é preciso o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) para isso a instituição em que exercem as atividades oferta equipamentos para que os profissionais de enfermagem conduza uma assistência adequada e segura para ambas as partes, tanto para o paciente como o profissional. ⁽⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Percebeu-se que existe diferença nas atitudes de auxiliares, técnicos e enfermeiros na atuação junto aos pacientes portadores de HIV/AIDS, sendo que, os auxiliares e técnicos de enfermagem atuam no cuidado direto aos pacientes. Ressaltou-se a importância da capacitação dos profissionais de enfermagem para o cuidado ao paciente com HIV/AIDS, principalmente no que tange aos aspectos emocionais e psicossociais. A capacitação e qualificação permite estimular novos conhecimentos teóricos para serem colocados na prática profissional na busca pelo desenvolvimento de habilidades capazes de promover um cuidado mais qualificado, além disto, possibilitam que o profissional tenha mais percepção em relação à patologia, e o desenvolvimento de um conhecimento com mais ênfase no tratamento. Desta forma, observa-se a quebra de tabus e preconceitos que não possibilitam uma prática assistencial mais humanizada e integral. Considerou-se ainda, que as implicações para a prática de enfermagem demandam de mudanças de postura no papel do enfermeiro, tendo em vista que este também deve ser protagonista no cuidado a estes pacientes, de modo que assume seu papel de líder frente a equipe de enfermagem, bem como no cuidado, planejando a assistência de forma integral e humanizada.

Descritores: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem.

REFERÊNCIAS



1. Brondani JP, Pedro ENR. A história infantil como recurso na compreensão do processo saúde-doença pela criança com HIV. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(1):14-21.
2. Costa TL, Oliveira DC; Formozo GA, Qualidade de vida e AIDS sob a ótica de pessoas vivendo com o agravo: contribuição preliminar da abordagem estrutural das representações sociais Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(2):365-376, fev, 2015.
3. Sadala MLA; Matias LO. Os significados atribuídos ao cuidar de pacientes com AIDS. Rev. Esc. Enf. USP, v. 34, n. 1, p. 1-8, mar. 2000.
4. Ferraz L, Vendruscolo C, Marmett S. Educação permanente na enfermagem: Uma Revisão Integrativa. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 28, n. 2, p. 196-207, maio/ago. 2014.
5. Ministério da Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução CNS 466/12. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: CNS; 2012.
6. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70 - Brasil, 2009.
7. Borges MJ ; Sampaio AS; Gurgel IGD. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. Ciência & Saúde Coletiva, 17(1):147-156, 2012.
8. Costa TL; Oliveira DC; Formozo GA; Gomes AMT. Análise estrutural das representações sociais da terapia antirretroviral entre pessoas que vivem com HIV/AIDS: possibilidades de convivência, normatividade e ressignificação. Psicol Saber Soc 2013; 2:104-14.
9. Villarinho MV; Padilha MI. Estratégias de biossegurança dos trabalhadores da saúde. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 18(1) Jan-Mar 2014.



CRIAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS PARA A SIMULAÇÃO REALÍSTICA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Miriam Leda Carvalho Xavier; Andreza Mello Silva; Lima HWL; Fenzke MN; Mello MCVA; Cezar-Vaz MR

Introdução: A saúde do trabalhador realiza estudos, ações de prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho. As ações em saúde do trabalhador visam principalmente reduzir as doenças ocupacionais e acidentes de trabalho e proporcionar melhor qualidade de vida aos trabalhadores⁽¹⁾. Para isso, a criação de casos clínicos permite um aprimoramento do acadêmico em enfermagem nas diversas especificidades de atuação profissional, tornando-se necessária a busca pelo conhecimento para avaliação de condições ambientais e de trabalho, viabilizando assim uma assistência mais segura pelo futuro enfermeiro. Além das aulas teóricas e do estágio curricular, outra forma de agregar o conhecimento é a simulação realística que é onde o aluno percebe se está fixando o conteúdo e o professor avalia se a forma como ministrou sua aula foi efetiva. Essa técnica garante mais segurança ao graduando no que concerne ao que vai ser feito em uma situação futura. Torna-se assim importante a simulação em saúde do trabalhador para fortalecer o conhecimento clínico da enfermagem do trabalho a partir do estudo de casos clínicos. **Objetivo:** relatar a experiência de participar de um projeto de ensino com foco na saúde do trabalhador relacionado com a simulação realística. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência em que se pretende descrever as ações efetivadas para a montagem dos casos clínicos de simulação realística. Foram realizadas três etapas: a) estudo contínuo das normas regulamentadoras específicas de cada caso planejado, como por exemplo, a norma regulamentadora 35 que aborda o trabalho em altura, subsidiando a construção do caso clínico no que diz respeito a segurança e a saúde do trabalhador em atividades laborais que envolvam essa exposição; b) identificação, a partir das normas regulamentadoras, de situações problema/temáticas para realizar as simulações; c) relato dos casos com apresentação de descrição pessoal e clínica de um trabalhador, sua atividade ocupacional e suas condições de trabalho e avaliação do ambiente. Entre estas etapas, é realizada também a busca de imagens referentes a situação/problema para auxiliar na ilustração do ambiente de trabalho e os seus possíveis riscos. Investigou-se também as diversas



formas ocupacionais do trabalhador, sujeito da situação simulada, por meio da classificação brasileira de ocupações (CBO), adquirindo o conhecimento de instrumentação específica utilizada na atividade laboral. Com relação às sintomatologias possíveis de serem apresentadas pelos trabalhadores, foram consultados protocolos assistenciais e referenciais bibliográficos. Descreve-se também o dimensionamento do espaço de trabalho e dos recursos físicos e humanos necessários ao cenário, com organização do ambiente. E assim, a partir disso, poder avaliar a conduta do acadêmico frente a assistência requerida para a situação simulada. A conexão dessas etapas resulta na criação do caso clínico específico para a prática da simulação realística. **Resultados:** Foram delimitados dois casos clínicos simulados: trabalhador exposto ao risco de queda em altura⁽²⁾ e trabalhador que atua em espaço confinado⁽³⁾. O trabalhador da simulação de trabalho em altura foi considerado como atuante em setor de construção civil, simulando que ele desempenha serviços de pintura, construção de edificações e vigas. Desta forma, simulou-se que o paciente apresentou uma queda devido ao piso desnivelado de seu ambiente de trabalho e a não utilização de EPIs. Entre as sintomatologias descritas, o trabalhador, antes da queda, apresentou tontura devido a hipoglicemia (50mg/dl), e a queda foi de um pouco mais de 2 metros de altura. Desta forma, estipulou-se que apresentaria os seguintes sinais e sintomas: Ferimento externo na testa, dolorido e edemaciado; Pupilas isocóricas; Pulso lento (40bpm); Frequência respiratória de 13mrpm. Estes parâmetros são estabelecidos para serem simulados no manequim. Demais informações foram pensadas para informar os acadêmicos que efetivaram a assistência do caso, como por exemplo: o trabalhador não apresentou perdas sanguíneas ou de líquido cefalorraquidiano pelo nariz ou ouvidos nem hematomas na cabeça. Além disso, são oferecidas imagens que auxiliem a identificação pelo acadêmico, do ambiente simulado. Para a realização do feedback após assistência, se previu alguns aspectos de avaliação os quais espera-se serem efetivados pelos acadêmicos: Exame físico; Avaliação respiratória; Avaliação cardíaca; Avaliação neurológica; Avaliação traumatológica. Já o caso do espaço confinado pensou-se primeiramente no estudo da norma regulamentadora 33, específica desse serviço, para conceituar o que é um espaço confinado e ter subsídios concernentes a essa atividade laboral. Logo após, nas possibilidades dos diversos tipos de trabalho em espaço confinado: galerias, tanques, digestores, tubulações e silos. Assim, foi elegida para a criação do caso clínico a atividade do trabalhador em silos como, os quais apresentam, por exemplo, risco de explosões, problemas ergonômicos, lesões do trato respiratório (poeiras) e do globo ocular, riscos físicos (ruído, iluminação, umidade, vibrações, etc.), acidentes em geral (quedas,



sufocamentos, entre outros). Desta forma, neste caso clínico será simulado um trabalhador que atua na limpeza e manutenção de silos graneleiros, e que, devido ao tempo de atuação, já apresenta alterações respiratórias crônicas, intensificadas pelo tipo de ambiente de trabalho. Segue-se em andamento com a busca de protocolos e bibliografias referentes a sintomatologia e características que serão apresentadas no caso clínico mencionado, bem como a análise de imagens de trabalho em espaço confinado para melhor ilustrar o cenário da simulação. **Discussão:** Os casos clínicos proporcionam reforçar o conhecimento em Enfermagem na situação das abordagens criadas, possibilitando aos estudantes rever o conteúdo exposto pelos professores em sala de aula de modo a aprimorar suas habilidades e seu raciocínio clínico para a atuação prática em saúde. Além do que, o conhecimento e a aplicabilidade dos casos clínicos simulados criados possibilitaram ao aluno participante do projeto de ensino um aprimoramento do seu aprendizado, da mesma maneira que proporcionará uma troca de experiências e informações com os colegas de diferentes semestres da graduação. Imagina-se que com a realização da simulação realística no método ensino-aprendizagem, a performance do aluno é melhorada, possibilitando um movimento de retorno entre professor/facilitador e os demais estudantes. Transcorre a reflexão dos conhecimentos abordados na prática, as habilidades e o pensamento crítico necessários a elaboração da simulação, assemelhando-se a prática profissional futura⁽⁴⁾. A utilização de tecnologias para o benefício da saúde faz com que os estudantes e atuantes na área da enfermagem intensifiquem o aprendizado teórico-prático para o fornecimento de informações e orientações em saúde relativas aos diferentes processos com riscos de danos, fortificando a saúde mental e física das pessoas e recuperar condutas responsáveis e saudáveis⁽⁵⁾. Identificando as melhorias do treinamento de habilidades técnicas dos graduandos de enfermagem em ambientes simulados anterior a execução a uma pessoa real, observa-se a importância da criação de casos clínicos focados na saúde do trabalhador. **Conclusão:** Desse modo, deve-se valorizar a simulação pedagógica na saúde do trabalhador, pois não se pode pensar na intercessão em saúde sem considerar a avaliação do ambiente em que os trabalhadores atuam, da mesma maneira que as normas e legislações na área como instrumentos do processo de trabalho do profissional em enfermagem. Em vista disso, a criação de casos clínicos simulados na área manifesta-se para o estudo e identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem voltadas às modificações em saúde oriundas pelo trabalho e instigar o aprimoramento teórico do acadêmico. **Implicações para a enfermagem:** a simulação realística para enfermagem e mais especificamente em saúde do trabalhador, garante a oportunidade do aluno vivenciar uma situação clínica



permitindo-lhe atuar como enfermeiro considerando as especificidades do trabalho. No momento da aplicabilidade dos casos clínicos simulados o acadêmico poderá se permitir errar e com o feedback aprender onde tem que se modificar e assim desenvolver um raciocínio clínico com segurança para prestar uma assistência efetiva ao trabalhador/paciente em uma situação real futura.

Descritores: Enfermagem, Ensino, Simulação.

Referências

1. Saúde do trabalhador. Portal FioCruz. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/sa%C3%BAde-do-trabalhador>
2. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Normas regulamentadoras de segurança e saúde do trabalho. NR-35 – Trabalho em altura. Brasília, DF: MTE, 2016. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR35/NR-35-2016.pdf>
3. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Normas regulamentadoras de segurança e saúde do trabalho. NR-33 - Segurança e saúde nos trabalhos em espaços confinados. Brasília, DF: MTE, 2012. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR33.pdf>
4. Santos MC, Leite MCL. A avaliação das aprendizagens na prática da simulação em enfermagem como feedback de ensino. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 set;31(3):552-6.
5. Teixeira CRS, Kusumota L, Braga FTMM, Gaiosio VP, Santos CB, Silva VLS, et al. O uso de simulador no ensino de avaliação clínica em enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011; 20 (Esp): 187-93.



APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO TRABALHADOR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Andréia Martins do Couto; Tatiele Roehrs Gelati; Kendra Natasha Souza Castanha dos Santos; Marlise Capa Verde Almeida de Mello; Marta Regina Cezar-Vaz

Introdução: O processo de ensino-aprendizagem do enfermeiro tem dentre outras competências, a construção do conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e atitudes frente às necessidades de saúde, de forma a fomentar a prática profissional⁽¹⁾. O estágio de docência, parte integrante e obrigatória do curso de Doutorado em Enfermagem, proporciona por sua vez a construção do processo de ensino do doutorando, uma vez que desenvolve habilidades didático-pedagógica. Durante o estágio na Disciplina de Enfermagem na Saúde do Trabalhador, há a preocupação de compreensão entre o conhecimento teórico na especificidade da Saúde dos trabalhadores, utilizando-se da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), que conforme a resolução do COFEN N° 358/2009, é um processo privativo do enfermeiro que organiza seu trabalho quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a utilização do Processo de Enfermagem (PE). Por meio de tal processo as ações de cuidado do Enfermeiro e sua conduta são desenvolvidas e registradas de forma sistemática e objetiva. Torna-se então possível a operacionalização do PE, que organiza-se em cinco etapas interrelacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); diagnóstico de Enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação⁽²⁾. Sendo esse um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional⁽³⁾. Este por sua vez, deve ser aplicada de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Cabe ao enfermeiro, a execução desta a partir da operacionalização do PE, que pode ser realizado nos diferentes ambientes de trabalho. Dessa forma, de modo a efetivar as ações de prevenção de agravos, promoção e proteção da saúde, o Ministério do Trabalho e Emprego determinou a elaboração de um conjunto de Normas Regulamentadoras (NR) que tem por objetivo assegurar as principais ações de segurança e saúde, sendo de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas⁽⁴⁾. Neste contexto, emergiu a necessidade da articulação do conhecimento científico de forma integrada, ou seja, o PE e as NR



para o processo ensino-aprendizagem no curso de graduação, em uma visão ampliada para a compreensão da relação entre saúde, ambiente e trabalho. **Objetivo:** Descrever a experiência da utilização do Processo de Enfermagem como instrumento metodológico para operacionalização das NR no processo de assistência de enfermagem ao trabalhador. **Materiais e métodos:** Trata-se de um relato de experiência do estágio de docência na disciplina de Enfermagem na Saúde do Trabalhador, da Escola de Enfermagem (EEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). A aplicação do Processo de Enfermagem (PE) como metodologia, está sendo desenvolvida no primeiro semestre de 2017, com alunos do 5º semestre da graduação de Enfermagem, o qual possibilita a organização e o desenvolvimento da assistência a partir do estabelecimento de prioridades do cuidado. O conteúdo foi organizado de uma forma processual em que o PE conduziu o desenvolvimento dos demais conteúdos propostos na disciplina de Enfermagem na Saúde do trabalhador, de modo a fortalecer o raciocínio à associação e aplicação do conhecimento clínico na assistência ao trabalhador de forma eficaz. Em cada aula o PE é articulado com o conteúdo específico da disciplina, sendo elas as NR, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), a Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador (RENAST), o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). É desenvolvido por meio da avaliação clínica do trabalhador e identificação ambiental para a construção do conjunto de dados. O Histórico de enfermagem, primeira etapa do PE é realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações do trabalhador e coletividade, bem como sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde-doença. Compreende-se por duas etapas complementares, a Anamnese e o Exame físico, que constituem-se pela investigação dos dados clínicos e ambientais. Para isto, utiliza-se instrumentos teóricos como a NR-07 referente ao Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), que visa a realização de exames clínicos do trabalhador. Frente a necessidade de conhecimento e avaliação do ambiente, a NR-09 determina acerca do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), possibilitando a identificação dos riscos de diferentes naturezas presente no ambiente de trabalho^(5,6). O que denota a importância do enfermeiro deter o conhecimento acerca desse conjunto de informações na especificidade de cada ambiente que pode determinar a efetividade das ações de cuidado e saúde. Com base na interpretação e agrupamento dos dados, elencou-se os principais Diagnósticos de Enfermagem- segunda etapa do PE- que constituem a base para a seleção das ações e intervenções as quais objetiva-se alcançar os resultados esperados, a partir dos diagnósticos de enfermagem do



NANDA e da Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC). Deste modo, o enfermeiro passa a desenvolver por meio do Planejamento de Enfermagem- terceira etapa do PE- a determinação dos resultados que se espera alcançar, a partir da Implementação (quarta etapa do PE) destas ações. Um importante instrumento utilizado é a NR-06 que determina o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de modo a evitar ou minimizar a exposição do trabalhador a fontes de riscos ambientais⁽⁷⁾. A última etapa, Avaliação de Enfermagem, é um processo de verificação da efetividade das ações ou intervenções planejadas e implementadas com a finalidade de sanar as necessidades identificadas. **Resultados e Discussão:** O processo de ensino-aprendizagem como estagiário de docência da Pós-graduação permite ampliar o conhecimento pedagógico, uma vez que há a necessidade de articulação entre os diferentes procedimentos metodológicos a serem utilizados na prática discente/docente. Identificou-se que a implementação do PE como metodologia de ensino na Saúde do Trabalhador, permitiu maior apropriação do conteúdo teórico. Durante as aulas, houve discussão do conteúdo proposto juntamente com os alunos de graduação acerca da importância da compreensão do conjunto de NR e regulamentações que constituem legalmente e direcionam as principais ações de saúde voltadas ao trabalhador, de modo que o enfermeiro possa prestar assistência sistematizada e organizada nos diferentes ambientes de trabalho, possibilitando o raciocínio e o desenvolvimento da assistência a partir do estabelecimento de prioridades de cuidado⁽⁸⁾. O processo de enfermagem deve ocorrer de forma integral e não fragmentado, promove níveis elevados de saúde e segurança no trabalho, permite um maior controle dos riscos ocupacionais, vigilância epidemiológica, assistência primária à saúde e educação para a saúde. É uma prática atual, no cotidiano de trabalho do enfermeiro, que constantemente vêm sendo discutida e aprimorada para ser implementada nos diferentes ambientes de trabalho que demandam a assistência a saúde⁽⁹⁾. Dessa forma, a primeira etapa do PE que é constituída pelo Histórico de Enfermagem, foi construída em sala de aula de forma pedagógica de modo a compreender que além do cliente enquanto trabalhador existe um ambiente laboral que deve ser investigado. A anamnese deverá ter foco na identificação do estado de saúde, história laboral atual, assim como riscos ambientais, presente no ambiente de trabalho. Assim compreende-se que a coleta de dados para a constituição do histórico deve ser realizada com um roteiro predeterminado como, por exemplo, segundo o exame ocupacional realizado conforme a função que é exercida, as fontes de riscos ambientais, e os possíveis efeitos da exposição a esses agentes. A realização do exame físico deverá buscar informações significativas atreladas à exposição as fontes de exposição,



de modo a subsidiar a assistência a ser prestada, bem como informações referentes às condições clínicas do trabalhador por meio dos exames clínicos. A identificação e coleta destas informações determinarão a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, o plano de intervenção, a implementação das ações propostas e a avaliação dos resultados obtidos. **Conclusão:** compreendendo o processo de ensino-aprendizagem enquanto discente/docente, ressalta-se a valoração da utilização Processo de Enfermagem na fixação do conhecimento, bem como da importância da experiência para o processo de formação enquanto pós-graduanda. O conteúdo abordado na disciplina de saúde do Trabalhador é de extrema relevância para formação da graduação, uma vez que esta permite realizar a articulação do conteúdo abordado com a implementação na assistência de enfermagem ao cliente enquanto trabalhador. **Contribuições/implicações para Enfermagem:** O trabalho desenvolvido na disciplina de Enfermagem do Trabalho contribui para a formação tanto da doutoranda quanto dos discentes por meio da concepção que o processo de saúde- doença deve ser considerado a partir da relação do trabalhador- ambiente- saúde e que para a identificação destes elementos o Enfermeiro poderá utilizar-se do PE para orientar as ações e cuidados voltados a saúde dos trabalhadores. De modo que o trabalhador assistido receba assistência destes discentes e futuros profissionais a partir de uma visão ampliada e integral de saúde.

Descritores: Enfermagem. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

1. Fontes WD, Leaderal ODCP, Ferreira JA. Competências para aplicação do processo de enfermagem: autoavaliação de discentes concluintes do curso de graduação. Rev. Rene. Fortaleza. 2010; 11(3): 86-94
2. Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Resolução 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 ambiente, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF); 2009.



3. Brasil. Ministério do Trabalho. Portaria SIT n.º 84, de 04 de março de 2009. Norma Regulamentadora 01- Disposições gerais. Brasília, DF.
4. Brasil. Ministério do Trabalho. Portaria MTE n.º 1.892, de 09 de dezembro de 2013. Norma Regulamentadora 07- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Brasília, DF.
5. Brasil. Ministério do Trabalho. Portaria MTE n.º 1.109, de 21 de setembro de 2016. Norma Regulamentadora 09- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. Brasília, DF.
6. Brasil. Ministério do Trabalho. Portaria MTE n.º 505, de 16 de abril de 2015 . Norma Regulamentadora 06- Equipamento de Proteção Individual. Brasília, DF.
7. Silva EGC, Oliveira VC, Neves GBC, Guimarães TMR. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática Silva. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(6):1380-6
8. Tonhoma SFR, Moraesa MAA, Pinheiro OL. Formação de enfermeiros centrada na prática profissional: percepção de estudantes e professores. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(4)
9. Pereira MG, Ferreira LV, Rocha RS, Gomes ICO, Lolli APG, Chagas DNP, Leone DRR, Castro EAB. Liga acadêmica de sistematização da assistência de enfermagem: um relato de experiência. Revista Norte Mineira de Enfermagem. 2016; 5(1):85-96



A BUSCA ATIVA E A VISITA DOMICILIAR AOS PACIENTES DO SERVIÇO DE ESTOMATERAPIA COMO BOA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Bianca dos Santos Blan; Caroline Passos Arruda; Giovana Calcagno Gomes; Ana Cláudia Fortuna; Aline Ney Grehs

Introdução: A estomização trata-se de um procedimento cirúrgico no qual há a exteriorização de parte de um órgão oco, como por exemplo, do intestino ou da bexiga, por um orifício no abdômen chamado estoma¹. Os pacientes estomizados possuem necessidades específicas, desde os materiais adequados para o auxílio das eliminações quanto ao atendimento personalizado fomentado de conhecimentos e didáticas para o ensinamento da utilização de produtos e cuidados com o estoma. Os profissionais de saúde devem favorecer o desenvolvimento do autocuidado das pessoas com estomia para que consigam alcançar a reabilitação, vivenciando esta fase de forma menos sofrida. Identificar e entender as peculiaridades de cada um faz parte desse processo². O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. conta com o projeto Ostomia uma Forma de Viver que tem por objetivo realizar assistência aos estomizados no município, propiciando capacitações e recursos para o autocuidado. O projeto é uma atividade de extensão. Em 2012 o projeto consolidou a criação do Serviço de Estomaterapia no HU no qual são realizadas consultas de enfermagem e assistência social semanal e grupoterapia mensal aos Estomizados e familiares. O setor realiza o controle dos materiais recebidos e a distribuição dos mesmos, bem como acompanhamento da assiduidade dos pacientes visto que estes possuem necessidades diferentes diante do consumo de bolsas coletoras de fezes e/ou urina. Devido vários motivos esses pacientes faltam às consultas mensais, podendo causar a interrupção da assistência recebida, sendo, nesses casos, necessária a realização da busca ativa. **Objetivo:** apresentar a busca ativa e a visita domiciliar aos faltosos às consultas no Serviço de Estomaterapia do Hospital Universitário como uma boa prática da enfermagem. **Metodologia:** Mensalmente é realizado o balanço dos pacientes faltosos às consultas no Serviço de Estomaterapia bem como as razões pelas quais isso ocorreu. Durante as consultas de enfermagem são listadas necessidades e problemas que os pacientes assíduos vêm enfrentando. O SE conta com 110 pacientes cadastrados. Tratando-se de pacientes crônicos se sabe que os mesmos necessitam de assistência ininterrupta. Assim, após a identificação dos pacientes faltosos se realiza uma busca



ativa destes por meio de uma ligação telefônica, a qual é feita mensalmente, identificando os motivos da falta. De acordo com o motivo se avalia a necessidade da realização da visita domiciliar e se agenda previamente a mesma com o paciente ou com seu familiar cuidador. **Resultados:** Na visita é realizada uma anamnese deste paciente e exame físico para avaliação do estoma, respectivas orientações e entrega de materiais e acessórios. Posteriormente, preenche-se um formulário de atendimento que é anexado à pasta do paciente no SE. Após a realização da orientação de enfermagem, os pacientes e familiares são questionados sobre o cuidado prestado. Desta forma, compreendem-se as percepções e subjetividades dos seres pacientes estomizados, dando ênfase às suas realidades, buscando contemplar as pessoas cuja experiência está sendo estudada³. Com base na assistência prestada no setor de estomaterapia podem-se evidenciar as necessidades dos pacientes e realizar cuidados programados e personalizados, sendo a busca ativa dos pacientes faltosos às consultas e o atendimento domiciliar, adotado pelo SE, uma boa prática da assistência prestada. A detecção precoce de complicações e seus encaminhamentos são fundamentais na prevenção de outras doenças, já que o paciente conta com a assistência mensal da equipe multidisciplinar; a visita também visa à melhoria da aderência dos pacientes e familiares ao Serviço e a melhoria do vínculo dos pacientes e familiares com a equipe. Entre os motivos referidos pelos pacientes para a falta à consulta encontra-se: ter material suficiente para seu autocuidado até o próximo mês, óbito, fechamento do estoma, piora clínica com internação hospitalar do paciente ou estar acamado, falta de dinheiro para locomoção até o hospital e/ou falta de cuidador que o leve às consultas. Normalmente há cerca de 5 a 6 pacientes faltosos ao mês, já a visita domiciliar tem sido realizada de forma esporádica cerca de 2 a 3 vezes no trimestre. **Discussão:** A humanização do cuidado prestado frente às visitas domiciliares associado às boas práticas mostra-se eficaz diante as dificuldades encontradas pelos pacientes para a assiduidade nas consultas. A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir. As coisas do mundo só se tornam humanas quando ocorre o diálogo, tornando viáveis as relações e interações humanas, não somente pela técnica de comunicação verbal, mas através do conhecimento que se constrói sobre o outro⁴. A equipe multidisciplinar busca entender o contexto biológico, psicológico e ambiental deste paciente. A família também é um excelente apoio, pois representa uma grande influência na vivência com o paciente. Os indivíduos que são submetidos a esse procedimento precisam de uma atenção diferenciada, que pode ser obtida através da humanização e do conhecimento científico. Ressalta-se a necessidade de criar ações sistematizadas de enfermagem que contribuam para uma melhor



qualidade de vida, e maior aceitação das alterações causadas pela estomia em todas as fases da vida da pessoa estomizada. É preciso um olhar holístico e humanizado ao cuidar desse paciente⁵. A captação dos pacientes faltosos é de suma importância, tendo em vista que o atendimento mensal garante um momento de aprendizado e troca de conhecimentos. A visita domiciliar visa promover uma atenção diferenciada com a promoção da saúde, educação em saúde e uma melhor qualidade de vida além da distribuição dos materiais de uso contínuo para os pacientes estomizados. A prática da busca ativa e da visita domiciliar garante à pessoa com estomia atenção integral à saúde por meio de intervenções individualizadas, assistência especializada que envolve a educação para o autocuidado, a avaliação das necessidades biopsicossociais gerais do indivíduo e da família e as específicas relacionadas à estomia e pele periestomal, incluindo a prevenção e tratamento das complicações, indicação e prescrição de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança¹.

Conclusão: A equipe multidisciplinar busca compreender as causas das ausências nas consultas de enfermagem, evitando a interrupção da assistência e a manutenção do vínculo, possibilitando a qualidade no cuidado por meio da captação dos pacientes através de atendimento programado e diferenciado de acordo com as necessidades de cada paciente, promovendo qualidade de vida em função da continuidade da assistência prestada. Receber o material para o cuidado não significa que a pessoa com estomia vá facilmente adaptar-se a ele, nem que o mesmo terá a durabilidade esperada. Sendo assim, as visitas domiciliares oferecem orientação de uso e manutenção da bolsa coletora, sendo importante para a manutenção da integridade da pele e do estoma, configurando-se como uma boa prática hospitalar. **Implicações para a enfermagem:** A busca ativa e a consulta de enfermagem prestada durante a visita domiciliar, realizada quando necessário, vai além da distribuição de materiais e acessórios, tem como foco a avaliação do paciente como um todo: as necessidades psicossociais, análise do estoma, identificando possíveis complicações, cabendo ao enfermeiro orientar o paciente sobre seu estado e sanar dúvidas relacionadas. Tais práticas consolidam o papel do enfermeiro enquanto responsável pela integralidade e continuidade do cuidado ao paciente estomizado atendido no Serviço de Estomaterapia.

Descritores: Estomia. Busca ativa. Cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS



1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 400 de 16 de novembro de 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html>. Acesso em: 05 de outubro de 2016.
2. Fernandes RM, Miguir ELB, Donoso TV. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Coloproctologia**. V.30, n.4, p.385-392, 2010.
3. Minayo MC de S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2010.
4. Oliveira BRG, Collet N, Vieira CS. A humanização na assistência à saúde. Rev Latino-am Enfermagem. [on-line] 2006 mar/abr; [citado 2010 mar 22];14(2):[aprox 8 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf> Acesso em: 05 de outubro de 2016.
5. Santana JCB, Souza ÂB de, Dutra BS. Percepções de um grupo de enfermeiras sobre o processo do cuidar de pacientes de ostomia definitiva. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 Sept [cited 2011 Dec 11];5(7):1710-5. Available from:
http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1722/pdf_624



PESSOAS IDOSAS COM DIABETES MELLITUS: FACILITADORES E DIFICULTADORES NA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DA DOENÇA

Sheila Silveira Costa; Bibiane Moura da Rosa; Marlene Teda Pelzer; Francielle Garcia Sena; Bárbara Tarouco da Silva; Tatiana Martins da Silveira Aragão

INTRODUÇÃO: O Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) exige um complexo regime terapêutico para o controle da doença. Além da manutenção do adequado controle glicêmico, o idoso portador de DMT2 necessita receber intervenções as quais atuem nos fatores de risco para complicações crônicas, como a obesidade, dislipidemia, tabagismo e hipertensão¹. O regime terapêutico complexo é aquele que utiliza como recurso múltiplas estratégias farmacológicas e não farmacológicas simultaneamente². A gestão do regime terapêutico é influenciada por diversos fatores, que atuam como facilitadores e dificultadores. A base teórica do estudo foi elaborada por meio de revisão bibliográfica acerca do tema DMT2 na pessoa idosa: conceito, diagnóstico, tratamento e complicações do DMT2, fatores facilitadores e dificultadores na gestão do regime terapêutico, e contribuições do cuidado de enfermagem à gestão do regime terapêutico. Neste sentido, o estudo do tema justifica-se devido a necessidade do conhecimento que profissional enfermeiro deve dispor acerca dos fatores que poderão ser vistos como, facilitadores ou dificultadores frente a gestão do cuidado de idosos com DMT2. **OBJETIVO:** Identificar os fatores facilitadores e dificultadores que influenciam a gestão do regime terapêutico da pessoa idosa com DMT2 atendidos em um Centro Especializado em Diabetes de um hospital do sul do País. **METODOLOGIA:** Pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, realizada no Centro Integrado de Diabetes de um Hospital Universitário do Sul do Brasil, com 10 pessoas idosas. A coleta dos dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2015, por meio de entrevista com roteiro semiestruturado. Os dados foram submetidos à análise textual discursiva³. A análise textual discursiva é compreendida como um processo auto-organizado de construção de compreensão, em que novos entendimentos emergem a partir de uma sequência recursiva de três componentes: a desconstrução dos textos do “corpus”, a unitarização; o estabelecimento de relações entre os elementos unitários, a categorização; o captar o emergente em que a nova compreensão é comunicada e validada. Esse processo em um todo é comparado a uma tempestade de luz. Consiste em criar condições de formação dessa tempestade em



que, emergindo do meio caótico e desordenado, formam-se “flashes” fugazes de raios de luz sobre os fenômenos investigados, que, por meio de um esforço de comunicação intenso, possibilitam expressar novas compreensões alcançadas ao longo da análise. A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos conforme Resolução 466/2012 e obteve o parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande - FURG sob o número 35/2015. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As pessoas idosas referiram que receber informações sobre a doença e cuidados por profissionais de saúde apresenta-se como facilitador da gestão do regime terapêutico. A educação é um elemento constituinte do processo de autocuidado, os idosos devem receber as orientações que auxiliem o processo de educação para conviverem com o DMT2 e para tomarem decisões frente à sua doença¹. Os profissionais de saúde devem orientar alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo⁴. Um estudo realizado em quatro unidades de saúde de Belo Horizonte, aborda a experiência do monitoramento telefônico como estratégia educativa no autocuidado do idoso com diabetes, traz de forma positiva o uso da comunicação e educação dos usuários com diabetes por meio da comunicação via telefone⁵. O apoio familiar nos cuidados diários e o auxílio financeiro na aquisição de medicamentos e alimentos é também fator facilitador. Em estudo, em relação ao apoio familiar, os participantes referiram que podem sempre recorrer a sua família em busca de ajuda⁶. Um estudo realizado em um Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Federal de Pernambuco identificou o apoio familiar como uma unidade de cuidados que influencia nas orientações recebidas pelo idoso diabético, podendo resultar em uma boa adesão às recomendações da dieta, ou gerar conflitos com as orientações de saúde, visto que a família é influenciada por valores e significados os quais podem interferir negativamente no processo educativo do autocuidado⁷. A religiosidade/espiritualidade no conhecimento de outras realidades e no entendimento das dificuldades existentes; no bem estar emocional e no “sentir-se bem” contribui para que o idoso tenha melhor aceitação da sua condição crônica de saúde. A fé para os idosos apresenta-se como um alicerce para amenizar suas aflições e para a busca incessante pela cura⁸. Quanto aos dificultadores, a restrição na dieta alimentar foi referida. As pessoas idosas diabéticas referiram que poder ingerir aquilo que se deseja, de acordo com sua cultura alimentar e especificidades de vida é fundamental para o bem-estar⁹. A dificuldade para aquisição de medicamentos e insumos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foi fator dificultador. A dificuldade para marcação das consultas no serviço especializado e o espaçamento destas também foram referidos como dificultadores. Quanto à



terapia medicamentosa oferecida pelo SUS, em estudo conduzido, 12,50% referiram estarem insatisfeitos¹⁰. No que diz respeito à dificuldade em realizar consultas com profissionais de saúde, estudo também demonstrou demora¹¹. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A pesquisa possibilitou identificar os fatores facilitadores e dificultadores que influenciam a gestão do regime terapêutico da pessoa idosa com DMT2 atendidos em um Centro Especializado em Diabetes de um hospital do sul do País. A metodologia adotada possibilitou o desenvolvimento do estudo e alcance do objetivo. As limitações do estudo concentraram-se em uma amostra de 10 participantes e de serem cadastrados no CID, não possibilitando conhecer outras realidades. **IMPLICAÇÕES/CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Acredita-se que a pesquisa possa contribuir na qualificação do cuidado de enfermagem, uma vez que permitiu identificar questões/fatores pertinentes à gestão do regime terapêutico da pessoa idosa com DMT2. Espera-se contribuir com os demais profissionais de saúde na construção de estratégias que venham a colaborar com as necessidades e que possa contribuir para a melhor qualidade de vida, autonomia e independência das pessoas idosas com a doença. Espera-se igualmente que o trabalho possa vir a colaborar com subsídios para a assistência oferecida pelo CID, e também para o ensino, pesquisa e extensão por meio de embasamento teórico e estímulo a novos estudos acerca da temática. **DESCRIPTORIOS:** Idoso. Diabetes Mellitus. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Grilo MFF, Neumann CR, Scain FR, Rozeno FR, Gross JL, Leitão CB. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. Rev. Assoc. Med. Bras.2013; 59: 400-405.
2. Padilha JMCS, Oliveira MFS, Campos MJA. Revisão integrativa da literatura sobre gestão do regime terapêutico em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44: 1129-34.
3. Moraes R, Galiuzzi MC. Análise Textual Discursiva. 2. ed. Rev. Ijuí: Ed. Unijuí; 2013.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. Caderno de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, n.36.



5. Torres HC, Reis IA, Roque C, Faria P. Monitoramento telefônico como estratégia educativa para o autocuidado das pessoas com diabetes na atenção primária. *Ciencia y Enfermeria* XIX. 2013; 1: 95-105.
6. Fernandes AMT, Henriques ELV, Amendolas F. Características de usuários portadores de Diabetes Mellitus tipo II com glicemia capilar alterada em um pronto atendimento municipal. *Revista Saúde*. 2014; 8: 1-2.
7. Borba AKOT, Marques APO, Leal MCC, Ramos RSPS, Guerra ACCG, Caldas TM. Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. *Rev. Rene*, 2013; 14: 394-404.
8. Souza NMG, Honorato SMA, Xavier ATF, Pereira FGF, Ataíde MBC. Visão do mundo, cuidado cultural e conceito ambiental: o cuidado do idoso com diabetes Mellitus. *Rev. Gaúcha Enferm.* [online].2012; 33: 139-146.
9. Ribeiro JP, Rocha SA, Popim RC. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. *Esc. Anna Nery*[online], 2010; 14: 765-771.
10. Rocha KSC, Filho AM. Diabetes mellitus: o conhecimento dos pacientes acerca do autocuidado. *R. Interd.* 2015; 8: 98-106.
11. Tesser J, Bitencourt RM. de. Perfil dos pacientes diabéticos tratados pelo Sistema Único de Saúde no posto central do Município de Campos Novos, SC. *Unoesc & Ciência - ACBS Joaçaba*.2015; 6: 97-104.
12. Lessmann JC, Silva DMGV, Nassar SM. Mulheres com Diabetes mellitus tipo 2: perfil sociodemográfico, biométrico e de saúde. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25 (Número Especial 1):81-6.



O CUIDADO DE ENFERMAGEM COMPLEXO AO IDOSO ESTOMIZADO: AÇÕES, TECNOLOGIAS E AMBIENTES SINGULARES

Fabiane Lopes dos Santos; Robson Magno Rosa Medeiros; Kellen Amaral Costa; Vanessa da Silva Tarouco; Larissa Merino de Mattos; Edaiane Joana Lima Barros

Introdução: Cuidar e educar na Enfermagem ultrapassa o cuidado com o ambiente e suas relações, pois envolve a conscientização para a mudança, identificação ideológica e eticidade dialógica. Nessa articulação, o ser humano, como ser complexo, dotado de uma rede neural evoluída, apresenta a capacidade de autoorganizar-se em seus espaços. Muitas vezes, promovendo a destruição e a reconstrução, ou seja, mostrando-se contraditório. Cuidar abrange reconhecer o ser humano recursivo como único e capaz de autocuidar-se, o que demanda por parte do enfermeiro um olhar multidimensional frente ao desafio de reelaborar estratégias que visem a preservação da identidade e as características do idoso estomizado^(1,2). **Objetivos:** Propor ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas voltadas ao cuidado de enfermagem complexo do idoso estomizado; identificar as ações ecossistêmicas e as gerontotecnológicas com vistas a um cuidado de enfermagem/saúde ao idoso ostomizado; conhecer as tecnologias de equipamentos e educativas construídas a partir das vivências de idosos ostomizados e por eles, como forma de autocuidado e promoção da saúde, sob o olhar da Complexidade; verificar os ambientes de cuidado dos idosos ostomizados, sob o olhar complexo. **Metodologia:** O presente estudo faz parte do projeto 'guarda-chuva' denominado "Cuidado de enfermagem ao idoso estomizado: Bases para a educação permanente em saúde" com o objetivo geral de conhecer o cuidado de enfermagem ao idoso estomizado a fim de propor novas práticas por meio da Educação Permanente em Saúde. Apresentou uma abordagem quanti/qualitativa, exploratória e descritiva. O referencial teórico baseou-se na Complexidade de Edgar Morin. Utilizou-se o estudo de caso, quando foi aplicado instrumento adaptado da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, por meio da entrevista complexa, observação e gravação. Participaram da pesquisa dez idosos estomizados. Foram locais do estudo o Serviço de Estomaterapia de um Hospital Universitário da região sul do país e os domicílios, de fevereiro a abril de 2017. Foram seguidos os princípios éticos, sendo aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, sob nº 99/2011. Na análise dos dados utilizou-se a orientação de Yin⁽³⁾. **Resultados:** Foram verificadas as condições de saúde,



a compreensão acerca da ostomia, as relações ambientais/tecnológicas e o ser humano idoso estomizado, cujos casos foram apresentados, considerando-se a avaliação da funcionalidade segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Junto aos casos foram propostas ações ecossistêmicas e gerontotecnologias voltadas ao cuidado de enfermagem complexo. O cuidado complexo em enfermagem/saúde são ações práticas que podem ser facilitadas, todavia não poderá substituir a relação e a compreensão intersubjetiva entre os seres humanos. Diante disso, o cuidado complexo expresso por meio das tecnologias de equipamentos constituíram-se pelo uso da bolsa coletora, carvão ativado, líquido limpador, a construção de adaptações no vaso sanitário e outros, bem como as relações que eram estabelecidas pelos idosos estomizados com esses produtos com vistas à adaptação. Enquanto que as tecnologias educativas enfocaram a consulta da enfermagem, a troca/compartilhar de saberes produzidos no contato com o outro pelo meio da identificação durante as reuniões oferecidas no Serviço e a articulação com o enfermeiro, como gerontotecnologias. Foi verificado que boa parte dos idosos ostomizados desconhecem sobre as políticas públicas voltadas ao idoso, ao portador de ostomia como um deficiente físico e as relações de cuidado com o ambiente como o descarte dos resíduos oriundos da ostomia, o que acarreta um *déficit* na busca por melhorias e na formulação de novas práticas de cuidado. Percebeu-se que as ações ecossistêmicas perpassavam por ambientes terapêuticos, ou seja, em que os idosos estomizados sentiam-se confortáveis, mediante sua condição, quando se encontravam nesses ambientes e, com isso, dar-se-ia o processo de aceitação/adaptação, considerando o contexto familiar e apoio da Enfermagem, independente dos cenários hospitalar, domiciliar ou do grupo.

Discussão: A capacidade de empatia, de identificação, de abertura, de projeção, de generosidade e de solidariedade é expressa na relação de comunhão, de troca e de interação entre os seres, visando, assim, atender as necessidades de cuidados de saúde do ser humano, em especial o idoso, desdobrando-se em forma de gerontotecnologia⁽⁴⁾. As tecnologias implicam num empreendimento alicerçado na necessidade, vista como um problema a ser resolvido e sobre o conhecimento. Um saber que orienta uma nova alternativa para resolver esse problema e, ainda, sobre a criatividade, que é a capacidade de encontrar alternativas para cuidar⁽⁵⁾, frente ao desafio da ostomia na velhice.

Conclusão: Assim foi possível propor ações ecossistêmicas e gerontotecnológicas entrelaçadas com a complexidade de Edgar Morin confirmando a tese, de que os idosos estomizados apresentam especificidades, requerendo um cuidado de enfermagem complexo voltado às necessidades corporais, emocionais, biopsicoespirituais e ambientais direcionando a ações ecossistêmicas e



gerontotecnológicas específicas. Pode-se perceber que independente do ambiente ou tecnologia; seja nos cenários domiciliar, grupal e/ou hospitalar, o ser humano idoso portador de ostomia necessita adquirir autonomia e apresentar uma melhor aceitação de sua condição, sem esquecer que o apoio dos sujeitos que o rodeiam é fundamental. As limitações da pesquisa foram centradas na escassa literatura relacionada às questões que unem cuidado, Complexidade, ambiente e tecnologia para o ser humano idoso ostomizado, no entanto, as facilidades dão-se por meio da experiência relacionada ao assunto e as leituras anteriores que tentam retratar as necessidades dos idosos ostomizados. Evidenciou-se que os ambientes domiciliar, grupal e hospitalar contêm suas particularidades, mas refletem o contexto de fragilidade e necessidade de cuidado do idoso com ostomia, em meio a um processo circular e recursivo. E, além disso, também as tecnologias influenciaram para que o idoso ostomizado se aproximasse do grupo/serviço, de novos ideais frente ao desafio do enfrentamento e do conhecimento acerca de si. É necessário um saber técnico-científico adequado e humanizado/ampliado do enfermeiro; além da compreensão da família como rede de apoio social no ambiente de cuidado. **Contribuições/Implicações para a Enfermagem:** Procurou-se compreender as questões relacionadas à funcionalidade, necessidades e incertezas dos idosos ostomizados, tendo como meta contribuir para os desafios em cuidar destes seres humanos na complexidade da vida. A pesquisa traz como contribuição social um olhar acerca do redimensionamento do cuidado ao ser humano idoso ostomizado em seu ambiente, ancorada pela Complexidade. Considera-se para isso que o ambiente que abriga esse ser humano comporta uma diversidade de sentimentos, emoções, experiências e vincula múltiplos conceitos e significados da relação do ambiente e o processo de cuidado frente à interface da Complexidade. Na ciência em construção Enfermagem, os campos do ensino, pesquisa e extensão/assistência podem conter o conhecimento da relação ser humano idoso ostomizado e ambientes de cuidado a partir de um olhar que vincula o conceito multidimensional apresentado pela Complexidade. Assim poderá ser proporcionada uma reforma do pensamento, considerando a visão da incerteza e a condição humana, na qual os ambientes/tecnologias constituem-se como parte do cuidado por abrigar as experiências/habilidades de cada idoso ostomizado.

Descritores: Idoso. Estomia. Cuidados de Enfermagem.

REFERÊNCIAS



1. Menezes APS, Quintana JF. A percepção do indivíduo ostomizado quanto a sua situação. Rev Bras Promoção da Saúde [Internet]. 2008 [citado 2016 ago 24]; 21(1): 13-18.
2. Morin, E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 9ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
3. Yin RK. Estudo de caso. Planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
4. Baggio MA, Erdmann AL, Dal Sasso GTM. Cuidado humano e gerontotecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2010[citado 2016 ago 22]; 19(2):378-385.
5. Koerich MS, Backes DS, Scortegagna HM, Wall ML, Veronese AM, Zeferino MT, et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2006 [citado 2016 ago 18]; 15 (Esp): 178-85.



EVOLUÇÃO DOS PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER

**Juliane Scarton, Laura Perim, Saul Ferraz de Paula, Liane Silveira da Rosa, Jeferson
Ventura, Hedi Crecencia Hekler de Siqueira**

Introdução: No Brasil, embora a constituição de 1988 tenha trazido muitos avanços na área social, muito ainda precisa ser feito, tanto em quantidade como em qualidade de serviços prestados a sociedade visando a diminuição da desigualdade social. A assistência à saúde ofertada pelo estado até a década de 1930 estava limitada às ações de saneamento e combate as endemias. Progressivamente, o estado vai acentuando sua intervenção no setor saúde e após a segunda guerra mundial, passa a assumir obrigações financeiras no que se refere a assistência da população ⁽¹⁾. Logo, o acesso a saúde não era universal, muito pelo contrário, o acesso a saúde centrava-se somente as pessoas que contribuía para a previdência social. Aos excluídos da Previdência Social restava a prestação dos serviços de saúde apenas na forma preventiva, estando à mercê dos serviços de instituições filantrópicas de saúde para os demais serviços médicos ⁽²⁾. A universalização dos serviços públicos de saúde foi resultado da influência do movimento sanitaria na Assembleia Constituinte de 1987. Um dos mais importantes atos políticos do chamado movimento sanitaria ocorreu entre 17 a 21 de março de 1986, em Brasília - DF, onde se realizou a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), tendo discutido, dentre outros temas, a reformulação do sistema nacional de saúde pública, sobretudo, com a ampliação da cobertura e dos beneficiários dos serviços de saúde ⁽³⁾. Após a VIII Conferência Nacional de Saúde, formulou-se o Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS) a partir de convênios entre o INAMPS e os Estados, esboço do Sistema Único de Saúde (SUS), trazido pela Constituição Federal de 1988 ⁽²⁾. Logo, a evolução das políticas públicas de saúde no Brasil perpassa um longo caminho de lutas em prol de uma assistência à saúde de toda a população e possui seu marco no ano de 1988 com a Constituição Federal, a qual define a saúde como de relevância pública, e direito básico de todos os cidadãos os quais conquistaram o direito e o dever de juntos participarem da definição e avaliação da política de saúde no Brasil nos diferentes níveis ⁽⁴⁾. No que diz respeito a saúde integral da mulher, esta



passou a fazer parte das políticas de saúde no Brasil a partir das primeiras décadas do século XX. Em paralelo com a luta pelas políticas públicas, também se buscava os direitos e a melhor condição de vida das mulheres. Nas décadas de 30, 40 e 50 a visão que se tinha da pessoa do sexo feminino era de cuidadora do lar e mãe. Na década seguinte, sob a influência de diversos países que passaram a controlar a natalidade, o estado começa a focar suas ações as mulheres em idade fértil. A década de 70 torna-se relevante nesse sentido, pelo “controle da natalidade”. O primeiro programa criado pelo governo voltado a esse grupo foi no ano de 1974 sendo, o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), o qual apresentava uma visão limitada sobre a mulher, baseada em sua função reprodutiva de gestar e parir, desassistindo à mulher nas outras fases da vida ⁽⁵⁾. Nesse sentido, a assistência à saúde da mulher por muitos anos ficou em segundo plano e, sendo o primeiro programa voltado para a função reprodutiva, ou seja, gestar e parir, este estudo volta-se para a evolução dos programas e políticas públicas voltados para questões reprodutivas, tendo como política norteadora a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM). **Objetivos:** Conhecer os programas e as políticas públicas voltadas à função reprodutiva da mulher no Brasil. **Metodologia:** Trata-se de uma reflexão, desenvolvida na disciplina de Programas e políticas públicas, oferecida ao curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGEnf/FURG), no 2 semestre de 2016. A discussão é sustentada por um eixo, sendo: *Evolução dos programas e políticas públicas de atenção à saúde reprodutiva da mulher*. Analisando e acompanhando a objetividade da criação e execução dos princípios e diretrizes das Políticas Públicas de Saúde, o governo lança a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (PNAISM). **Resultados e discussão:** Na perspectiva da integralidade, este programa revelou a necessidade da saúde das mulheres ser abordada em todos os ciclos e não apenas no período da gravidez ⁽⁶⁾. Este programa se torna singular à medida que redimensionou o significado do corpo feminino e marcou o início da inclusão dos conceitos de universalidade e integralidade às políticas públicas na área da saúde. A adoção deste programa enfatizou a utilização representou uma vitória da Reforma Sanitária, bem como marcou o seu pioneirismo, também no cenário mundial ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar ⁽⁷⁾. As ações eram dirigidas ao atendimento das necessidades de saúde do grupo em questão, a fim de que todo e qualquer contato que a



mulher viesse a ter com os serviços de saúde fosse utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde (BRASIL,1984). O PAISM abarcava ações voltadas para práticas educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher nos âmbitos clínico-ginecológica, gravídico-puerperal e no climatério, e envolvia também ações direcionadas ao planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), ao câncer de colo de útero e de mama e a outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres ⁽⁵⁾. Esse programa foi considerado um marco na luta pela igualdade de gênero, pois apontava para importância de constituir programas voltados à saúde da mulher, que englobassem ações dirigidas para além das questões reprodutivas. Portanto, outras demandas da população feminina que, até então, vinha sendo negligenciadas passaram a ser priorizadas ⁽⁵⁾. No ano de 2000, foi publicada a Política Nacional de Humanização ao parto e nascimento (PHPN), que possui como foco os direitos de cidadania e a garantia da melhoria ao acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto, puerpério e nascimento, sendo essas condições fundamentais para o cuidado humanizado à mulher e ao recém-nascido ⁽⁸⁾. Possui como alicerce a humanização, a atitude ética e solidária dos profissionais de saúde, a organização das instituições para garantir um ambiente acolhedor, a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos no parto e nascimento, a fim de evitar práticas intervencionistas e desnecessárias ⁽⁹⁾. Outra política criada foi a Política Nacional de Humanização (PNH), no ano de 2003 pelo Ministério da Saúde, a qual tinha como finalidade nortear as ações de humanização. Nessa perspectiva, a humanização era entendida como a valorização e o respeito aos sujeitos nos seus diferentes contextos, implicando na autonomia e no protagonismo desses, bem como na corresponsabilidade entre eles, estabelecimento de vínculos, tendo como enfoque norteador, as necessidades dos cidadãos e a promoção de saúde ⁽¹⁰⁾.

Implicações para a enfermagem: É fundamental o resgate histórico a cerca da evolução dos programas e políticas públicas de atenção à saúde reprodutiva da mulher, visto que, com base histórica e evolutiva torna-se mais fácil a execução de atividades que contemplam a necessidade real da população feminina desde o planejamento familiar até o puerpério.

Conclusão/ Considerações finais: Considera-se que a evolução nos programas e políticas públicas de atenção à saúde da mulher, ao que tange a função reprodutiva, desvelam-se em grandes conquistas. Conquistas essas que contemplam a mulher sob a ótica de um ser humano



digno de respeito e de cuidado, e não como objeto de reprodução. Contudo, embora se tenha uma evolução em tais programas e políticas, e não as desmerecendo, percebe-se que ainda se tem muito para colocar em prática, o que não vale apenas a saúde da mulher, mas de forma geral, para uma gama de políticas que não contemplam todas as ações firmadas. O PAISM busca intervir considerando as mulheres como seres humanos e cidadãos com direitos e deveres independente de seu sexo. Consequentemente, emerge também através do PAISM a preocupação com um trabalho eficaz e correto no que tange a integralidade na prática. Ou seja, proporcionar um serviço apontado como integral, em que os profissionais respondam de forma satisfatória o sofrimento apresentado pelas mulheres em seus diversos aspectos. Para tal, acredita-se ser necessário uma educação da população com vistas aos seus direitos, conscientização dos profissionais de saúde pelos direitos do cidadão, melhor gestão de recursos humanos e financeiros e ainda, mudança no modelo biomédico e políticas firmadas conforme a realidade de diferentes cenários.

Descritores: Saúde da mulher. Políticas públicas. Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Medice AC. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública de São Paulo; 1999.
2. Junior AP, Junior LC. Políticas públicas de saúde no Brasil. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v8, n.1, p.13-19, dez 2006.
3. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Mar. 17-21; Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde. 1986.
4. Brasil Constituição da República Federativa do Brasil. 1998.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília, DF, 1984.



6.Nunes, B., B.; Mendes, P., C. Políticas públicas de saúde e reprodutiva: contexto histórico na implicações na Maternidade de Uberlândia. Minas Gerais, Caminhos da Geografia. Mar/2015, p. 81-102.

7.Brasil Ministério da Saúde. Portaria nº. 2815, de 29 de maio de 1998. Institui o procedimento do parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde.

8.Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, p.47-8, 1998.

9.Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

10.Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa De Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, 2002.

11.Brasil Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.



O USO DE CRACK NA GESTAÇÃO: AÇÕES EM SAÚDE DESENVOLVIDAS PELOS ENFERMEIROS

Jeferson Ventura; Maria Helena Gehlen; Saul Ferraz de Paula; Juliane Scarton; Laura Fontoura Perim; Deisa Cabral dos Reis Semedo.

Introdução: Atualmente o uso de drogas, é uma realidade no cenário da saúde, sendo uma preocupação crescente na saúde pública, a cada ano as estatísticas evidenciam que o uso indiscriminado destas substâncias, além de todo o mal que causa a saúde, vem ocasionando conflitos familiares, envolvendo a violência verbal e física ⁽¹⁾. O consumo desenfreado das drogas psicoativas como crack, álcool, cocaína e merla, atingem ambos os sexos, as mulheres em idade fértil cada vez mais se tornam usuárias destas substâncias, sendo um dos desafios para as equipes de saúde realizar o atendimento, dos graves à mãe, ao feto e à sua família ⁽²⁾. As mulheres usuárias de drogas em especial o crack, podem vir a se prostituir para conseguir a droga e ter exposição ao sexo inseguro, podendo ocorrer uma gravidez indesejada acompanhada ou não das doenças sexualmente transmissíveis. E devido a isso o feto acaba se tornando um ser vulnerável a diversos problemas em sua formação e desenvolvimento podendo aumentar os riscos de problemas neurológicos e/ou psicológicos ⁽³⁾. O consumo do crack na gestação pode levar ao abortamento espontâneo e descolamento prematuro da placenta devido os efeitos vasoconstritores da droga ⁽⁴⁾. A gestante ao inalar o crack pode ter diversas consequências psicológicas e sociais podendo levar ao suicídio, a ruptura traumática de relacionamentos, descumprimento de obrigações sociais, depressão pós-parto, descuidando da sua aparência e higiene, violência, abandono da criança e maus-tratos ⁽⁵⁾. O uso do crack na gestação não acarreta problemas apenas à gestante, mas também ao conceito, pois a maioria dessas drogas ultrapassa a barreira placentária e hematoencefálica sem metabolização prévia, atuando principalmente sobre o sistema nervoso central do feto, causando má formação, déficit cognitivo e síndrome de abstinência ⁽⁶⁾. A negação do uso das drogas na gestação tem sido um desafio, as gestantes apresentam medo de serem julgadas pelas atitudes, não relatando a família e equipes de saúde suas condições, resultando nas dificuldades no



acolhimento e acompanhamento adequado as suas necessidades cognitivas, nutricionais, educativas, neurológicas e psiquiátricas na desintoxicação química, reabilitação e reinserção social ⁽²⁾. O acolhimento dessas pacientes gestantes usuárias de crack, necessitam de mudanças, no contexto sociocultural no qual o indivíduo está inserido ⁽⁷⁾, havendo assim necessidade de novas abordagens no cuidado da saúde das mulheres gestantes usuárias de crack, principalmente no campo da educação em saúde. Isto se dá pelo fato que as temáticas as quais os profissionais enfermeiros interferem apresentam-se complexas, exigindo dos profissionais um maior esforço para evitarmos simplificações reducionistas ⁽⁸⁾. **Objetivo:** Conhecer as ações em saúde dispensadas por enfermeiros às gestantes usuárias de crack. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que sintetiza estudos realizados sobre um tema específico, com o objetivo de Conhecer as ações em saúde dispensadas por enfermeiros às gestantes usuárias de crack. A seleção dos artigos foi realizada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com busca nas bases de dados na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). A busca dos estudos ocorreu no mês de julho de 2015, utilizando o operador booleano “and”, com os descritores, “Crack cocaína”; “Gestação” e “Cuidados de Enfermagem”, ambos indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Os critérios de inclusão foram artigos publicados em Periódicos nacionais, em português, disponível na íntegra. Os critérios de exclusão: pesquisas internacionais. **Resultados e discussão:** O uso de drogas, sendo elas lícitas ou ilícitas, na gestação pode ser percebido com o sentimento de culpa por parte das gestantes, a equipe de enfermagem necessita estar apta para orientar e escutar essas gestantes, procurando encaminhar para os serviços de orientações, para que elas reconheçam a sua condição de drogadição e eleja viver sem o uso da droga. As gestantes usuárias de crack muitas vezes têm menos acesso à assistência ao pré-natal, participações aos grupos de gestantes, apresentam maior risco de intercorrências obstétricas e fetais. Muitas dessas gestações são de alto risco, as mulheres apresentam também problemas emocionais, sentindo-se culpadas e reprimidas pela sociedade ⁽⁹⁾. Nesse contexto, o acolhimento deve ser prioridade a essas gestantes, sendo de fundamental importância o foco voltado à atenção familiar, destas usuárias de crack. Os profissionais da saúde são capazes de desenvolver métodos funcionais e traçar planos de ação em busca de resultados positivos na recuperação e reestruturação física e emocional destas gestantes amenizando os agravos recorrentes da



gestação e garantindo um melhor parto a mãe e bebê ⁽¹⁰⁾. Vale ressaltar que o pré-natal é um meio seguro do profissional da saúde identificar e interferir nos problemas que as drogas causam nas gestantes, buscando impedir ou minimizar os agravos ⁽¹¹⁾. É fundamental a criação de locais que possam receber essas gestantes antes e após parto, e para desenvolver ações de acompanhamento psicológico, para que a mesma possa ser inserida em programas visando a reabilitação por meio de terapias, que venha valorizar essa mulher que procurou assistência, que essa mesma ação desenvolva trabalhos com a família e que todos possam reatar os laços, e para que o tratamento seja mais eficaz. **Implicações para a Enfermagem:** Conhecer o cuidado oferecido às mulheres usuárias de crack na gestação, possibilita qualificar a condução no cuidado oferecido às mulheres gestantes, seu conceito e sua família, assim como, a reformulação de práticas que viabilizem o encontro das reais necessidades do grupo em questão. **Conclusão/considerações finais:** Considera-se de grande relevância as ações em saúde direcionadas às gestantes usuárias de crack, sendo que, a qualidade do período gestacional acarretará, além da condição saudável da mãe, também na qualidade da saúde do feto, mesmo após o nascimento. Estas mulheres precisam de um atendimento de qualidade, que pode se dar por meio das ações em saúde, visando evitar complicações. A dedicação e acolhimento da equipe de saúde são de extrema importância para que haja a reabilitação dessas usuárias, e reinserção na sociedade.

Descritores: Crack cocaína. Gestação. Cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Ballani TS, Oliveira MLF. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. *Texto & Contexto*. 2007; 16(3):488-94.
2. Zilberman ML, Hochgraf PB, Andrade AG. Gender differences in treatment-seeking Brazilian drug-dependent individuals. *Substance Abuse*. 2003; 24(1):17-25.
3. Nappo S. Mulheres e crack. Departamento de psicologia. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). 2011; Anais. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. São Paulo, SP.
4. Gomella TL. Neonatologia: manejo, procedimentos, problemas no plantão, doenças e



farmacologia neonatal. 5. ed. Artmed. V.1. Rio de Janeiro, RJ, 2006.

5. Ruoti Cosp M, Ontano M, Calabrese E, Airal di L, Gruhn E, Galeano J, et al. Uso y abuso de drogas durante el embarazo. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2009; 7(2): 32-44.

6. Yamguchi ET, Cardoso MMS, Torres MLA, Andrade AG. Drogas de abuso e gravidez. Rev Psiquiatr Clín. 2008; 35(1):44-7.

7. Margangoni SR, Oliveira MLF. Uso de crack por multipara em vulnerabilidade social: história de vida. Cienc Cuid Saude 2012 Jan/Mar; 11(1):166-172.

8. Brasil. Política do ministério da saúde. A Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2ª edição. Brasília – DF: 2004.

9. Kassada SD, Marcon SS, Pagliarin MA, Rossi RM. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. Acta Paul Enferm. 2013; 26(5):467-71.

10. Magalhães DEF, Silva MRS. Cuidados requeridos por usuários de crack internados em uma instituição hospitalar. REME. Rev. min. enferm. 2010; 14(3):408-415.

11. Rodrigues D, Nakano AM. Violência doméstica e abuso de drogas na gestação. Rev Bras Enferm, Brasília 2007; jan-fev; 60(1):77-80.



REPERCUSSÕES DO USO DE CRACK PARA A GESTANTE

Daiani Xavier; Giovana Calcagno; Fabiane Francioni; Ana Luiza Barcellos; Adrieli Quaresma;

Introdução: O avanço do consumo do crack vem trazendo à sociedade uma série de transtornos. O crack, substância psicoativa, surgiu no início da década de 1980, a partir da mistura de cloridrato de cocaína com água e bicarbonato de sódio, além de diversas substâncias tóxicas como gasolina e querosene. Trata-se de uma forma de cocaína que se disseminou no Brasil, oficialmente a partir de 1989 e promove intoxicação pulmonar¹. Além dos problemas respiratórios pela inspiração de partículas sólidas, sua ação estimulante leva à perda de apetite, falta de sono e agitação motora, desnutrição, desidratação e gastrite. Podem ser ainda observados sintomas físicos como rachadura nos lábios, cortes e queimaduras nos dedos das mãos e, às vezes, no nariz, além de ficar o usuário mais exposto ao risco social e de doenças². Com o avanço do uso de substâncias psicoativas, cada vez mais potentes, percebe-se que esse problema vem trazendo à população transtornos, como o aumento da violência, da criminalidade e da prostituição, dentre outros. [...] O Brasil tem o maior número de usuários de cocaína na América do Sul, sendo a dependência do crack um problema de saúde pública³. Neste contexto, constata-se grande número de mulheres dependentes, muitas gestantes. O uso de crack está associado à relação sexual desprotegida e a não realização do pré-natal⁴. Gestantes dependentes de crack referiram situações de dificuldades econômicas extremas agravadas pelo isolamento social e pela falta de relações sociais de apoio e de confiança, o que torna a vivência da gravidez mais difícil⁵. **Objetivos:** Objetivou-se conhecer quais são as repercussões do uso de crack para as gestantes. **Metodologia:** Este trabalho resultou da dissertação de mestrado intitulada “Repercussões do uso de crack para a gestante/puérpera, o recém-nascido e a família”⁶. Buscou-se manter enfoque nas repercussões que o uso de crack pode apresentar para gestantes. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa, cuja coleta de dados deu-se no primeiro semestre de 2014, através de entrevistas semiestruturadas, no Hospital

Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., vinculado à Universidade Federal do Rio Grande



(FURG). Os dados foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo. Participaram da pesquisa oito gestantes dependentes de crack. Como critérios de inclusão das gestantes foram utilizados: ser gestante dependente de crack; ter internado para ter o filho no HU no período da coleta dos dados; estarem lúcidas e orientadas e terem 18 anos ou mais. Foram excluídas as gestantes que estavam sob efeito do crack ou abaixo dos 18 anos. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da FURG e aprovado, mediante o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) nº23116.004322/2013-59, recebendo parecer favorável sob Protocolo nº135/2013. **Resultados:** Observou-se que as gestas de mulheres dependentes de crack ocorrem devido às relações sexuais desprotegidas, as quais, muitas vezes, acontecem sob efeito da droga. Algumas gestantes não sabiam nem como e onde engravidaram, em decorrência dos efeitos da droga. “Com o uso da droga não lembro como e nem onde engravidei. Sei que foi com meu namorado. Acho que foi numa festa. Descobri que estava grávida quando minha menstruação parou”(G1). Além disso, como muitas mulheres se prostituem a fim de conseguir a droga, é comum engravidarem após relação sexual desprotegida com um cliente. “Trabalho como profissional do sexo transei com alguns clientes sem preservativo, devido ao uso exagerado do crack que me fez perder a noção de cuidado durante o sexo.”(G2). Nota-se que as alterações fisiológicas da mulher durante a gestação ocorrem de forma diferenciada nas dependentes de crack. Ao invés de ganharem peso durante a gestação, cinco dependentes referiram o oposto. “Como o crack é uma droga agressiva, somada a minha gravidez ao longo do período perdi cada vez mais peso. Não tinha fome”(G7). A gestação mostrou-se motivadora para a tentativa de diminuição do consumo do crack pelas dependentes, porém, as crises de abstinência causavam-lhes intenso mal estar e dor. “Usei crack durante toda a gestação. Diminui o consumo, mas continuei a fazer o uso. Tinha crises de abstinência. Ficava deprimida, agoniada e chorona. Me sentia mal. Tinha dores na cabeça, coluna, pernas e braços. Eram dores que me faziam gritar e gemer sem parar. Quando estava desestabilizada e enlouquecida, mesmo grávida, fumava o crack para passar meu mal-estar”(G2). Duas participantes deixaram de trabalhar como profissionais do sexo, assim que souberam do diagnóstico da gravidez, buscaram auxílio no companheiro e familiares durante esse período. Sete participantes não realizaram o pré-natal, dentre os motivos estavam: o desinteresse pela gravidez por conta do vício pelo crack; a preguiça de comparecer na consulta agendada; e o medo de que o médico descobrisse que eram



dependentes de crack e as denunciasses à polícia e ao conselho tutelar, levando-as a serem presas ou perderem a guarda dos filhos. **Discussão:** A realização deste estudo mostrou que o uso de crack proporciona como repercussão para a gestante a gravidez não planejada, resultante de relações sexuais desprotegidas. Além disso, a dependência química pelo crack passa a ser uma doença crônica que altera o viver da gestante por sua característica recidiva que envolve busca e abuso pela droga, além dos distúrbios biopsicossociais à saúde materna. Mesmo diante dessas adversidades, sentem-se influenciadas pela gestação a abandonar comportamentos de risco, como a prostituição. Algumas realizam o pré-natal e buscam comprometer-se com uma relação conjugal estável com o marido ou companheiro⁷. Gestantes dependentes de crack tendem a adquirir doenças infecciosas como a tuberculose, HIV/aids, hepatite e o HPV, especialmente aquelas que vivem nas ruas, sem moradia. Nestas gestantes, existe a tendência ao parto normal, sem dificuldades para a expulsão do bebê. Nesse sentido, um momento crítico para essas gestantes passa a ser o período periparto, devido à exposição a riscos de intercorrências clínicas graves, advinda das crises de abstinência do crack. Grande parte desses riscos está relacionada à intoxicação aguda pela droga no momento da internação. O estresse relacionado ao início das contrações regulares, muitas vezes, sem dilatação e o padrão de consumo pesado da droga, aumentam as chances de intoxicação aguda, no primeiro período do trabalho de parto. Além disso, essas dependentes de crack podem apresentar hipotensão refratária ao uso de efedrina, trombocitopenia relacionada à droga, percepção alterada da dor com eficácia diminuída da analgesia ou anestesia e dificuldades técnicas relacionadas a comportamento agressivo das pacientes⁸. **Conclusão:** Conclui-se que a dependência de crack durante a gestação é um problema grave de saúde pública. A problemática de gestantes usuárias de crack é complexa, exigindo do profissional enfermeiro preparo para seu enfrentamento: é preciso atuar na prevenção da gravidez dessas mulheres e do seu contágio por infecções transmitidas sexualmente, saber orientar a mulher acerca dos cuidados com o bebê e verificar aqueles em risco social para fazer os devidos encaminhamentos, garantindo sua segurança e cuidado. **Contribuições para enfermagem:** Espera-se que a pesquisa contribua para a reflexão e conscientização acerca da temática e a tomada de decisão de cada profissional, identificando e aplicando intervenções terapêuticas eficazes e eficientes para a gestante dependente de crack.

Descritores: Enfermagem. Gestantes. Cocaína. Crack.



Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. O crack: como lidar com este grave problema. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Substâncias psicoativas do Ministério da Saúde, 2009a.
2. Bernardes-Filho F, Silva YBd, Martins LG, Sasso LS, Abreu MAMMd. Fingertip and nasal tip thermal burn in crack cocaine user. An. Bras. Dermatol. [Internet]. 2013 Oct [cited 2017 May 02] ; 88(5): 850-852. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962013000500850&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20132821>.
3. United Nations Office On Drugs And Crime. World Drug Report. 2013. Disponível em: https://www.unodc.org/.../lpo.../2013/Apresentacao_final_WDR_13.pdf
4. Metsch LR; Miller TL; Lipshultz SE. et al. Hospitalized HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. American Journal of Public Health and the Nation's Health. 2009; 99 (6): 1045-49.
5. Daniulaityte R; Carlson RG. “To numb out and start to feel nothing”: experiences of stress among crack-cocaine using women in a Midwestern city. Journal of Drug Issues. 2011; 41 (1): 1-24.
6. Xavier DM. Repercussões do uso de crack para a gestante/puérpera, o recém-nascido e a família. Rio Grande.-RS. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG, 2014.
7. Nephew BC; Febo M. Effects of cocaine on maternal behavior and neurochemistry. Current Neuropharmacology. 2012; 10 (1): 53-63.
8. Martins-Costa SH; Vettorazzi, J; Cecin, GKG. et al. Crack: a nova epidemia obstétrica.



Revista HCPA. 2013; 33 (1): 55-65.



A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Aline Bandeira das Neves; Júlia Moraes Mendes; Melissa Guterres Costa; Giovana de Pires Nunes; Fabiane Ferreira Francioni; Nalú Pereira da Costa Kerber

Introdução: A presença de um acompanhante é uma prática que foi incorporada no movimento em direção à humanização do processo de nascimento, fornecendo aspectos positivos, tanto para os profissionais de saúde como para os pais e os recém-nascidos. ¹Embora o homem não sofra alterações em seu corpo decorrente da gestação, quando se faz presente pode contribuir de maneira significativa ao oferecer um suporte adequado para a sua companheira. Através desta forma, entendemos que há uma grande importância da participação do acompanhante no ciclo gravídico-puerperal tanto para as gestantes, quanto para os próprios companheiros. No intuito de participação ativa do familiar, influenciando de maneira positiva durante o enfrentamento das diversas fases do período gravídico-puerperal, é importante que possamos instrumentaliza-los a cerca de assuntos que venham a somar favoravelmente ao período tanto da gravidez, parto e puerpério. Pensando nisto, considerando a assistência pautada no princípio da integralidade, não é possível pensar em saúde sem, simultaneamente, pensar em educação e na relação existente entre ambas. Portanto, entende-se que o cuidado associado às práticas promovidas pela educação em saúde visa compartilhar conhecimentos teórico-práticos de forma horizontal, possibilitando ao profissional enfermeiro o papel de cuidador e educador, agregando o saber científico ao saber fazer popular². Deve-se considerar a educação em saúde como instrumento importante para o cuidado de enfermagem prestado à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Portanto, a justificativa deste trabalho relaciona-se com a importância de que o profissional enfermeiro desenvolva ações de educação em saúde, a fim de instrumentalizar a mulher e família, reforçando a relevância do acompanhamento à mulher no ciclo gravídico-puerperal. **Objetivo:** Identificar a importância do acompanhamento familiar às mulheres em seu ciclo gravídico-puerperal. **Metodologia:** Trata-se de um recorte de estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório



descritivo, intitulada “Grupo de gestantes: a contribuição para a mulher no ciclo gravídico-puerperal”, com o objetivo de conhecer a real contribuição do grupo para a mulher no ciclo gravídico-puerperal. O local de estudo foi o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Junior (HU), da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), localizado no município do Rio Grande/RS. A coleta de dados foi realizada após a aprovação da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa na área da saúde, obtendo parecer de número 64/2016. O contexto investigativo foi o grupo de gestantes que acontece nesse local, o qual foi implantado pelo Grupo de Pesquisa Viver Mulher em 2015, sendo realizado por meio de encontros semanais, as terças-feiras, às 19 horas, em uma sala de aula da área acadêmica do campus saúde. Participam deste, docentes e discentes de cursos de graduação e pós-graduação da Escola de Enfermagem e Faculdade de Medicina, profissionais da área da saúde do HU e da Coordenação Municipal de Saúde da Mulher, os quais realizam uma abordagem sobre temáticas estabelecidas a cada semana, em cronograma traçado previamente. O público alvo refere-se às gestantes, puérperas e seus respectivos familiares. Os temas são distribuídos, semanalmente, em: Desenvolvimento do feto e da gestação; Pré-Natal e Higiene da gestante e puérpera; Aspectos psicológicos na gravidez; Nutrição e hidratação da gestante; Direitos da gestante e atividade sexual; Atividade física na gestação; Parto (sinais, tipos, preparação, preparo da mala, técnicas não farmacológicas para alívio da dor, etc); O auxílio da Doula; Cuidados no Puerpério; Cuidados com o recém-nascido (banho, cuidados com o coto, choro, cólicas, vestuário e vacinas); Problemas mais comuns com recém-nascido; Aleitamento Materno e Alimentação do bebê. Participaram deste estudo, vinte mulheres, que frequentaram o grupo de gestantes e vivenciaram o parto até a primeira quinzena de julho de 2016., com presença, computada no livro de registros do grupo, de no mínimo 03 encontros e ganho seus filhos de agosto de 2015 a julho de 2016, quando já vivenciado os 10 primeiros dias de puerpério. Entre os critérios de inclusão encontravam-se: Mulheres puérperas que participaram do grupo de gestantes; Mulheres que tivessem vivenciado o processo de nascimento de seu(s) filho(s) de tanto a tanto; Presença computada em no mínimo, três (03) encontros. **Resultados:** As mulheres enfatizaram a troca de experiências durante os encontros como fundamental para que elas e os parceiros pudessem aprender cada vez mais sobre os cuidados básicos no ciclo gravídico-puerperal. A participação do familiar durante os encontros foi evidenciada como uma forte contribuição positiva para o enfrentamento dos mais diversos



períodos, das fases do ciclo gravídico-puerperal (principalmente puerpério), para auxiliar nos cuidados futuros, de modo a que, pudessem enfrentar as diversas situações do dia a dia de forma mais tranquila, salientando a rede de apoio familiar fundamental³. Percebe-se que em algumas falas, as puérperas ressaltam a importância da família em entender o que está se passando com a mulher de forma a poder auxiliá-las a enfrentar melhor os momentos de cada fase e o processo de cuidado de seu filho. Além disso, salientam a importância da participação do familiar aos encontros, como forma de se atualizarem acerca dos conhecimentos envolvendo os temas do ciclo gravídico-puerperal e minimizar conflitos familiares. Pelas falas das depoentes, evidencia-se que também há uma exigência por parte dos familiares de que esta mulher precise estar sempre feliz pelo nascimento de um filho, já que é um acontecimento muito especial, porém, muitas vezes estas mulheres encontram-se surpresas e inseguras com essa nova fase, então levar os familiares a entenderem aspectos básicos sobre esse período faz com que enfrentem o período com mais atenção, fornecendo um real suporte, principalmente emocional à essa mulher que passou ou ainda passará por inúmeras mudanças físicas, emocionais, hormonais, etc. **Discussão:** A abordagem do profissional de saúde não se deve restringir apenas à assistência curativa e sim, buscar dimensionar fatores de risco relacionados à saúde que possam comprometer de fato a integralidade do indivíduo, por meio da execução de práticas preventivas e de promoção, a exemplo da educação em saúde⁴. O estudo nos mostra que a gestante necessita de um apoio familiar ativo durante todo ciclo gravídico-puerperal. Reforçam-se os benefícios do acompanhamento de pessoas próximas que contribuirão neste novo período de vida da puérpera. E isto faz parte da construção do Curso de Gestantes, onde ficou explícito a necessidade de acompanhamento no curso como forma de instrumentalizar os familiares para o cuidado e o auxílio às mulheres no puerpério para que elas vivenciem de forma mais tranquila e segura a gestação, parto e puerpério. Com as informações aprendidas no curso os acompanhantes puderam solidificar-se e diminuir seus medos em relação aos cuidados que deveriam prestar ao recém-nascido. O puerpério é um momento que envolve muitas modificações na vida da mulher, desde o retorno de seu corpo através de modificações físicas para o aspecto anterior a gestação, como também se torna um período de grande intensidade, instabilidade emocional, dúvidas. Por isto, a mulher necessita de cuidado, proteção e atenção. **Conclusão:** Através disto, conseguimos entender que a importância do acompanhamento familiar no ciclo gravídico puerperal é muito significativo



para que tanto as mulheres, quanto a família possa se instrumentalizar, aperfeiçoar suas habilidades e aprender cada vez mais sobre esta nova fase. Em vistas aos resultados encontrados, conclui-se que as atividades de educação em saúde realizadas por meio do grupo de gestante, contribui positivamente para mulher e família durante o ciclo gravídico-puerperal, pois além de ser um ambiente de troca e aprendizado, reforça a importância e os benefícios da participação ativa do familiar/parceiro no acompanhamento dessa mulher seja nas consultas de pré-natal, quanto na participação de grupos de gestantes.

Contribuições/Implicações para a enfermagem: Tendo em vista o profissional enfermeiro, como facilitador e educador em saúde, essas ações de promoção e prevenção devem ser melhor exploradas e divulgadas, como por meio da realização de grupos de gestantes. Os profissionais devem instrumentalizar essa mulher e família a procurarem participar dessas ações de educação em saúde, no intuito de promover maior segurança, tranquilidade e esclarecimento quanto às informações, para o melhor enfrentamento das inúmeras situações que permeiam o ciclo gravídico-puerperal. É de extrema importância que os profissionais se conscientizem dos benefícios dessas ações e implementem ações de educação em saúde, em todos os espaços possíveis, a fim de oferecer uma assistência baseada nos princípios de integralidade e qualidade para a mulher e sua família que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal.

Descritores: Enfermagem. Educação em saúde. Enfermagem Materno-infantil.

REFERÊNCIAS

- 1.COSTA, Melissa Guterres. GRUPO DE GESTANTES: A CONTRIBUIÇÃO PARA A MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL. 96 fls. 2016. Trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem (TCC). Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande – FURG.
- 2.DODOU H.D, RODRIGUES D.P, GUERREIRO E.M., GUEDES M.V.C, LAGO P.N, MESQUITA N.S. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** 18(2) Abr/Jun 2014.



3.GUERREIRO E.M, RODRIGUES D.P, QUEIROZ A.B.A, FERREIRA M.A. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 67, n. 1, p. 13-21, 2014.

4.SOUZA, I. P. M. A, JACOBINA, R. R. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. **Revista Baiana de Saude publica**. V. 33, n. 04, p. 618-627, 2009.



VIVÊNCIAS ACADÊMICAS EM UM CENTRO OBSTÉTRICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA DISCIPLINA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA MULHER

TAROUCO, Vanessa da Silva; MATTOS, Larissa Merino de; ARRUDA, Caroline Passos; MINASI, Alex Sandra Avila; FRANCIONI, Fabiane Ferreira; SOUZA, Catharine Silva de

INTRODUÇÃO: O parto é considerado um acontecimento natural, em que cada mulher o vivencia de maneira diferente, desse modo os profissionais devem respeitar a individualidade de cada parturiente¹. A gestação é vivenciada de maneira especial na vida da mulher, cada uma com suas vivências transformam o parto em um processo cultural, pois reflete os valores históricos e sociais prevalentes em cada sociedade. O modelo atual de atenção ao parto e nascimento no Brasil traz como caracterização o excesso de intervenções tirando da mulher o poder de condução do mesmo, o que tem contribuído significativamente para o aumento de taxas de partos cesáreos e a morbimortalidade materna e perinatal². A humanização da assistência ao parto inclui aspectos relacionados a modificações do ambiente hospitalar, com a organização de cuidados voltados para atender as necessidades das mulheres e de suas famílias. Contudo, a atuação dos profissionais torna-se essencial, oferecendo suporte emocional à mulher e seus familiares, reconhecendo e respeitando aspectos sociais e culturais do parto e do nascimento³. A vivência do parto tem influência diversificada na vida das mulheres. Algumas tendem a optar pelo parto normal em função da experiência positiva que outras tiveram. Entretanto, há relatos de que o parto pode ser uma experiência estressante, onde as mulheres estão sujeitas a sentirem medo, dor, angústia, insegurança e ansiedade. Nesse sentido, ao passarem por diversas experiências que este momento pode gerar, elas recebem o apoio dos profissionais da saúde que atuam para atenuar o estresse emocional e o desconforto à parturiente^{4,5}. Assim, a atuação da enfermeira obstetra ao parto indica melhor desempenho para a redução de intervenções médicas desnecessárias, oferecendo cuidado integral à parturiente². Entretanto para prestar a assistência baseada na sua capacitação, o profissional durante sua formação, deve ser orientado quanto às ações específicas na área



obstétrica, compartilhando com o professor experiências, dificuldades e o conhecimento adquirido, possibilitando seu comprometimento com a qualidade do cuidado de Enfermagem Obstétrica⁶. Observamos em nossa prática, que o acadêmico, ao cursar a disciplina Assistência de Enfermagem na Saúde da Mulher passa por um período de ansiedade acerca do processo de compreensão do que fazer para melhor cuidar de uma mulher em trabalho de parto bem como assistir ao parto. **OBJETIVO:** O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de atividades realizadas por acadêmicas do curso de enfermagem na disciplina de Enfermagem na Saúde da Mulher. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo por meio de um relato de experiência de atividades vivenciadas em um Centro Obstétrico pela disciplina Enfermagem na Saúde da Mulher do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), durante o acompanhamento das parturientes admitidas em trabalho de parto. O grupo que realizou a assistência às parturientes era composto por seis acadêmicos de enfermagem, sob a coordenação e orientação de duas docentes em um Centro Obstétrico do Hospital Universitário, Miguel Riet Corrêa Jr. As atividades foram desenvolvidas no período compreendido entre os meses de outubro e novembro de 2016. As acadêmicas realizavam o acompanhamento das gestantes, administrando medicações conforme a prescrição médica, orientando e oferecendo a elas os métodos não farmacológicos de alívio da dor e supervisionando os sinais vitais do binômio (mão/bebê). **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A partir das atividades realizadas no Centro Obstétrico, as acadêmicas desempenharam um processo de cuidado de qualidade buscando os conteúdos relacionados à temática e atendendo as demandas da unidade. Desta maneira, as acadêmicas mostraram-se preparadas e envolvidas neste processo, obtendo resultados positivos diante das técnicas realizadas, as parturientes interagiram com as acadêmicas, acolhendo todas as orientações que lhes eram transmitidas. Além disso, as acadêmicas também tiveram a oportunidade de experimentar diversas emoções, principalmente de assistir o parto e descobrir todas as sutilezas deste para seu conhecimento pessoal e profissional, sentindo-se capaz de acompanhar a mulher parturiente. **CONCLUSÃO:** Ao realizar o presente trabalho observamos que assistir ao parto, tem um significado diferente para os acadêmicos, ao refletir, checar e reagrupar as peculiaridades de cada gestante, estes direcionam suas decisões quanto ao agir diante da mulher em trabalho de parto e parto. Vislumbrar o parto, o nascimento, e, ao mesmo tempo, realizar os procedimentos técnicos, é uma experiência emocionante e de extrema importância



para a formação do acadêmico, visto que a enfermagem tem um campo com diversas áreas de atuação. A assistência de Enfermagem na área da mulher possui uma visão holística. Inserido neste contexto assistencial, o acadêmico de Enfermagem deve sentir-se ativo e participativo no campo de prática no intuito de uma maior articulação e um melhor envolvimento com os profissionais, enriquecendo seu desempenho acadêmico.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: De acordo com a percepção dos estudantes, esta disciplina proporcionou um auxílio na construção do conhecimento dos acadêmicos, para futuras práticas dentro da profissão de enfermagem, visto que a assistência e o cuidado fazem parte do cotidiano do acadêmico. As vivências dos acadêmicos de enfermagem no contexto do Centro Obstétrico possibilitaram uma boa condução para melhorar os fatores da saúde materna que atuam negativamente durante o ciclo gestacional, influenciando diretamente os resultados na assistência do pré-natal de qualidade. Da mesma forma, percebemos que muitas das complicações que podem ocorrer ao longo do trabalho de parto e no momento do parto foram reduzidas a partir da interação do cuidado de forma apropriada. Assim, as várias práticas utilizadas na assistência à gestação e ao parto vem sendo promotoras das experiências exitosas nos processos obstétricos e são efetivadas pela redução de desfechos perinatais negativos. O investimento na humanização da assistência e a utilização de boas práticas obstétricas têm sido extremamente válidas, tanto para o acadêmico que apreende e vivencia este processo, como para a mulher que vive a parturição e sente-se empoderada. Assim, fica clara a importância do enfermeiro obstetra prestar uma assistência integral e com competência técnica e científica, capaz de mensurar as necessidades humanas, para se utilizar as condutas preconizadas pelo MS e OMS. Percebemos, por fim que esta atividade também nos possibilitou o crescimento dos acadêmicos na construção de estratégias direcionadas ao cuidado humanizado para atender às necessidades das gestantes, e incentivou a busca incessante da qualidade e da humanização da assistência de enfermagem.

Descritores: Trabalho de parto; Enfermagem; Saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

1. Mafetoni RR, Shimo AKK. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. Revista Mineira de Enfermagem. 2014; 18(2):505-520.



2. Vieira MJO, Santos AAP, Silva JMO, Sanches METL. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. Rev. Eletr. Enf. 2016; In: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36714>.
3. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Rev ciência e saúde coletiva. 2005; 10(3): 669-705.
4. Pimenta LF, Ressel LB, Santos CC, Wilhelm LA. Women's perception of the choice of mode of delivery: a descriptive study. Online Braz J Nurs [Internet]. 2013 [citado 2016 dez 28];12(1):135-44. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3963>.
5. Almeida NAM, Oliveira VC. Estresse no processo de parturição. Rev Eletr Enf. [Internet]. 2005 [citado 2016 dez 28];7(1):87-94. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/850/1027>.
6. Carvalho FAM, Pinheiro AKB, Ximenes LB. Assistir à parturiente: uma visão dos acadêmicos de enfermagem. 2010; 11(1): 86-93.



RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM NA VISITA DOMICILIAR A PUÉRPERA NA DISCIPLINA DE SAÚDE DA MULHER

ARRUDA, Caroline Passos; MATTOS, Larissa Merino de; TAROUCO, Vanessa da Silva; MINASI, Alex Sandra Avila; FRANCIONI, Fabiane Ferreira; SOUZA, Catharine Silva de

INTRODUÇÃO: O puerpério, tempo de seis a oito semanas após o parto, didaticamente, pode ser dividido em três períodos, sendo: imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia)¹. A mulher no pós-parto necessita de uma assistência profissional em conjunto com um cuidado holístico, visto que é uma fase de transformações físicas, biológicas e psíquicas. As ações educativas devem basear-se na escuta ativa, acolhimento e valorização das especificidades das mulheres que sabidamente são influenciadas por expectativas sociais relativas à maternidade². Além disso, a mulher encontra-se em uma rotina diferente, pois agora além de suas atribuições já existentes, ela precisa cuidar do filho em meio a dúvidas e desconhecimentos desta nova etapa. Pelo fato do período puerperal se tratar de uma fase que gera insegurança, independentemente de ser ou não a primeira experiência como mãe, é importante que os profissionais de saúde tenham sensibilidade o bastante para identificar quais são as reais necessidades destas mulheres, principalmente em ambiente domiciliar³. A enfermagem tem importância no período puerperal, pois desenvolve um processo educativo que fornece conhecimento a mulher para o autocuidado e cuidado com o recém-nascido durante as visitas domiciliares. Os profissionais tendem a priorizar aspectos imediatos da assistência, excetuando a atividade educativa e o preparo para alta, bem como a previsão de problemas que ocorrerão no domicílio e como solucioná-los, tornando a transição do hospital para o domicílio algo desafiador para a equipe de enfermagem⁴. A visita domiciliar é uma forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao indivíduo, à família ou à coletividade que é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais locais, visando à maior equidade da assistência em saúde⁵. Este instrumento é de suma importância a atenção básica a saúde, oportunizando o fortalecimento dos vínculos



entre o paciente e o profissional. A visita também proporciona o conhecimento da realidade do indivíduo e de sua família, além de promover um atendimento educativo e assistencial. Assim, a visita puerperal tem diversos objetivos, como, avaliar o estado de saúde da mulher e do RN, a interação entre eles e orientar a família sobre os cuidados básicos com o RN. Por conseguinte, identificar possíveis intercorrências, visto que, a morbidade e mortalidade materna e neonatal ocorrem na primeira semana do pós-parto. O interesse por essa temática surgiu ao cursar a disciplina Enfermagem na Saúde da Mulher, pois percebemos que a visita domiciliar é extremamente relevante a puérpera e ao recém-nascido, visto que nesta etapa existem muitas dúvidas e inseguranças. **OBJETIVO:** O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de atividades realizadas nas visitas domiciliares por acadêmicas do curso de enfermagem na disciplina de Enfermagem na Saúde da Mulher. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo por meio de um relato de experiência de atividades vivenciadas nas visitas domiciliares na disciplina Enfermagem na Saúde da Mulher do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). A seleção das puérperas foi realizada durante aulas práticas na maternidade, não contendo nenhum critério de exclusão. O grupo que realizou as visitas domiciliares era composto por acadêmicos de enfermagem, sob a coordenação e orientação das docentes da disciplina. As atividades foram desenvolvidas no período compreendido entre os meses de outubro e novembro de 2016. As acadêmicas nas visitas realizaram anamnese, exame físico e verificação dos sinais vitais na mãe e no bebê, também foram realizadas orientações a mãe sobre autocuidado, cuidados com o recém-nascido e aleitamento materno. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O acompanhamento da mulher durante o puerpério é de suma importância. Através das visitas realizadas as acadêmicas perceberam que diversas puérperas tinham dúvidas em relação aos cuidados como o bebê e o aleitamento, também observaram a dificuldade da mãe em retomar a sua rotina, visto que elas queriam oferecer atenção integral ao recém-nascido. Durante as conversas com a mãe as acadêmicas esclareceram as dúvidas pré-existentes, orientaram cuidados com as mamas, com o objetivo de evitar fissuras e rachaduras, estimularam o aleitamento materno, o cuidado com a incisão cirúrgica e promoveram o autocuidado da mulher. Nos cuidados com o recém-nascido foi orientado sobre banho, troca de fraldas, coto umbilical e sono e repouso. Além disso, foi possível perceber que em certas famílias a mãe sofre muita pressão, visto que os familiares por acharem a ela inexperiente querem realizar o cuidado ao bebê sem



considerar a opinião da mãe. **CONCLUSÃO:** O puerpério constitui-se como um momento de fragilidade e os profissionais de saúde deverem desempenhar um cuidado à mãe e ao recém-nascido. Observou-se que há necessidades de cuidado no puerpério, pois diversas mulheres que receberam a visita domiciliar apresentaram várias dúvidas. Para as acadêmicas de enfermagem as visitas foram significativas, em razão de que foi possível esclarecer as puérperas e transmitir o conhecimento adquirido na disciplina. Além disso, foi uma experiência nova, pois esta disciplina viabilizou o contato com os pacientes fora do ambiente hospitalar, oportunizando o conhecimento sobre o meio em que o paciente está inserido, sendo possível assim promover um cuidado holístico à puérpera e ao recém-nascido. Portanto, as visitas domiciliares fortalecem o vínculo afetivo e diminuem o sentimento de insegurança, muitas vezes apresentado pelos pais nessa situação. Além disso, foram de suma importância, já que proporcionaram às acadêmicas uma experiência enriquecedora.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM: As acadêmicas acreditam que as visitas domiciliares foram relevantes para a construção do conhecimento profissional nesta área, já que, proporciona uma aproximação entre os profissionais da área da saúde e a estrutura familiar. Através das visitas é possível conhecer mais sobre o paciente e o meio em que este está inserido, garantindo que o cuidado atenda às reais necessidades do paciente. Além disso, o enfermeiro por meio do espaço das visitas é capaz de proporcionar ações educativas e promover a saúde para todos que residem no domicílio. Essa experiência possibilitou aos acadêmicos conhecer mais sobre o papel do enfermeiro neste ramo da enfermagem que pode ser composto por uma equipe multidisciplinar, a fim de diversificar e integrar o conhecimento em busca de uma melhor qualidade de vida para o paciente.

Descritores: Visita domiciliar; Enfermagem; Saúde da Mulher.

REFERÊNCIAS

- 0 Ministério da Saúde (BR), 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. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- 1 CORREIA, Teresa Isaltina Gomes; PEREIRA, Maria de Lurdes loureiro. Os cuidados de



enfermagem e a satisfação dos consumidores no puerpério. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 17, n. 1, p. 21-9, mar. 2015. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/fen/article/view/28695>>.

·2 BERNARDI, M. C.; CARRARO, T.E.; SEBOLD, L. F. Visita Domiciliária Puerperal como Estratégia de Cuidado de Enfermagem na Atenção Básica: Revisão Integrativa. Rev Rene, Fortaleza, 2011; 12(n. esp.):1074-80.

·3 Maynard GOCW. Kirsh SR. Perioperative care of the geriatric patient with diabetes or hyperglycemia. Clin Geriatr Med. 2008 nov.; 24(4):649-65.

-4 CECCIM, Ricardo Burg; MACHADO, Neusa Maria. Contato Domiciliar em Saúde Coletiva. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, s/d. 7p.



PRÁTICA EDUCATIVA COM PÚERPERAS: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA A REDUÇÃO DO DESMAME PRECOCE

Aline bandeira das neves; Eloisa da Fonseca Rodrigues; Fabiele Dias Dresch; Giovana de Pires Nunes; Melissa Guterres Costa; Victoria Leslyê Rocha Gutmann.

INTRODUÇÃO: O leite materno apresenta propriedades nutricionais e imunológicas, tornando-se o alimento ideal para o recém-nascido (RN), inclusive comprovadamente superior a outros tipos ou fórmulas lácteas.⁽¹⁾ A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses e complementado até os dois anos ou mais, pois reduz os riscos de mortalidade infantil, protege contra doenças, auxilia no adequado desenvolvimento cognitivo e físico da criança e promove o vínculo afetivo com a mãe. Entre as vantagens para mulher estão: rapidez na recuperação pós-parto, proteção contra diabetes tipo II, anemia, osteoporose e câncer de mama e de ovários e garantia de economia, tendo em vista os gastos com a compra de leite, mamadeiras, bicos, além de eventuais gastos decorrentes de doenças, mais comuns em crianças não amamentadas.⁽¹⁾ Desde 1992 o Ministério da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância certificam na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) instituições que cumprem os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Os Dez Passos cumprem o objetivo central de mobilizar e capacitar os profissionais de saúde para mudarem rotinas e condutas inadequadas que possam prejudicar a amamentação e determinar um desmame precoce.⁽²⁾ O Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Jr (HU) é comprometido com a IHAC desde 2002, oferecendo às usuárias todo apoio ao aleitamento materno (AM). Entre as formas de compromisso com a IHAC está o Projeto Sinaleira da Amamentação, que surge em 2012 vinculado à Escola de Enfermagem da FURG e opera em parceria com o Banco de Leite Humano do HU. **OBJETIVO:** Demonstrar a prática com gestantes e puérperas da maternidade do HU do projeto sinaleira da amamentação, acerca da importância da desconstrução de crenças e mitos que contribuem para o desmame precoce e prejudicam o aleitamento materno. **METODOLOGIA:** O projeto tem como público-alvo puérperas e gestantes internadas na maternidade do HU. Utiliza o sistema da Sinaleira da Amamentação, que se baseia nas cores vermelha, amarela e verde. A



cor vermelha indica presença de dificuldade, a amarela revela ainda a instabilidade no processo de amamentação e verde quando o RN está mamando sem nenhum problema associado. Tal sistema permite visualizar através de botões em um painel de nomes e leitos da unidade, o qual toda a equipe de saúde na monitoração do binômio mãe-bebê é envolvida. O grupo de trabalho é composto por Enfermeira da Escola de Enfermagem, discentes de enfermagem e nutricionista do HU. O estudo quanto aos mitos presentes durante a atuação do projeto foi realizado no período de agosto até novembro de 2016. **RESULTADOS:** Durante as práticas buscamos orientar, preparar e incentivar as gestantes e puérperas a amamentar, evitando o desmame precoce. Bem como, intencionamos contribuir para o envolvimento da equipe de saúde da maternidade no apoio ao AM. Durante as visitas, são realizados alguns questionamentos como, por exemplo, realização do pré-natal e orientações recebidas sobre amamentação e, após, a mamada é avaliada. Além disso, a puérpera é orientada quanto ao colostro, à ordenha manual do leite, uso do próprio leite como cicatrizante, no caso do aparecimento de fissuras, e medidas para evitar o ingurgitamento das mamas. Através das informações busca-se evitar o surgimento de crenças e mitos acerca do AM. É comum a observação de atitudes baseadas em crenças e mitos, as quais prejudicam a amamentação. Não raras às vezes, encontra-se o aconselhamento de familiares para serem seguidos pela mãe, muitos desses distorcidos. Esse tipo de situação traz dificuldades para a atuação do projeto. Além de ser uma oportunidade, uma vez que a orientação correta ou mais adequada não será apenas para a puérpera, mas também para seus familiares. **DISCUSSÃO:** A promoção do AM é de extrema importância para o bebê e para a mãe, como também para a família e o Estado, pois a amamentação está relacionada com o custo, com a praticidade, o estímulo ao vínculo mãe-filho, prevenção de complicações e a desoneração do sistema de saúde.⁽³⁾ Porém, muitas são as barreiras até o alcance do efetivo processo de amamentação. Entre essas barreiras estão as crenças e os mitos presentes na sociedade e com alta influência sobre a mãe.⁽⁴⁾ A amamentação não é um ato meramente instintivo biológico, mas uma prática altamente influenciável pelo contexto histórico, cultural e social, onde crenças e mitos acabam por permear este momento, colocando a mulher na condição de autossuficiente na amamentação e dificultando o estabelecimento do vínculo mãe-bebê.⁽³⁾ Por consequência, mulheres que não se sentem preparadas e informadas, frequentemente, irão ao encontro do desmame precoce. Assim, faz-se muito importante o conhecimento sobre esse fator por parte dos profissionais de



saúde, de modo a entender a dificuldade e, só então, auxiliar a mãe e o bebê, pois quando o profissional percebe ideias distorcidas, a resolução dos problemas e a prolongação da amamentação tende a ser mais eficaz. As crenças e mitos mais comuns durante a prática do Sinaleira são: A crença do leite fraco; O mito de que o bebê não quer pegar o peito; A ideia de que o leite não mata a sede do RN; e O mito da produção de pouco leite. **CONCLUSÃO:** A crença do leite fraco deve-se a aparência do leite produzido, o que faz com que a mãe introduza fórmulas, pois na sua concepção, o leite produzido por ela não é suficiente para saciar o bebê. O profissional deve orientar quanto à fisiologia das mamas e a composição do leite. ⁽³⁾ A ideia do bebê que não quis pegar o peito deve-se ao senso-comum de que basta oferecer o peito e o bebê termina o processo, porém o mecanismo não é exclusivamente natural, tendo em vista as dificuldades observadas no RN na sucção. A sucção para o RN é uma novidade e quando realizada de modo inadequado além do leite não ser ingerido acaba por machucar a mãe, desestimulando-a. ⁽³⁾ Quando a equipe auxilia na pega e posição adequada do RN e o cuidado com as mamas esse mito pode ser superado. Por outro lado, a crença de que o leite não mata a sede do bebê é explicada pelos hábitos de oferecer chá e água nos primeiros dias de vida, justificados não pela sede, mas sim para alívio da cólica, do choro e da inquietação. ⁽³⁾ O que também não é correto, pois o RN não possui os órgãos maduros, levando a piora do quadro de cólica. Aqui, os profissionais podem sanar as dúvidas quanto à introdução de líquidos antes dos seis meses, a composição do leite e a influência quanto à hidratação da nutriz. E, por fim, o mito da produção de pouco leite ocorre quando as mães acreditam que são incapazes de produzir leite suficiente, crença que pode ter surgido por uma diminuição das mamadas e, logo, da produção de leite. Ou, ainda, devido a fatores emocionais, como estresse, ansiedade e a própria insegurança, levando a redução ou o bloqueio na produção. ⁽³⁾ Os profissionais devem conversar e oferecer apoio às mães, acalmando e incentivando-as, além de orientar quanto a não limitação das mamadas. **CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Conclui-se que o incentivo ao AM é de grande valia e, assim, as barreiras existentes devem ser superadas. O papel do enfermeiro está, primeiramente, em reconhecer a existência dessas crenças e mitos. Depois, informar a mãe, o companheiro e a família sobre possíveis distorções que possam comprometer o aleitamento materno. Desconstruir essas crenças e mitos auxilia também na superação da responsabilização demasiada da mulher pela nutrição do seu bebê, bem como



demonstra o papel da família em apoiar a amamentação, aumentando a autonomia e a união entre os envolvidos. Portanto, o desmame precoce e a dificuldade no processo de amamentação é influenciada pela falta de informação e serão superados justamente com a informação e orientação clara e correta.

DESCRIPTORIOS: Enfermagem; Aleitamento Materno; Educação em Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Nutrição Infantil, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica – n.º 23. Brasília – DF. 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF. 2008.
3. Marques ES, Cotta RMM, Priore SE. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5):2461-2468, 2011.
4. Algarves TR, Julião MAS, Costa HM. Aleitamento Materno: Influência de mitos e crenças no desmame precoce. *Rev. Saúde em Foco*. 2015 Julho 08; v.02 (nº 1):151-167.



A CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES PARTICIPANTES DE UM CURSO DE GESTANTES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - FURG

Aline Bandeira das Neves; Júlia Moraes Mendes; Melissa Guterres Costa; Francielle Garcia Sena; Giovana de Pires Nunes; Nalú Pereira da Costa Kerber

INTRODUÇÃO: O período pré-natal é um tempo de preparação física e psicológica da mulher para o parto e a parentalidade ⁽¹⁾. Desta forma, a assistência à gestante deve incluir atenção às alterações fisiológicas da gestação, bem como oferecer apoio e acolhimento por meio de trocas de conhecimento, experiências e interação com os profissionais da assistência obstétrica durante esse período⁽²⁾. Neste sentido, é válida a implementação de atividades que possam aproximar a comunidade acadêmica com a sociedade, o que é reforçado pela Política Nacional de Extensão Universitária (PNE). A partir dessa política, pode-se aproximar a tríade ensino-pesquisa-extensão, assim, facilitando a inserção das universidades no contexto populacional, impactando em uma melhor qualidade de vida da comunidade⁽³⁾. Assim, surgiu à necessidade de reafirmar as informações prestadas às gestantes rio-grandinas durante o pré-natal, e então, criou-se o Curso de Gestantes com o intuito de sanar as dúvidas sobre os assuntos voltados à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e aos cuidados com o recém-nascido (RN). Diante disso, é importante conhecer o perfil das participantes, para que as estratégias educativas realizadas durante o curso sejam eficazes de acordo com as necessidades evidenciadas. **OBJETIVO:** Caracterizar as mulheres que participaram do Curso de Gestantes do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr (HU-EBSERH-FURG). **METODOLOGIA:** Trata-se de recorte de um estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório e descritivo denominado “Grupo de gestantes: a contribuição para a mulher no ciclo gravídico-puerperal”, realizado no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Junior (HU), da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), no município do Rio Grande/RS. A coleta de dados foi realizada após a aprovação da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa na área da saúde, obtendo parecer de número 64/2016. O contexto investigativo é o grupo de gestantes que acontece nesse local, o qual foi implantado pelo Grupo de Pesquisa Viver



Mulher em 2015, sendo realizado por meio de encontros semanais, as terças-feiras, às 19 horas, em uma sala de aula da área acadêmica do campus saúde. Participam deste, docentes e discentes de cursos de graduação e pós-graduação da Escola de Enfermagem e Faculdade de Medicina, profissionais da área da saúde do HU e da Coordenação Municipal de Saúde da Mulher (CMSM), os quais realizam uma abordagem sobre temáticas estabelecidas a cada semana, em cronograma traçado previamente. O público alvo refere-se às gestantes, puérperas e seus respectivos familiares. Os temas são distribuídos, semanalmente, em: Desenvolvimento do feto e da gestação; Pré-Natal e Higiene da gestante e puérpera; Aspectos psicológicos na gravidez; Nutrição e hidratação da gestante; Direitos da gestante e atividade sexual; Atividade física na gestação; Parto (sinais, tipos, preparação, preparo da mala, técnicas não farmacológicas para alívio da dor, etc); O auxílio da Doula; Cuidados no Puerpério; Cuidados com o recém-nascido (banho, cuidados com o coto, choro, cólicas, vestuário e vacinas); Problemas mais comuns com recém-nascido; Aleitamento Materno e Alimentação do bebê. Participaram deste estudo, mulheres, que frequentam ou vieram a frequentar em algum período o grupo de gestantes, com presença, computada no livro de registros do grupo, de no mínimo 03 encontros e ganho seus filhos até a primeira quinzena de julho de 2016, quando já vivenciado os 10 primeiros dias de puerpério. Entre os critérios de inclusão encontram-se: Mulheres puérperas que participam ou tenham participado do grupo de gestantes; Mulheres que tenham vivenciado o processo de nascimento de seu(s) filho(s) até a primeira quinzena de julho de 2016; Presença computada em no mínimo, três (03) encontros. De acordo com os critérios adotados, foi possível realizar o estudo com 20 mulheres. A coleta de dados foi realizada no mês de julho de 2016, por meio de uma entrevista individual com instrumento semi-estruturado com questões abertas e fechadas. **RESULTADOS/DISCUSSÃO:** A partir da análise dos dados das participantes do curso de gestante, foi possível identificar que elas têm uma média de idade de 29 anos, com extremos entre 19 e 38 anos e iniciaram a participação no curso durante o terceiro trimestre de gestação, em média, na 27ª semana. Durante esse período, as dúvidas e os anseios são potencializados, principalmente no que se refere ao tipo de parto, à amamentação e aos cuidados com o RN. Segundo os dados de um estudo, quando a gestante é orientada no terceiro trimestre, algumas decisões importantes já foram tomadas, por isso, é importante incentivar a participação no curso desde o início da gestação, para que as estratégias preventivas e educativas sejam desenvolvidas de forma



eficaz ⁽⁴⁾. Sobre a gestação, 95% das mulheres eram primigestas, evidenciando uma maior preocupação dessas mães em buscar o conhecimento para melhor cuidar de si mesma e de seu bebê durante todo o processo gravídico-puerperal. Em relação ao local de realização das consultas de pré-natal, 80% realizou no setor privado e apenas 20% gestantes realizavam o acompanhamento pré-natal na rede pública de saúde. Pode-se evidenciar que essas gestantes necessitam suprir uma lacuna que é deixada durante as consultas de pré-natal particular. Sabe-se que, na maioria dessas consultas que são realizadas por médicos, muitas vezes não são fornecidas orientações essenciais para suprir os anseios das gestantes, já as consultas realizadas na rede pública, dispõe de um atendimento multidisciplinar, sanando a maioria das dúvidas dessas mulheres. No que se refere ao tipo de parto, 55% das mulheres tiveram o parto cesáreo, o que é justificado pela maioria realizar as consultas de pré-natal em setor privado. A maioria das mulheres compareceu aos encontros acompanhadas pelo parceiros, o é de suma importância, pois contribui para o apoio e instrumentalização da família com os cuidados ao binômio mãe-bebê⁽⁶⁾. **CONCLUSÃO:** O curso de gestantes permite que as mulheres tenham uma aproximação maior com a temática e sanem as suas dúvidas com os profissionais de diversas áreas da saúde. O espaço em grupo permite que as participantes troquem conhecimento e informações de acordo com as suas necessidades. Independente do número de filhos, as mulheres buscam informações a respeito do ciclo gravídico-puerperal, os quais nem sempre são contemplados na consulta pré-natal. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** As vivências dentro do grupo são fundamentais para o crescimento dos profissionais e informação das gestantes assistidas pelo grupo ⁽⁵⁾. O enfermeiro atua como educador e educando, onde, temos a troca de experiências entre os diversos participantes. Ao considerar a mulher como um ser dotado de necessidades, que devem ser compreendidas e atendidas, alguns conhecimentos devem ser problematizados no pré-natal, parto e puerpério para, assim, melhor conduzi-la para receber seu filho, principalmente do ponto de vista físico e mental. Diante disso, defende-se a educação em saúde como uma estratégia para a prevenção de intercorrências, promoção da saúde, além da minimização da insegurança e anseios, que possam estar presentes durante o período gravídico-puerperal⁽⁷⁾.

DESCRIPTORIOS: Enfermagem. Educação em Saúde. Enfermagem Materno-Infantil.



REFERÊNCIAS

- 1 LOWDERMILK, D. L. Fatores e processos do parto e nascimento. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**, 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002. p. 297-313.
- 2 Neves, P.R.; Salim, N.R, Soares ,G.C.F.; Gualda, D.R.M. .Experiencias de mulheres participantes de um grupo de gestantes: estudo descritivo. Online braz j nurs. V. 12, n. 04, p. 862-71, 2013.
- 3 LIMA, L.F. Contribuições dos projetos de extensão na ação profissional dos professores universitários. Pesquisa em Foco, São Luís, vol. 20, n. 2, p. 47-65. 2015. ISSN: 2176-0136.
- 4 Silvestre, D.R.; Pereira ,A.K.A de M.; Nascimento, E.G.C. do; Júnior, J.M.P. via de parto orientada no pré-natal e a escolha da enfermeira no seu próprio parto. Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(12):4230-6, dez., 2014.
- 5 Frigo, L.F.;Silva, R.M.;Mattos, K.M.; Manfio,F.; Boeira, G.S. . A importância dos grupos de gestante na atenção primária: um relato de experiência. Rev Epidemiol Control Infect. 2012;2(3):113-114
- 6 Zampieri ,M.F.M.; Gregório ,V.R.P;, Custódio, Z.A.O; Régis, M.I; Brasil, C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. Texto & Contexto Enferm 2010;19(4):719-27.
- 7 Guerreiro, E. M.; Rodrigues, D.P.; Queiroz, A. B. A.; Ferreira, M. de A;. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. Rev. bras. enferm. [online]. 2014, vol.67, n.1, pp.13-21. ISSN 0034-7167.



A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM NA INCLUSÃO ESCOLAR DE CRIANÇAS AUTISTAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Fernanda Silveira da Silveira

Introdução: O presente trabalho tem por tema a contribuição da enfermagem na inclusão escolar de crianças com Transtorno do Espectro Autismo (TEA). Trata-se de um relato de experiência de uma acadêmica do sétimo semestre do curso de enfermagem da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL), ocupante de cargo público na prefeitura municipal de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, desde o ano de 2014, atuando como cuidadora de crianças com necessidades especiais em uma escola pública municipal. Para a acadêmica é enriquecedor atuar profissionalmente na educação inclusiva, acredita que a enfermagem lhe proporciona uma holística emancipatória na política de inclusão. Analisando diariamente os obstáculos no atendimento educacional e terapêutico ao aluno, a educanda ressalta que a maioria dos educadores não se sente aptos para receber crianças autistas em suas salas, o que é comprovado a seguir:

A repetitiva dúvida frente à possibilidade de escolarização é originária de uma complexa rede de elementos. Alguns fatores que contribuem para tal situação: a ausência de informações sobre quem são estas crianças e adolescentes (autistas); os poucos e recentes estudos; as dificuldades de interlocução entre as diferentes áreas que se ocupam da temática; a ausência de uma sistematização do conhecimento por parte do campo pedagógico; e, finalmente, a tendência de perceber a diferença como falha ou déficit a ser corrigido, normalizado⁽¹⁾.

Os fatores citados acima como: “a ausência de informações sobre quem são essas crianças e adolescentes autistas” e a “ausência de uma sistematização do conhecimento por parte do campo pedagógico”, são a justificativa para o pleno desenvolvimento do trabalho do enfermeiro na escola inclusiva. O presente trabalho tem como **objetivo:** Demonstrar a necessidade de parceria entre a enfermagem e a comunidade escolar inclusiva. , a fim de,



discutir dúvidas pertinentes, como a etiologia do TEA e o manejo eficaz para os diversos espectros, pois a escola, também é um centro terapêutico que auxilia na interação psicossocial, no comportamento, no desenvolvimento cognitivo e no fortalecimento da neuroplasticidade, através das atividades pedagógicas e ludopedagógico adaptado para cada aluno em específico. Far-se-á o enfermeiro, educação em saúde na escola, promovendo junto aos professores o bem estar físico e mental dos educandos portadores de TEA, como descrito a seguir:

O enfermeiro, na sua práxis, exerce funções de facilitador, orientador ou educador, inerente à própria natureza profissional. Sendo assim, o processo ensino-aprendizagem, o apreender a aprender e o desenvolvimento de competências e habilidades, devem ser temas norteadores do cotidiano deste profissional, na construção de práticas que oportunizem o desenvolvimento de hábitos saudáveis, de indivíduos responsáveis pelo seu ambiente social e, acima de tudo o respeito à sua dimensão social⁽²⁾.

Metodologia: Por se tratar de um relato de experiência o estudo baseou-se no conhecimento profissional da acadêmica que escuta ativamente o posicionamento dos profissionais frente à inclusão escolar de crianças autistas e os contratempos das instituições de ensino que não medem esforços para prestar atendimento educacional de qualidade, mesmo na existência de dúvidas em relação ao manejo do TEA e no desenvolvimento global dos portadores do transtorno. Para comprovar a vivência profissional da acadêmica foram feitas pesquisas de fontes bibliográficas no portal Capes e bibliotecas virtuais. O estudo também contou com a parceria do Centro de Apoio, pesquisa e tecnologias para aprendizagem (CAPTA), órgão vinculado a Secretaria Municipal de Educação e Desporto (SMED) da cidade de Pelotas. No ano de 2004 a SMED teve iniciativa de criar o CAPTA, um espaço destinado ao atendimento especializado dos estudantes portadores de deficiências das escolas públicas municipais, além de ser responsável pela promoção de cursos de capacitação aos profissionais da rede. O CAPTA contribui relevantemente com o estudo, informando o número de portadores de TEA matriculados em escolas públicas municipais de Pelotas no ano de 2016, bem como, o número de instituições que em sua estrutura obtêm sala de recurso com apoio técnico do professor de atendimento educacional especializado (AEE). Contudo, o presente relato também se baseou



metodologicamente na luz teórica e prática de disciplinas que compõem a grade curricular do curso de enfermagem da UCPEL, essas, foram essenciais para formação humanística da acadêmica, contribuindo para o ideal de associar a saúde com o atendimento educacional ao aluno autista no município de Pelotas. **Resultados e discussões:** Pelotas possui uma população de 328.275 habitantes, sendo a terceira cidade mais populosa do estado do Rio Grande do Sul. A cidade possui noventa escolas públicas municipais de ensino regular. Conforme os dados coletados pelo CAPTA, no ano de 2016 estavam matriculados: Três alunos autistas em escolas da zona rural, vinte e nove autistas em instituições de educação infantil e cento e três portadores de TEA estudando em zona urbana, totalizando cento e trinta e cinco estudantes autistas matriculados em escolas do município. Das noventa escolas municipais de Pelotas, quarenta e oito possuem sala de recurso e professor de AEE, esse profissional oferece atendimento especializado na sala e também, orientação à comunidade escolar, referente aos estudantes portadores de necessidades especiais. Portanto, em quarenta e duas escolas do município, não existe sala de recurso e nem professor de AEE para prestar e orientar a atenção educacional ao aluno autista. Para a acadêmica, as quarenta e duas escolas seria a amostra principal para o exercício da enfermagem, a educanda acredita que essas instituições estão mais susceptíveis a dúvidas no manejo, no atendimento e nos benefícios que a educação oferece ao estudante autista, por não possuírem um profissional especializado, a fim de, sanar as dúvidas e as dificuldades diárias existentes ao aluno. A finalidade é a criação de projetos de extensão, levando os acadêmicos de enfermagem para o ambiente escolar, fazer este, ser campo de prática das disciplinas: saúde mental, educação em saúde, saúde da criança e do adolescente e neuroanatomia, que compõem o curriculum do curso de enfermagem na UCPEL. Os acadêmicos já prestam atendimento às crianças, nas Unidades Básicas de saúde e no centro de atendimento psicossocial infantil (CAPS I) que recebe alunos com déficit na aprendizagem, vindos das escolas municipais. A prática da enfermagem junto à escola inclusiva, deverá seguir os preceitos do Programa Saúde na escola (PSE), promulgado pelo decreto federal nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Tem como um dos objetivos, conforme disposto no item prevenção de agravos: “Promoção de saúde mental no território escolar: criação de grupos de famílias solidárias, para o encontro e a troca de experiência com mediação da creche/ escola e/ou saúde”. BRASIL (2015). O programa saúde na escola possibilita a apreciação de outras ações norteadoras do trabalho da enfermagem junto às



entidades de ensino, é as seguintes:

- I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo⁽³⁾.

Conclusão: Analisando o relato da acadêmica, observa-se que a educação e a saúde estão associadas ao ensino do aluno autista, a enfermagem trabalhando juntamente aos órgãos administrativos, reforçando os pilares da política de inclusão, executando as tarefas junto aos professores, sanando dúvidas, participando das reuniões pedagógicas, promovendo reuniões com os familiares. **Contribuição da enfermagem:** Os acadêmicos irão por em prática à teoria aplicada em aula, acolhendo, orientando a saúde mental do aluno autista, cuidando dos diagnósticos do transtorno, tais como: déficit da fala, da cognição e da interação social, que apresentam melhora em um ambiente escolar onde o atendimento é adaptado e a atenção é multiprofissional, características de uma escola inclusiva.

Descritores: Enfermagem, Autismo, Inclusão.



Referências:

1. Vasques, C. Cartografia de um novo olhar sobre a escolarização de sujeitos com autismo e psicose infantil: Atos de pesquisa em educação – PPGE/ME FURB ISSN 1809- 0354 2008 2008, vol. 3, nº 3, set./dez p. 428-441.
2. Fontana, R.T. A vigilância Sanitária no contexto escolar: Um relato de experiência. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília; 2008 vol. 61., n1, p 131 – 4.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno do Gestor do PSE/ Ministério da Saúde, Ministério da educação- Brasília: Ministério da Saúde. 2015.



ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA FRENTE À CRIANÇA E FAMÍLIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

**Deise Ribeiro da Silva; Giovana Calcagno Gomes; Carla Rozana Mazuko dos Santos;
Mara Rejane Vahl; Letícia Calcagno Gomes; Aline Gonçalves Almeida**

Introdução: Acolher é suprir a carência que levou a criança ao atendimento, recebendo bem a criança, orientando a família, tendo empatia, humanizando o cuidado e promovendo uma assistência qualificada para esses usuários recebidos na Atenção Primária em Saúde (APS) ⁽¹⁾. A saúde da família restaura a atenção primária por atuar junto à comunidade, viabilizando a promoção da saúde às famílias por ter um contato amplo e próximo do usuário e também do contexto no qual ele está inserido. Ainda possibilita o acesso da criança aos diversos profissionais através da equipe multidisciplinar que identifica, mediante o cuidado, o vínculo estabelecido às fragilidades e as potencialidades da unidade no atendimento da demanda, fazendo com que a equipe busque parcerias para suprir essas necessidades, alcançando a integralidade da atenção. A Política de Atenção Primária em Saúde tem por objetivo facilitar o acesso das pessoas aos serviços de saúde e intensificar o alcance dos serviços, reduzindo o tempo de espera para o atendimento, o tempo nas filas, incluindo a criança e permitindo que ela tenha contato a todas as categorias de atenção ⁽²⁾. O acolhimento é uma forma de reestruturar a atenção primária em saúde desfragmentando o cuidado, tornando a assistência holística, resolutiva e acessível ao usuário em todos os níveis, sendo integral, equitativa e humanizada. A enfermagem percebe a família como um ícone importante enquanto unidade de cuidado, pois através dela é possível identificar o motivo que os levou ao serviço, como também contribuir na eficácia do tratamento. A família deve ser respeitada pelos profissionais, e deve ter atenção quanto aos seus medos, as suas preocupações e as suas dúvidas. É preciso respeitar também as crenças, os costumes, os valores e as dificuldades, sendo necessário que os enfermeiros estejam atentos para identificar cada necessidade que a criança e a família retratam ⁽¹⁾. Por isso a importância do acolhimento, pois ele estabelece a confiança entre profissional e usuário, facilitando assim, o processo de trabalho, as práticas de intervenções, a fim de oferecer um cuidado qualificado. Dessa forma, o enfermeiro proporciona um



atendimento humanístico atuando de forma efetiva tornando a assistência agradável e autêntica. **Objetivo:** O estudo propôs conhecer como é realizado o acolhimento de enfermagem às crianças e familiares nas unidades básicas da estratégia de saúde da família no município de Rio Grande, no Sul do Brasil. **Metodologia:** Realizou-se uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, utilizando a análise de conteúdo de Bardin. Os dados foram coletados no segundo semestre de 2016 por entrevista com 12 enfermeiras de Unidades Básicas de Saúde da Família de um município do sul do Brasil. As enfermeiras que participaram da pesquisa atenderam ao critério de inclusão de ser enfermeira atuante em Unidades Básicas de Saúde da Estratégia de Saúde da Família e realizaram acolhimento à criança e aos seus familiares cuidadores no seu cotidiano de trabalho, por aproximadamente, seis meses, assim todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi por meio de entrevista semiestruturada para proporcionar liberdade de comunicação aos participantes entrevistados, promovendo um diálogo com a intenção de estabelecer comunicação. Os participantes foram questionados sobre a maneira com que realizam o acolhimento à criança e ao seu familiar responsável na Unidade Básica, como as estratégias utilizadas, as facilidades e dificuldades e a percepção acerca do acolhimento. As entrevistas foram realizadas em consultório na própria unidade, para garantir privacidade, e as respostas foram gravadas e transcritas posteriormente para análise. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, que consiste em pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação ⁽³⁾. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde da Universidade Federal de Rio Grande – Cepas/Furg com parecer de aprovação número 141/2016. Foram considerados os preceitos da resolução 466/2012 do conselho Nacional de Saúde, sobre os aspectos éticos para a pesquisa com seres humanos. **Resultados:** As enfermeiras frisam alguns aspectos relevantes dentro das categorias apresentadas. Quanto à percepção acerca do que é acolhimento verificou-se que para elas abrange desde a boa recepção da criança/família na unidade, conquistando seu paciente de forma que o deixe tranquilo transmitindo confiança, a consulta de enfermagem compreendendo suas queixas a fim de detectar entre suas necessidades aquela que é prioridade e necessita mais cuidado e informação. Algumas participantes proferiram o acolhimento como uma pré-consulta onde se identifica o problema estabelecendo prioridades. Ressaltaram a humanização do cuidado como ponto de partida para firmar uma relação com o



paciente, o toque, um sorriso, estar disponível para ouvir o que ele tem a dizer como atitudes que fazem conhecer um ao outro, criam vínculo, confiança e fidelizam as famílias à Unidade.

Discussão: O acolhimento propicia uma troca, ou seja, uma relação de ajuda onde usuários expressam sua opinião em relação ao serviço, contribuindo na tomada de decisões. Deve ser pensado como uma forma de resgatar a humanização, o respeito, garantindo a acessibilidade para todos, co-responsabilizando a comunidade diante dos problemas. Os enfermeiros na maioria dos municípios são os profissionais que respondem pelas unidades e também são eles que realizam o acolhimento das crianças/família na ESF, desempenhando importante papel junto às famílias, pois com o vínculo estabelecido passa a conhecer as necessidades de cada usuário e atender a demanda ⁽⁴⁾. Quanto à forma com que realizam o acolhimento relataram que é em conformidade com o atendimento do protocolo do ministério da saúde, realizam a triagem de todos que buscam a unidade, fazem os encaminhamentos de acordo com a necessidade da criança na própria unidade ou onde o município disponibilize o serviço na rede básica. Quanto às estratégias utilizadas para realizar o acolhimento ressaltaram a observação e a escuta atenta da criança e do familiar cuidador, buscando estabelecer uma relação de confiança com o paciente, criando um vínculo que promove a comunicação entre profissional e usuário, garantindo o retorno desse cliente ao serviço de saúde ^(1,5). A Política Nacional de Humanização legitima o acolhimento como facilitador para o atendimento, implementação da prática e efetivação no SUS, definiram o ato de acolher como ter a sensibilidade de ouvir, de escutar o paciente e identificar sua real carência, seja individual ou coletiva, e olhar essa carência como prioridade a fim de eliminar o problema e focar nas medidas de intervenção que devem ser traçadas ⁽⁴⁾. O acolhimento é uma forte ferramenta de trabalho dos profissionais de saúde e um grande aliado, pois estreita os laços entre usuário e enfermeiro possibilitando a assistência agradável, comunicativa e resolutive. Existem questões complexas que dificultam no processo de acolhimento, a demanda espontânea, a necessidade de ampliar o acesso, de pôr em prática o compromisso da Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) porque é a principal porta de entrada no sistema. As capacitações dessas profissionais para realizar o acolhimento são realizadas pela leitura e discussão dos protocolos para aprimorar o cuidado, desenvolver habilidades efetivas do acolhimento, apesar de cada enfermeira ter a sua própria maneira de realizar e de aprender a cada dia no cotidiano do seu trabalho, com os pacientes na prática do cuidado ⁽²⁾.

Conclusão:



Por meio dos dados concluiu-se que o acolhimento vem sendo incentivado nacionalmente na ESF e que essa prática contribui para o processo de trabalho e melhora o atendimento nos serviços de saúde, propiciando qualidade na prestação do serviço ofertado, o que resulta significativamente na solução dos problemas. Salientando a humanização como prática de enfermagem nessa abordagem, os profissionais precisam ter consciência quanto essa questão e entender que acarreta em benefícios tanto para os usuários quanto para os enfermeiros. Assim é necessário estar fundamentado no conhecimento científico dos profissionais, para que a prática seja efetivada na rotina de trabalho das equipes da ESF, somando junto à comunidade a fim de favorecer a criança/família. **Implicações para a prática da enfermagem:** por tratar-se de um conceito novo posto pela Política Nacional de Humanização e por sua importância na qualificação da assistência há a necessidade de novos estudos acerca da temática e da sua incorporação no cotidiano de trabalho profissional quer seja na Atenção Primária ou em outros níveis de atuação profissional.

Descritores: Criança/Família, Acolhimento de Enfermagem, Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

1. De carli, R. et al. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 23, n. 3, p. 626-63, jul./set. 2014.
2. Mattos, G. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, Feb. 2014.
3. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Tradução de L. de A. Rego e A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2009.
4. Nery, A. A. et al. Saúde da Família: visão dos usuários. *Rev.enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 397-402, 2011.



5.Moura, E; Santos, R. S; Da rocha, S. S. Evidências sobre acolhimento e vínculo de enfermeiros da estratégia saúde da família junto aos adolescentes. Saúde em Foco, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 62-79, 2015.



MANEJO DOS FATORES DE ESTRESSE PRESENCIADOS EM CRIANÇAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Janaina Baptista Machado; Taniely da Costa Bório; Patricia Tuerlinckx Noguez

Introdução: O câncer infantil possui como característica a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. Os tumores mais frequentes que acometem a infância e adolescência são as leucemias, os do sistema nervoso central e linfomas¹. No Brasil cerca de 13mil crianças menores de 14 anos são acometidas por algum tipo de câncer, sendo esta doença a 3º causa de morte infanto-juvenil no país. O autor afirma que 70% dessas crianças tem chance de cura, quando o diagnóstico é precoce². O tratamento do câncer pediátrico utiliza recursos terapêuticos por meio de sessões de quimioterapia, radioterapia, transplante de medula óssea e cirurgia. Dentre essas opções, a quimioterapia é o recurso mais utilizado no tratamento, e geralmente é administrada por via endovenosa, sendo essa a melhor opção devido à segurança e a relação com o nível sérico de absorção³. Por mais efetivo que seja o tratamento do câncer na infância, o mesmo acaba expondo à criança a eventos ambientais estressantes, de caráter doloroso, mutilador e invasivo, incluindo a duração prolongada do tratamento⁴. A maioria das crianças que chega ao hospital com diagnóstico de câncer, não está preparada para enfrentar a doença e todas as questões que a envolvem. Na percepção das crianças a doença está ligada ao desligamento de poder fazer as coisas que gostam, do seu cotidiano, a separação de seus pais e amigos, e ainda causa indisposição, dor e inapetência⁵. A hospitalização causa medo e sofrimento nesses pacientes afetando diretamente a sua integridade emocional, desencadeando o estresse e como consequência reações variadas como depressão, fobias, e transtornos de comportamento⁵. Sabendo que o estresse desencadeia diversas reações nas crianças, o autor ressalta que as atividades lúdicas facilitam a vivência do cotidiano infantil, uma vez que a realidade externa pode ser assimilada à interna, ajudando a criança a lidar com o curso da doença a hospitalização⁵. Os profissionais da saúde que trabalham na oncologia pediátrica, devem ter como objetivo minimizar o sofrimento da criança hospitalizada, promover a saúde, e realizar



intervenções psicossociais para minimizar o estresse, o medo e a angústia⁶. Cabe, então, enfatizar que deve haver um preparo dos profissionais e das instituições para atender às necessidades das crianças com câncer durante o período de tratamento, oferecendo um ambiente tranquilo e todo o suporte para que elas possam enfrentar este momento sem qualquer prejuízo físico ou emocional⁵. **Objetivo:** Apresentar os fatores desencadeantes de estresse, observados durante a quimioterapia em crianças e sugerir práticas mais sensíveis a fim de minimizá-lo. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, acerca das ações que foram desenvolvidas durante um estágio extracurricular, em uma unidade ambulatorial de oncologia pediátrica, de um hospital em Porto Alegre/RS no mês de Janeiro de 2016. **Resultados e Considerações:** A assistência de enfermagem prestada na terapêutica oncológica pediátrica geralmente tem como cuidados uma série de técnicas referentes à higiene, alimentação, colheita de material para exames e administração de medicação⁷. Também faz parte das ações de enfermagem explicar às crianças os procedimentos antes de realizá-los, diminuir o medo, adotar medidas para o alívio da dor, promover a auto estima, diminuir a ansiedade, oferecer apoio emocional, espiritual e social⁷. Tendo em vista essas ações de enfermagem direcionadas para o cuidado em oncologia pediátrica, observou-se que a atividade que acarretou em estresse físico e emocional para criança, foi a administração de medicação via endovenosa através da punção do cateter venoso central totalmente implantado (CVC-TI). Desta forma, será apresentado o comportamento resultante do estresse da criança durante o procedimento, junto com as estratégias utilizadas e/ou sugeridas para minimizá-lo: Inquietação da criança, e comportamento agressivo (socos e chutes) antes da administração: informar sobre o procedimento, e utilizar do próprio cateter central uma forma lúdica de enfrentar a situação. Utilizou-se o butterfly referenciando-o como uma borboleta que iria pousar, além de músicas relacionadas ao tema.; Fuga da sala de quimioterapia, logo após ver um profissional de jaleco branco (pois associa o mesmo a dores advindas do procedimento): Utilizar um jaleco com cores diversificadas ou com figuras de desenhos animados, para que o paciente se sinta no mesmo universo de onde ele se encontra; A criança nega-se a repuncionar o cateter central caso haja desconexão do butterfly com o CVC-TI, devido aos deslocamentos do mesmo na sala: implementar protocolos para que as crianças na fase infanto-juvenil, utilizem cateter central de inserção periférica (PICC) (pois este quando é conectado as extensões, possui sistema de rosca, o qual dificulta a desconexão; Ao iniciar o tratamento, a



criança apresenta medo e anseios, e acaba optando por não aceitar a realização dos procedimento: levar as crianças em fase inicial do tratamento para acompanhar alguma criança que já iniciou seu ciclo de quimioterapia, que passe tranquilidade e a acolha, para que a mesma sinta que aquele ambiente é seguro e tranquilo; Choro incessante ao terminar de administrar a medicação: Como forma de desviar a atenção do que esta acontecendo, utiliza-se uma seringa com soro fisiológico como uma forma lúdica de criar uma “chuva de alegria” dentro do ambulatório. **Conclusão:** tendo em vista, o processo do tratamento oncológico pediátrico, torna-se evidente as diversas reações advindas da prática do cuidado durante este período, a equipe em geral deve-se conscientizar destes fatos, e utilizar meios para minimizá-los, de forma a entrar no universo lúdico infantil, facilitando este processo doloroso e estressante para a criança. **Contribuições/implicações para equipe de enfermagem:** O presente trabalho possibilitou a aprendizagem quanto ao tema relacionado, permitindo adquirir experiência prática, e conhecimentos para agregar no desenvolvimento profissional e acadêmico, implicando em um processo construtivo de trabalho, juntamente com a equipe e os usuários do sistema, visando um olhar mais humanizado, para o tratamento e conscientização acerca das dificuldades encontradas. Tendo em vista a vasta demanda de trabalho, implicam assim, no desenvolvimento das práticas lúdicas que facilitam a aceitação do tratamento.

Descritores: Criança. Oncologia. Terapêutica

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer (INCA): Rio de Janeiro. Home pag na internet disponível em <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>
2. Lemos, FA, Lima RAG, Mello DF. Assistência à criança e ao adolescente com câncer: a fase da quimioterapia intratecal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004; 12 (3): 485-93.
3. Melagutti, W. Oncologia Pediátrica: uma abordagem multiprofissional. 1ªed. São Paulo:



Martinari, 2011.

4.Machado, JB, Budziareck, FN, Noguez, PT, Muniz, RM. Percepções a cerca da vivência acadêmica em uma unidade ambulatorial de quimioterapia pediátrica: implicabilidades da terapia intravenosa. III Congresso de Extensão e Cultura Universidade Federal de Pelotas. Anais [recurso eletrônico] do 3 Congresso de Extensão e Cultura da UFPel, 26 à 30 setembro em Pelotas./Organizado por Denise Bussolleti, Evandro Piva, Carlos Oliveira. – Pelotas: Editora da UFPel, 2016.

5.Malta, JDS. Câncer Infantil: o viver, o sentir e o tratar. [dissertação]. Belo Horizonte: Fundação Osvaldo Cruz; 2007.

6.Barbosa, RJ. Oncologia Infantil e Resiliência: um enfoque na saúde. [monografia]. Universidade Sagrado Coração; 2005.

7.Vieira, APMS, Castro, D, Coutinho, MS. Assistência de enfermagem na oncologia pediátrica. Rev. Eletrônica Atualiza Saude. 2016; 3 (3): 67-75.



PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA ACERCA DO PAPEL DA ENFERMAGEM FRENTE À CRIANÇA EM CUIDADOS PALIATIVOS

**Paula Veleda Santana; Fabiele Dias Dresch; Bianca dos Santos Blan; Giovana
Calcagno Gomes**

Introdução: Com o aumento da tecnologia na saúde, está havendo uma melhora em relação ao atendimento a pessoas com doenças crônicas, terminais ou incuráveis, aumentando sua expectativa de vida¹. Em situações de terminalidade, o paciente, sua família e os profissionais da enfermagem precisam lidar com as mais diversas situações e sentimentos, como sofrimento, desesperança, insegurança, medo, fragilidade, perda e pesar¹. Por isso, conviver com crianças sem expectativa de cura e em possibilidade de morrer faz com que os profissionais tenham que se mobilizar para atuar em uma nova perspectiva, garantindo a melhoria da sua qualidade de vida e isso é feito por meio do Cuidado Paliativo. Segundo a OMS (2002) cuidado paliativo é a assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Apesar de haver uma associação frequente entre cuidados paliativos, terminalidade e doenças oncológicas entre os profissionais e os familiares dessas crianças, cuidados paliativos não são usados apenas em crianças que estão se aproximando do fim de suas vidas, mas também são aplicados em doenças que evoluem cronicamente e que afetam um ou mais sistemas, necessitando de cuidados contínuos especializados. Algumas crianças com doenças crônicas podem necessitar destes cuidados do nascimento até a idade adulta, devido à evolução crônica e prolongada da doença^{2,3}. **Objetivo:** Conhecer a produção científica brasileira acerca do papel da enfermagem frente à criança em cuidados paliativos. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura. O estudo foi embasado em artigos científicos de revistas especializadas acerca do tema, publicados entre os anos de 2006 e 2016, identificados a partir das bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), 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). Todas as bases de dados foram localizadas na Biblioteca Virtual em Saúde, disponível no sistema BIREME. Os critérios de inclusão utilizados foram: ser artigo científico; estar no idioma português, ter, além do resumo, o texto completo e apresentar nos resultados aspectos acerca do papel da enfermagem frente à criança em cuidados paliativos. O levantamento bibliográfico foi realizado no segundo semestre de 2016. Os artigos selecionados foram fichados a partir de um instrumento de coleta de dados e caracterizados de acordo com título do artigo, ano de publicação, tipo de pesquisa, autores, local do estudo, periódico publicado e sujeitos envolvidos. Os dados foram analisados pela técnica de Análise Temática. **Resultados:** A amostra do estudo foi composta com 22 artigos. Os artigos selecionados foram fichados a partir de um instrumento de coleta de dados e caracterizados de acordo com o título do artigo, ano de publicação, tipo de pesquisa, autores, local do estudo, periódico publicado e sujeitos envolvidos. A análise dos dados gerou três categorias. 1. Aspectos que o enfermeiro leva em consideração para realizar o cuidado paliativo à criança. Antes da realização do cuidado paliativo, é necessário perceber a importância da atuação de uma equipe multiprofissional, onde essa equipe deve atender aos familiares e as crianças em um trabalho conjunto, sempre envolvendo a família nesses cuidados, pois além de o hospital ser um ambiente estranho para essas crianças, elas ainda têm que conviver com a equipe, que são várias pessoas estranhas para ela também. E além dessa introdução da família no cuidado, o enfermeiro ainda deve ter uma comunicação clara e honesta com as crianças, explicando cada procedimento realizado. 2. Papel do enfermeiro ao realizar o cuidado paliativo à criança. Dentre tantas funções que o enfermeiro possui ao atender essas crianças, a principal é uma boa avaliação do estado da criança para promover alívio dos sintomas e medidas de analgesia. Ainda possui a função de conversar com a criança e estimulá-la a ter contato com outras crianças, incentivar atividades lúdicas como forma de distração visto que passam muito tempo dentro de um hospital, bem como possuem a difícil tarefa de promover uma morte digna a essas crianças. 3. Condições intervenientes para realização do cuidado paliativo à criança pelo enfermeiro. Nesta categoria foi abordada as dificuldades e facilidades enfrentados pelos enfermeiros na realização dos cuidados paliativos, sendo a principal dificuldade levantada o não respaldo legal para a realização de determinados cuidados e a falta de preparo dos profissionais, sendo necessário a realização de capacitações e a atuação conjunta da equipe



com a educação permanente. **Discussão:** A avaliação e o alívio do sofrimento são prioridades na abordagem dos cuidados paliativos e devem ultrapassar o campo biológico, alcançando as esferas psíquica e social. Para que isso seja realmente possível, a OMS afirma a necessidade de equipe multidisciplinar que inclua, nesse processo, toda a família e o meio em que a criança está inserida⁴. O controle impecável da dor e de outros sintomas é a principal estratégia na abordagem das crianças que necessitam de cuidados paliativos⁴. O momento da finitude da criança em cuidados paliativos, frequentemente, acontece no ambiente hospitalar e a equipe, antes dedicada ao máximo à cura da enfermidade, depara-se com a terminalidade e com a dor da família. Tal fato exige dos profissionais, além de conhecimento técnico-científico, considerável preparo emocional para auxiliar as famílias a enfrentarem esse momento derradeiro da existência^{3,5}. Os profissionais, além de serem capazes de perceber e agir frente a dor total da criança, deparam-se com a dor da família. Assim, articulam seus conhecimentos para estabelecer um projeto terapêutico singular, caracterizado por um conjunto de propostas e condutas terapêuticas que visam a compreender a singularidade dos sujeitos e, a partir disso, definir propostas e ações⁶. **Conclusão:** Acredita-se que o estudo possibilitou o conhecimento sobre as formas de tratamento do cuidado paliativo com as crianças, salientando a importância do olhar da equipe de enfermagem neste importante cuidado. **Implicações para a enfermagem:** O enfermeiro é visto como um profissional importante no cuidado dessas crianças que necessitam de cuidado paliativo, pois devem ser capazes de fazer uma correta avaliação do estado dessa criança e apresentar estratégias que atendam às necessidades das mesmas, que podem ir da realização de uma medicação até mesmo só estar presente dessa criança. Além do cuidado à criança, o enfermeiro deve estar atento também, para as necessidades da família, oferecendo apoio psicológico e conforto nos momentos de dor. Por ser um assunto recente, os enfermeiros ainda possuem algumas dificuldades em realizar os cuidados paliativos, por isso, é necessário que os mesmos sejam capacitados para a prestação de tal cuidado.

Descritores: Criança. Cuidados paliativos. Enfermagem.

REFERÊNCIAS



1. Hermes HR., Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(9): 2577-88.
2. Jünger S et al. Paediatric palliative home care by general paediatricians: a multimethod study on perceived barriers and incentives. *BMC Palliat Care*. 2010; 9-11.
3. Faith CF, Hancock LE. Pediatric palliative care: beyond the end of live. *Journal of Pediatric Nursing*. 2012; 38(4): 198-203.
4. Valadares MTM, Mota JAC, Oliveira BM. Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão. *Rev. Bioética*. 2013; 21(3): 486-493.
5. Stayer D. Pediatric palliative care: a conceptual analysis for pediatric nursing practice. *Journal of Pediatric Nursing*. 2012; 27: 350-6.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.



DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS PARA COMUNICAR A FAMÍLIA A POSSIBILIDADE DA PERDA OU DE AGRAVO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA DE FORMA HUMANIZADA

Aline Gonçalves de Almeida; Giovana Calcagno Gomes; Deise Silva Ribeiro.

Introdução: A enfermagem constrói vínculos com a criança e a família no hospital e dar a notícia da possibilidade da perda ou agravo de uma criança hospitalizada sempre envolve um momento paciente-enfermeiro considerado difícil e doloroso para ambas as partes. Essa comunicação deve ser confortante, atribuindo claramente à verdade, mas de forma humanizada, tornando o processo de aceitação possível. O atendimento requer o conhecimento de cada caso, qualificando o cuidado em um conjunto de procedimentos de enfermagem, estabilidade emocional e preparo, assegurando o atendimento humanizado. Nesse contexto, a questão que norteou o estudo foi: os enfermeiros estão preparados para notificar a família sobre a possibilidade da perda ou da existência de um agravo da criança hospitalizada? **Objetivo:** A partir dessa objetivou-se conhecer a produção científica brasileira acerca das dificuldades dos profissionais enfermeiros diante da necessidade de comunicar à família notícias da possibilidade da perda ou de agravo da criança hospitalizada. **Metodologia:** Realizou-se um estudo com abordagem qualitativa do tipo revisão bibliográfica. A revisão bibliográfica visa reunir diferentes relatos e fatos, permitindo alcançar o objetivo do estudo. A busca foi realizada no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com os seguintes descritores: Enfermagem pediátrica and comunicação or notícias; Enfermagem pediátrica and doença terminal. Teve como critérios de inclusão: ser artigo científico publicado a partir de 2009; estar no idioma português; ter, além do resumo, o texto completo e apresentar nos resultados aspectos relacionados ao objetivo do estudo. O levantamento bibliográfico foi realizado no mês abril de 2017. Foram selecionados oito artigos fichados a partir de um instrumento de coleta de dados. Os resultados e conclusões dos estudos captados foram analisados pela técnica de análise temática. **Resultados:** Verificou-se que frente à possibilidade da morte da criança hospitalizada ou da mesma ficar com agravos,



as famílias estarão enfrentando cenários distintos e o enfermeiro não poderá padronizar esse atendimento, tendo que individualizar a assistência a partir do seu discernimento frente a cada situação. O convívio diário com a criança e sua família envolvem sentimentos pessoais do enfermeiro e compartilhar esse sentimento de dor deveria preparar o profissional para um atendimento humanizado, porém o enfermeiro precisa estar no controle desses sentimentos para, apesar deles, atuar de forma efetiva. A prática assistencial não se tem mostrado suficiente como experiência para capacitar os enfermeiros para os enfrentamentos cotidianos de ter que informar a família a possibilidade da morte da criança ou que a mesma será portadora de um agravo que afetará o seu viver. Nessas situações, até mesmo o profissional que atua há algum tempo se envolve emocionalmente com a criança e sua família e refere grande dificuldade em abordar tal situação. Sensibilizar-se nesse momento não deveria afastar o profissional da família, mas isso acontece e esperam que outro profissional, em geral o médico, comunique a má notícia. Essa comunicação precisa ser natural e humanizada, respeitando o estilo de vida da família. Conhecer seu ambiente de vida, cultura, religião, hábitos pode fornecer ferramentas argumentativas no desenrolar da conversa. **Discussão:** A característica que diferencia os profissionais é sua própria capacidade de ser empático diante a situação. E essa empatia constrói o vínculo do profissional com a família, sendo essencial para o cuidado dessas crianças. Esse vínculo, no entanto, pode gerar uma cobrança maior sobre sua própria atuação e desenvolver um sentimento de fracasso e impotência diante da morte ou da sua possibilidade ^(1,2). Os sentimentos dos profissionais se misturam e podem comparar sua atuação como enfermeiros ao estado de saúde da criança, reagindo por meio do afastamento, frieza, tristeza e sensação de não ser capacitado, podendo apresentar, inclusive, alterações fisiológicas como desenvolver a Síndrome de Burnout, gerando sentimento de impotência, sensação de fadiga, dor de cabeça, depressão, distúrbios do sono e emocionais ⁽²⁾. Pode-se também observar o despreparo desses profissionais em sua formação, mostrando a carência em discutir essa temática nos currículos e a necessidade de capacitação dos profissionais em abordar notícias difíceis com a família. O avanço tecnológico para fornecer um atendimento apropriado não substituiu a necessidade dos profissionais de estarem preparados para prestar conforto à família frente à possibilidade e/ou perda da criança ⁽³⁾. Desta forma, pode-se observar o despreparo desses profissionais em sua formação, e mostrando que ainda não basta serem bons realizadores de procedimentos para a prestação de



uma assistência de qualidade. É necessário refletir sobre a morte e como isso modificará sua vida pessoal ⁽⁴⁾. Em geral os profissionais de saúde mantêm o foco de seu atendimento em procedimentos. Porém quando a assistência é voltada a crianças com possibilidade de morte ou de ficarem com agravos comprometedores de sua qualidade de vida e suas famílias os padrões desse atendimento precisam ser voltados para suas necessidades específicas, pois terão dúvidas, medos e dificuldades de enfrentamento da situação vivida nesse momento ⁽⁵⁾. E ao darem a notícia os enfermeiros temem o rompimento da esperança sobre a recuperação dessa criança e, no momento que são confrontados pelos familiares, procuram buscar um método de amenizar a má notícia, deixando aberta a interpretação em razão de respeitarem as crenças desta família ⁽⁶⁾. A informação verbalizada ou não verbalizada à família pode afetar o sentimento de esperança diante da cura dessa criança. Em muitos casos acreditar que a criança hospitalizada possa ter uma melhora em seu quadro clínico, fornece forças físicas e emocionais para o enfrentamento da difícil rotina hospitalar a que estão submetidos. Sendo que, por mais frequente que seja o fato de ocorrerem óbitos na Pediatria, banalizar a morte implica em danos aos familiares e em uma necessidade de criar estratégias para adequar esse enfrentamento ⁽⁷⁾. Diante de todos os fatos estudos acerca da estabilidade emocional do enfermeiro que atua com crianças hospitalizadas ainda precisam ser desenvolvidos com vistas ao estabelecimento de estratégias as práticas de enfermagem que contribuam para o atendimento humanizado dessa criança e seus familiares. **Conclusões:** Os profissionais se preocupam em manter um relacionamento com seus pacientes e laços são criados a partir dessa experiência, mas ainda parece que a morte de uma criança não está no curso biológico da vida humana. Isso torna a enfermagem genuína, o desejo não só do cuidar, mas também de sentir, viver e se preocupar com a dor de seu paciente. Ainda se observa o despreparo em dar as más notícias, mas a busca pelo conhecimento para oferecer o suporte aos familiares dessas crianças demonstra o interesse de manter o atendimento humanizado. **Implicações para a enfermagem:** Esse atendimento precisa do trabalho multidisciplinar, pois as práticas diante da comunicação de más notícias devem ser analisadas em conjunto com toda a equipe, sendo necessário o discernimento do papel do enfermeiro nesse processo frente à criança e à família. Manter um atendimento humanizado proporciona um desenvolver mais natural da espera e um período de luto menos traumático para esses familiares e crianças.



Descritores: Enfermagem pediátrica. Comunicação. Notícias. Doença terminal.

REFERÊNCIAS

1. Pedroso MLR. Compreensões de famílias de crianças hospitalizadas vivendo com doenças crônicas: trajetórias do cuidado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
2. Rocha MCP, Souza AR, Rossato LM, Fossa AM, Horibe TM. A experiência do enfermeiro no cuidado paliativo ao neonato/criança: a interface com o processo de morrer e do luto. Saúde em Revista. Abr.-ago. 2015; v. 15, n. 40, p. 37-48.
3. Silva, MCB. Enfrentamento da morte e do morrer de crianças pela equipe de enfermagem na UTI. [monografia]. Universidade de Brasília faculdade de ciências da saúde departamento de enfermagem; 2015.
4. Armijo PP, Hurtado LSJ, Ocares MCM. Implicancias éticas en el manejo del niño gravemente enfermo atendido en una unidad de paciente crítico pediátrica. Acta Bioethica; 2014; 20 (1): 51-59.
5. Turolla KR, Souza MC. Enfermagem pediátrica oncológica: assistência na fase de terminalidade. Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde,. 2015; v. 19, n. 1, p. 26-37.
6. Hayakawa LY, Marcon SS, Higarashi IH. Alterações familiares decorrentes da internação de um filho em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 jun;30(2):175-82.
7. Gomes GC, Xavier DM, Mota MS, Salvador MS, Silveira RS, Barlem ELD. Dando notícias difíceis à família da criança em situação grave ou em processo de terminalidade. Rev enferm UERJ. mai/jun 2014; 22(3):347-52.



8.Marques CDC, Veronez M, Sanches MR, Higarashi IH. Significados atribuídos pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica ao processo de morte e morrer. Rev Min Enferm. Out/dez 2013; 17(4): 823-830.



ESTRATÉGIAS DE CUIDADO À CRIANÇA COM NECESSIDADES ESPECIAIS E DEPENDENTES DE TECNOLOGIA

**Fernanda L. L. de Meireles Leite; Giovana Calcagno Gomes; Cáren Iguere Noble;
Marina Soares Mota; Juliane Portella Ribeiro**

Introdução: Os avanços no desenvolvimento e implementação de novas tecnologias de cuidado em crianças prematuras tem permitido a sobrevivência dessas. Em alguns casos, a criança dependerá de cuidados e tecnologias especiais repercutindo radicalmente na dinâmica familiar. A família necessita se adaptar, inicialmente, com as mudanças pela internação do recém-nascido na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) e após, com a transição advinda da alta hospitalar. Essas situações, em especial a alta hospitalar, geram a necessidade de administrar sentimentos de alegria, angústia e tristeza, além de reorganizar a dinâmica do lar. As alterações na dinâmica familiar se intensificam quando a criança recebe alta hospitalar representando um ponto de transição complexo, principalmente quando se trata de uma criança com necessidades especiais de saúde e dependentes de tecnologias. Há a necessidade da família desenvolver novas habilidades e competências para cuidar da criança, podendo, experienciar reinternações, convivência com pessoas estranhas, submissão a procedimentos desconfortáveis, distanciamento de familiares, amigos, entre outros¹. A enfermagem, como integrante da equipe multiprofissional, é detentora de conhecimento técnico-científico e capaz de estabelecer um diálogo com intuito de promover a autonomia da família por meio de ações educativas, repercutindo em um cuidado contínuo e de qualidade, auxiliando no desenvolvimento de estratégias individualizadas e contextualizadas com a realidade da família e com as necessidades da criança^{2,3}. Destarte, a família vivencia um processo complexo que exige o desenvolvimento de estratégias de cuidado à criança. A sobrevivência da criança exige do enfermeiro novas formas de cuidar pautadas na realidade da criança e família reabilitando e promovendo a saúde e bem estar por meio da informação e do diálogo na construção de estratégias de cuidado contextualizadas a realidade desses. **Objetivo:** Conhecer as estratégias das famílias no cuidado à criança com necessidades especiais de saúde e dependentes de tecnologias. **Metodologia:** Pesquisa exploratória e descritiva de cunho qualitativo realizado



no ambulatório e no domicílio de crianças egressas de uma UTIN, de um município no sul do Brasil. Participaram do estudo nove pais e mães de crianças egressas da unidade que, na alta hospitalar, dependiam de alguma tecnologia de cuidado e/ou apresentavam necessidades especiais de saúde. Os dados foram coletados por entrevistas e analisados pela Técnica de Análise Temática. Realizou-se as entrevistas entre março e julho de 2016. Respeitou-se a resolução 466/2012. O projeto recebeu parecer favorável do comitê de ética nº 063/2014.

Resultados: Após receber o diagnóstico, a família percebe que o cuidado a ser dispensado à criança precisará ser diferenciado, exigindo mais atenção e cuidados. Há famílias que não seguem uma estrutura de cuidado e atendem as demandas da criança, na medida com que as mesmas vão aparecendo. Algumas famílias verbalizam que utilizam o período em que a criança está internada como estratégia para aprender a conhecer e avaliar a criança, adquirir experiência observando como o cuidado era realizado pelos profissionais de saúde, para reproduzi-los após a alta. Com o tempo de convivência com as necessidades da criança, o medo e as dificuldades vão diminuindo, se sente confiante e passam a criar suas próprias estratégias de cuidado à criança. Parte delas optam por tentar cuidar dentro da “normalidade”, permitindo que a criança desempenhe atividades básicas como forma de estimular e observar o progresso no desenvolvimento. Nessa busca, se empenham na estimulação do filho ainda em casa. Referente ao domicílio, a família estrategicamente transforma esse em um espaço de cuidado. Assim, a família reconfigura a casa conforme as necessidades da criança ampliando para a circulação, instala equipamentos que garantam a estimulação e a acessibilidade, muitas vezes, tornando a casa no mundo da criança. Ligado a reorganização da família, há pais que colocam o filho em seu quarto para que, assim, se cuide dele 24 horas por dia, observando-a até mesmo enquanto dorme. Algumas mães verbalizam como estratégia a organização dos horários de trabalho com o cuidado da criança, no entanto, há momentos em que não conseguem atender toda a demanda e solicitam auxílio de outros membros da família e/ou cuidadora; especialmente porque esse trabalho pode representar a única fonte de renda da família. Entre as estratégias, a família refere que se mobiliza em busca de consultas com especialistas e realização de exames, na tentativa de atender necessidades da criança e melhorar seu desempenho nas atividades diárias. Relatam que é preciso persistência, por causa das dificuldades de obtenção de recursos e especificidade da demanda de cuidado, no entanto, enfrentam as diversidades procurando sempre fazer o máximo para cuidar da criança. As



famílias acreditam que todo o empenho se justifica na defesa dos direitos da criança para que ela seja bem cuidada e tratada. Assim, procuram recursos para o cuidado como materiais, insumos, passagens de ônibus para o deslocamento, exames, leites especiais, consultas médicas com especialistas entre outros. Além disso, também requerem vagas em creches e escolas para seus filhos, tanto em classes especiais como em turmas regulares objetivando a aquisição de habilidades e a socialização da criança. Tais estratégias propiciam que a criança evolua e melhore, desenvolvendo suas habilidades como família cuidadora. **Discussões:** As necessidades de cuidado à criança, muitas vezes, exigem mudanças físicas estruturais do domicílio e organizacionais da família. As rotinas familiares são modificadas a fim de atender as demandas do cuidado e o espaço estrutural do domicílio, sendo, normalmente, a troca da disposição do mobiliário e cômodos a primeira transformação⁴. Há um forte empenho em cuidar da criança, o que pode levar a significativas mudanças na rotina que chegando ao distanciamento de outros familiares pela intensa objetivação do cuidado⁴. Fato que deve ser acompanhado pela equipe multiprofissional com fortalecimento da rede de apoio para que a família se mantenha saudável frente as adversidades enfrentadas. Os cuidadores percebem a necessidade de buscar conhecimentos e insumos na busca por qualificar o cuidado, nesse contexto o empoderamento dos direitos da criança através da disponibilidade de informações relacionados aos recursos e serviços deve ser facilitado pela equipe de enfermagem fortalecendo o vínculo entre familiares e profissionais.⁵ Entretanto, apesar das implicações no dia-a-dia dos aparatos tecnológicos e necessidades especiais do infante, algumas famílias tendem a manter ou buscam manter suas rotina diárias criando seus filhos dentro da “normalidade”, situação que deve ser observada para que as necessidades da criança bem como sua individualidade e autonomia sejam atendidas. O uso de novas tecnologias e necessidades especiais de saúde traz consigo a necessidade de novos conhecimentos e quando essa é relacionada à sobrevivência de entes tão queridos como, no caso, os filhos torna-se indispensável à busca por informações para o cuidado. Nesse momento, enfermeiro e família devem se unir para desenvolverem estratégias de cuidado através da educação para/em saúde. Sendo assim, se percebe a necessidade do vínculo entre família e profissionais de saúde com início no momento da internação e seja fortalecida durante todo o processo se perpetuando após a alta, desse modo se proporciona qualidade de vida tanto para a criança como para a família². **Conclusão:** A família, a partir das vivências, criam estratégias como a reestruturação



do domicílio, reorganização da rotina, busca de recursos para manutenção da saúde da criança e qualificação do cuidado, envolvendo força para persistir frente às dificuldades e adquirir segurança para o exercício do cuidado à criança. Destaca-se que a enfermagem foi pouco citada como apoio no desenvolvimento de estratégias, podendo indicar que, após a alta hospitalar, a criança e família, são pouco assistidas pela enfermagem ou que a sua presença foi pouco expressiva. É importante reforçar o papel do enfermeiro junto à família que cuida da criança egressa da UTIN dependente de tecnologia ou de necessidades especiais de saúde, ampliando e resignificando esse espaço de atuação da enfermagem repercutindo em mais qualidade de cuidado e saúde à família. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** O estudo revela que a família desenvolve as estratégias com pouco apoio da enfermagem. De tal modo, a enfermagem precisa repensar sua prática ampliando seu local de atuação, se apropriando do espaço do domicílio como ambiente de cuidado, facilitando o processo de aquisição de habilidades e conhecimentos, reduzindo as dificuldades da família tornando o cuidar de uma criança dependente de tecnologia ou necessidades especiais de saúde mais fácil e saudável. Assim, é preciso que o enfermeiro da UTIN estreite sua relação com o enfermeiro da comunidade favorecendo o vínculo entre família e profissionais resultando em um cuidado compartilhado.

Descritores: Enfermagem. Família. Crianças com Deficiência.

REFERÊNCIAS

- 1.Oliveira RR, Santos LF, Marinho KC, Cordeiro JABL, Salge AKM, Siqueira KM. Ser mãe de um filho em tratamento quimioterápico: uma análise fenomenológica. *Ciência, cuidado e saúde*. 2010 abr/jun; 9(2):374-82.
- 2.Góes FGB, La Cava AM. Práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada. *Revista eletrônica de enfermagem*. 2009; 11(4):942-51.
- 3.Pereira MS, Clemente EM, Salvador PTCO, Santos VEP, Tourinho FSV. O uso da



tecnologia na assistência à saúde da criança: revisão integrativa da literatura nacional. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2014 jan/mar; 12(39):74-79.

4.Nörnberg PKO. Vivências de cuidado familiar à criança dependente de tecnologias: subsídios para a enfermagem. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2014; 77f.

5.Neves ET, Cabral IE, Silveira A. Rede familiar de crianças com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2013 mar/abr; 21(2):305-14.



A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR FRENTE À INTERNAÇÃO HOSPITALAR INFANTIL: O ALCANCE DA ENFERMAGEM

**Yasmin Moreno Oliveira; Júlia da Conceição Marques Rossetini; Giovana
Calcagno Gomes; Cíntia Camila Santos de Souza Costa; Lorrane Nogueira de
Carvalho; Aline Ney Grehs**

Introdução: Durante a hospitalização é comum às crianças vivenciarem insegurança, desconforto e sofrimento psíquico e emocional devido ao afastamento temporário da sua rotina, da escola, amigos e da convivência com seus familiares, sendo obrigada a romper com todas as atividades sociais. Além disso, são submetidas a procedimentos dolorosos e invasivos, restrição ao leito, medo da morte e perda da sua privacidade pela exposição dos seus corpos a procedimentos de investigação e tratamento, podendo com estes eventos ocorrer uma ruptura em suas identidades. Acreditando que o cuidado deve ser baseado nas necessidades do paciente, que sua recuperação depende do seu estado de humor e de sua colaboração pode-se investir no brincar, fator influente no enfrentamento da hospitalização infantil, na comunicação entre paciente e profissional e para o alcance de êxito na terapêutica proposta. Os pacientes internados em hospitais enfrentam muitas dificuldades. Entre elas, o ambiente desconhecido, a distância do grupo familiar e o convívio com pessoas estranhas. Frente a este contexto as crianças podem sentir-se agredidas, tanto física como emocionalmente, pois são submetidas a diversos procedimentos dolorosos, podendo associar o ambiente à administração de medicamentos, procedimentos invasivos além de sentirem-se limitadas à enfermaria na qual estão alocadas. Não se discute a importância de oferecer um atendimento diferenciado às crianças hospitalizadas na Pediatria. Neste local, utilizamos o brinquedo como instrumento facilitador da comunicação e da terapêutica, incluindo profissionais, familiares e crianças em atividades lúdicas. **Objetivo:** discutir acerca da importância do brincar frente à internação hospitalar infantil. **Metodologia:** trata-se de uma reflexão teórica realizada em abril de 2017 por meio de uma revisão bibliográfica realizada de forma livre em artigos acessados na internet utilizando as palavras chave Recreação; Enfermagem; Saúde da Criança. **Resultados:** O simples ato de brincar representa um recurso para a criança entender o mundo que a cerca e o que acontece com ela,



possibilitando a elaboração de conflitos, frustrações e traumas. As brincadeiras perfazem toda a infância da criança e as levam a repetir situações prazerosas e a expressar seus medos e fantasias não verbalizadas. Por isso o lúdico deve ser inserido no processo terapêutico da criança, pois através do brincar a visão positiva que a criança tem dos profissionais poderá ser reforçada trazendo-lhe segurança e conforto. A utilização de brinquedos que simulam artigos hospitalares proporciona um contato mais ameno com aquilo que antes lhe representava dor. Através do emprego de técnicas de divertimento é possível esclarecimento, de acordo com a idade de cada criança e sua compreensão, a respeito da doença e dos procedimentos que serão realizados. A brincadeira favorece o crescimento físico, o aperfeiçoamento das habilidades motoras e dá vazão à energia psíquica. Através dela a criança imagina, dramatiza, expressa seus desejos, ansiedades e frustrações. Proporciona, ainda, atividades estimulantes e divertidas que lhe trazem calma e segurança. Assim, a falta do brincar no hospital interfere nessa etapa importante da vida da criança podendo ocasionar quadros de estresse. No hospital a criança pode ter medo do desconhecido, de não saber o que está por vir e, com isso, se sentir insegura, em um ambiente hostil, manifestando apatia, inapetência e agressividade. Por meio de caricatura de Clown (palhaço) com jalecos personalizados os profissionais procuram retirar a criança do ambiente hospitalar por meio do uso da imaginação, de brinquedos e artifícios para modificar a aparelhagem necessária no cuidado da criança que a deixe mais confortável no hospital. Utilizam-se livros infantis, brincadeiras com balões, música para pacientes em estado mais graves, utilizam métodos do riso, escuta, conversa e abraços para minimizar o sofrimento e aliviar a tensão. **Discussão:** A implantação de atividades infantis para a melhora da criança no leito hospitalar com a ajuda de equipamentos e brinquedos personalizados facilita o trabalho por facilitar a verbalização e a exteriorização dos sentimentos das crianças. O brinquedo, no hospital, auxilia na adaptação da criança, melhora seu estado de saúde, ameniza seus medos e angústias e propicia que esta continue crescendo e se desenvolvendo, resgatando o seu saudável neste contexto, possibilitando seu restabelecimento físico e emocional, diminuindo o trauma da hospitalização. (BRITO, RESCK, MOREIRA, MARQUES, 2009). Os profissionais de Enfermagem com capacitação para atuar em meios pediátricos devem utilizar o brincar para se aproximar da criança e criar empatia com as mesmas no



hospital. A perspectiva lúdica, no hospital, abre a possibilidade das enfermeiras transgredirem o instituído e transformarem o cotidiano do cuidado pelo bom humor e descontração no falar e no agir, tornando o convívio acolhedor, divertido e agradável. A alegria e a descontração propiciadas pelo brincar são expressões lúdicas que qualificam o cuidado da enfermeira. Configuram-se como restauradoras da saúde facilitando a interação, promovendo o processo de socialização e comunicação. (BEUTER, ALVIM, 2010). Brincar possibilita o riso. Quando damos uma gargalhada o ritmo cardíaco acelera, circula com mais vigor o sangue pelo organismo, aumentando a oxigenação dos tecidos. Rir facilita a digestão e o funcionamento do aparelho intestinal, pois exercita o abdômen; as emoções positivas inibem a produção dos hormônios: estradiol e adrenalina que quando em excesso baixam as defesas do organismo propiciando o aparecimento de infecções. A brincadeira e o riso não têm contra indicações somente aspectos positivos que precisam ser bem trabalhados a fim de humanizar o cuidado. Kiche e Almeida (2009) reforçam que o brinquedo diminui a dor, pois gera prazer e distrai, aliviando a estresse da criança, e, conseqüentemente, a dor; evidenciando-se claramente nesse momento a função curativa do brincar, atuando como válvula de escape e reduzindo a ansiedade da criança. Além de servir como instrumento para a equipe evidenciar problemas cognitivos, motores e de comportamento que a criança venha a apresentar. O brincar emerge tipificado como cuidado de enfermagem, expresso com sensibilidade e criatividade, envolvendo estética, ética, emoção e intuição dos sujeitos partícipes do cuidado. (BEUTER, ALVIM, 2010). **Conclusão:** O ato de brincar não deve ser negado à criança, pois mesmo no hospital a mesma continua crescendo e se desenvolvendo e o brincar auxilia na aquisição de habilidades e competências necessárias a sua vida. **Contribuições/implicações para a enfermagem:** O uso do brincar no hospital possibilita a humanização na área da Pediatria, cuidados alternativos e importantes para os menores. Relata-se a melhora significativa dessas e diminuição do trauma causado pela hospitalização infantil.

Descritores: Recreação; Enfermagem; Saúde da Criança.

REFERÊNCIAS



- 1.ALEXANDRE DT, VIEIRA ML. Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo. *Psicologia em Estudo* 2004; 9(2): 207-17.
- 2.CARVALHO, ALYSSON MASSOTE; BEGNIS, JULIANA GIOSA. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 109-117, jan./abr. 2006.
- 3.ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (org.); CHIATTONE, Heloisa Benevides Carvalho; MELETI, Marli Rosani. *A psicologia no hospital*. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
- 4.AZEVEDO, D.M.D; et al. O brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião dos acompanhantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2008;10(1):p. 137-144.
- 5.BEUTER M,ALVIM.NAT. Expressões lúdicas no cuidado hospitalar sob a ótica BRASIL. Câmara dos deputados. Estatuto da criança e do adolescente: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991, e convenção sobre os direitos da criança. 4ª ed. Brasília (DF): Câmara dos Deputados; 2003.
- 6.BORGES, Emnielle Pinto; NASCIMENTO, Maria do Desterro Soares Brandão; SILVA, Silvana Maria Moura da. Benefícios das atividades lúdicas na recuperação de crianças com câncer. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 28, n. 2, dez. p. 211-221 . 2008 .



PERSPECTIVA FAMILIAR ACERCA DA INDEPENDÊNCIA DA CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA VISUAL

Julia Rossettini da Conceição Marques; Aline Campelo Pintanel; Manoela Cunha

Nicoletti; Giovana Calango Gomes

Introdução: Aproximadamente 500.000 crianças no mundo desenvolvem cegueira anualmente. Estima-se que, cerca de 14,5 % da população brasileira possui um tipo de incapacidade ou deficiência, o que corresponde a aproximadamente 24,6 milhões de pessoas¹. No Brasil, 16,6 milhões de brasileiros apresentam algum grau de deficiência visual (DV), seja esta cegueira total ou parcial, afetando todas as idades. Destes, 150 mil são classificados e declaram-se cegos². A cegueira na infância exige, tanto da família quanto da criança cega a construção e o desenvolvimento de novas habilidades no sentido de promover sua independência.³ Cabe à família o importante papel de agente de socialização primária da criança, que, posteriormente desencadeará em ações independentes adotadas por esta. A maneira como a família recebe o diagnóstico e como é informada das características da deficiência é equivalente ao modo como está família verá a criança e entenderá suas potencialidades⁴. Acredita-se, no entanto, que algumas famílias não compreendam a forma correta de ensino da criança cega. Tal fato acaba por acarretar dificuldades e limitações no aprendizado, comprometendo a aquisição de independência pela criança. Este conhecimento poderá subsidiar os profissionais da saúde/ enfermagem no cuidado à família e à criança cega, instrumentalizando as famílias para o cuidado à criança cega e facilitando a adaptação à situação da criança para que ela possa assumir-se plenamente e conviver com sua deficiência de forma segura. **Objetivo:** Conhecer as vivências da família na promoção da independência da criança com deficiência visual. **Metodologia:** Realizou-se uma pesquisa de caráter descritivo com abordagem qualitativa. Foi realizada no segundo semestre de 2011, em um Centro de Educação Complementar para Deficientes Visuais do sul do Brasil, teve como participantes, uma quantidade de dez mães cuidadoras de crianças cegas que após orientadas acerca do objetivo e metodologia do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e



Esclarecido. Os dados foram obtidos através de uma entrevista semiestruturada, operacionalizada através de um roteiro com perguntas acerca do cuidado familiar à criança portadora de DV e analisados pela técnica de análise temática⁵. Todos os preceitos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Saúde para a pesquisa com seres humanos foram levados em consideração.⁶ O projeto foi encaminhado ao comitê de ética em pesquisa na área da saúde – CEPAS – FURG sendo aprovado sob parecer número 105/2011. As falas das participantes no estudo foram identificadas pela letra M seguida do número da entrevista, com vistas a garantir o seu anonimato. **Resultados:** Os dados foram organizados em duas categorias: Introduzir estímulos no ambiente e Auxiliar a criança a perceber e explorar o mundo. **Introduzir estímulos no ambiente:** Entende-se que o ambiente no qual a criança cega vive deve ser repleto de estímulos que facilitem sua adaptação à sua condição de cega e permita o acesso às informações pela exploração de outros sentidos. Referem que é importante não enfatizar os erros da criança, pois estes já são esperados, e sim valorizar seus acertos e conquistas. Neste sentido, a criança precisa ter um ambiente propício à aprendizagem e ter uma liberdade vigiada para que possa se desenvolver. *“Eu mando ele se levantar e fazer as coisas. Não deixo ele ficar com peninha de si mesmo. Nada de sentar e pedir tudo nas mãos. E, ainda, faço ele ir na padaria comigo, no supermercado e na farmácia. Ele pede os remédios para balconista. Isso tudo eu ensino. É aos poucos, mas a gente faz ele aprender a fazer as coisas sem ajuda. Ele precisa aprender a se virar nos lugares que vai. ” (M6).* **Auxiliar a criança a perceber e explorar o mundo:** É necessário que a pessoa com limitação visual supere suas dificuldades e passe a ter maior autonomia. No entanto, somente com a colaboração do outro, ela conseguirá conquistar maior independência. Verifica-se que uma das estratégias utilizadas pela família para garantir sua independência é auxiliá-la a perceber e explorar o mundo. *“A gente inventou umas folhas bem grandes furadinhas, a gente faz um desenho, fura a volta dele todinha e dá pra ela tocar e pintar depois. Isso deu certo porque ali a gente desenha cachorro, casa, carro, tudo que ela pergunta a gente vai desenhando e furando. Através do desenho, ela vai aprendendo a forma das coisas. ” (M1).* **Discussão:** Sabe-se que há grande importância no convívio dos deficientes visuais com os demais indivíduos da sociedade, já que desta forma estes terão maiores possibilidades de aprendizado e adaptação às limitações diárias. A troca de conhecimentos e de vivências faz com que as dificuldades e limitações sejam discutidas e



compartilhadas entre os grupos surgindo ideias e opiniões que favorecem a superação da situação vivida. Através de experiências significativas, sociais, afetivas, cognitivas e adaptativas, a criança explora suas possibilidades e constrói-se nas interações que estabelece com o outro, com os objetos e com o mundo que a cerca. Seu desenvolvimento deve ser visto sob os aspectos biopsicossociais que se inter-relacionam e interdependem.⁷ À medida que a família estimula a criança é garantido seu desenvolvimento saudável e independente. As crianças cegas necessitam de cuidados especiais e de estimulações em função de suas limitações para exploração do mundo. Assim, por referir-se a um estudo descritivo revela-se a necessidade de outros estudos acerca das estratégias familiares, a fim de comparar a outras realidades existentes, na busca de estratégias que subsidiem as dificuldades das famílias que cuidam da criança deficiente visual. **Conclusão:** Quanto às estratégias utilizadas pela família para cuidar a criança cega evidenciou-se a importância do ambiente estimulante na facilitação do seu processo de independência. Se as crianças com limitações visuais estiverem inseridas em um ambiente repleto de estímulos, estas apresentarão uma locomoção adequada, melhores resultados nos estudos, podendo vir a participar ativamente no meio social. Buscam, também, auxiliar a criança a perceber e explorar o mundo. O contato com o que lhe cerca favorece sua percepção global e torna-se condição necessária para a construção da independência da criança cega. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** Espera-se, com o presente trabalho, sensibilizar os profissionais da saúde/enfermagem que cuidam de crianças cegas para um novo olhar para seu familiar cuidador de forma a garantir-lhe acesso aos serviços de saúde e a informações que os habilitem para o cuidado à criança na perspectiva da sua independência. É necessário que as enfermeiras assumam o papel educativo junto a estas famílias no sentido de auxiliá-las no desenvolvimento de estratégias efetivas de cuidado à criança cega, as ações desenvolvidas pelos profissionais da saúde e/ou enfermeiros devem ser implementadas o mais precocemente possível como forma de instrumentalização da família para o cuidado e incentivo a independência infantil da criança cega.

Descritores: Família. Criança. Transtornos Visuais. Enfermagem.

REFERÊNCIAS



1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2008. Acesso em outubro de 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo>. 2006.
2. IBGE. Sala de Imprensa: IBGE e CORDE abrem Encontro Internacional de Estatísticas sobre pessoas com deficiências. Acessado em outubro de 2010. Disponível em: http://WWW.ibge.gov.br/home/presidência/noticias_visualiza.php?id_noticia=438&iid_pagina=1; (2005).
3. Rodrigues D. Notas sobre investigação em Educação Inclusiva. Lisboa: FEEI, 2007.
4. Barbosa M, Pettengill M, Farias T, Lemos L. Care of disabled children: social support accessed by mothers. Rev. gaúch. enferm. 2009;(3): 406-12.
5. Minayo MCS. (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis(RJ): Vozes, 2010.
6. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Educação Infantil. Saberes e Práticas da Inclusão: Dificuldades de comunicação e sinalização: Deficiência visual. Brasília: MEC, 2006.
7. Bezerra CP, Pagliuca LMF. Visually-impaired adolescents' interpersonal relationships at school. Rev. gaúch. Enferm. 2007;28(3): 315-23.



SITUAÇÃO NEONATAL DA INFECÇÃO CONGÊNITA POR SÍFILIS

Jaqueline do Espírito Santo Costa; Lulie Rosane Odeh Susin; Priscila do Amaral Nunes

Introdução: A sífilis congênita é uma doença com tratamento efetivo e acessível e o fato de existir a transmissão congênita do *Treponema Pallidum* já denota graves falhas na atenção em saúde materno infantil.¹ Os altos índices de incidência da infecção em nível mundial persistem desafiando os sistemas de saúde.² Quando mulheres são detectadas com sífilis gestacional a tempo e são tratadas adequadamente, a efetividade assumida do tratamento chega a 100% de prevenção de desfechos adversos, justificando o investimento em programas de saúde com direcionados ao agravo.³ **Objetivo:** descrever os dados epidemiológicos acerca da sífilis congênita em recém-nascidos em um município do extremo sul do Brasil. **Metodologia:** Estudo quantitativo, transversal e descritivo. Pesquisa realizada por meio de coleta documental nas fichas de notificação para sífilis congênita do Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN), e no banco de dados do SINAN, Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) disponíveis na vigilância epidemiológica do município do Rio grande. Os dados foram coletados diretamente em instrumento impresso. Foram incluídos no estudo todos os casos de sífilis congênita notificados de mães residentes em Rio Grande e que tenham realizado parto no município. Para manutenção da fidedignidade dos dados coletados foi realizada dupla digitação, permitindo para cada variável a comparação das digitações e checagem de consistência das mesmas. Os dados coletados foram codificados e digitados no programa Epi Data e, posteriormente, foi feita análise estatística descritiva univariada com o programa Stata versão 11.2 para conhecer a população de estudo de acordo com as variáveis estudadas.⁴ O trabalho obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG) sob o parecer 90/2015 e pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva- NUMESC da Secretaria Municipal da Saúde do Município do Rio Grande/RS sob o parecer 27/2015. **Resultados:** Foram notificados 134



casos de sífilis congênita no período estudado. Não houve alteração liquórica em 78 bebês (58,2%), três crianças apresentaram esse exame alterado (2,2%), 21 (15,7%) não foram investigados e em 32 (23,9%) fichas essa variável foi ignorada ou não preenchida. Para a análise da alteração de ossos longos, 47 (35,1%) crianças não tiveram alteração, 11 (8,2%) apresentaram anormalidades ao exame, em 20 (14,9%) não foi realizada essa investigação, em duas (1,5%) notificações esse exame não se aplicava ao caso, de acordo com o entendimento do profissional notificante; já em 54 (40,3%) essa variável foi ignorada ou não preenchida. Após diagnóstico sorológico da SC, não foi realizada a investigação para evidência de *Treponema pallidum* por meio de microscopia em 45 (33,6%) bebês. Entre aqueles que fizeram a investigação microscópica, foi apontada uma criança (0,7%) com evidência da bactéria, e 25 (18,7%) RNs sem indício do *Treponema*. Em 63 (47%) formulários essa variável foi ignorada ou não preenchida. Situação semelhante ocorreu para a comparação de titulação ascendente, a qual foi encontrada em um RN (0,7%), foi negativa para 22 (16,4%) crianças, não foi realizada para 41 (30,6%) crianças e ignorada ou não preenchida em 70 (52,2%) notificações. Para o tratamento dos bebês, a penicilina, utilizada isolada ou em combinação com outro antimicrobiano, foi indicada em 105 (78,4%) dos tratamentos, a ampicilina foi escolha para sete RNs (22,4%), e indicou-se gentamicina para uma criança (0,7%). A variável foi ignorada ou não preenchida em 21 (15,7%) notificações. A maioria das notificações indicava que os RNs eram assintomáticos: 93 casos (69,4%), e 20 (14,9%) bebês apresentavam de um até três sinais/sintomas simultaneamente, salientando-se que 21 (15,7%) notificações estavam com essa variável de Diagnóstico Clínico em branco. Os sinais/sintomas mais prevalentes foram: icterícia, hepatomegalia, anemia e osteocondrite. O desfecho dos casos notificados de SC em sua maioria foi de recém-nascidos vivos: 115 (85,8%); óbitos por SC foram 06 (4,5%) e houve 01 (0,7%) óbito por outras causas; as demais 12 (9%) fichas não foram preenchidas. Ao cruzar os sistemas SIM, SINASC e SINAN, a taxa de mortalidade proporcional no período estudado, dentre o total de óbitos de recém nascidos foi de 3% em 2012; 5% em 2013; 9% em 2014 e 3% em 2015. Não havia dados da mortalidade por sífilis congênita nos anos de 2010 e 2011. Já a taxa de mortalidade por causa específica, que compara as taxas de óbitos da população em risco foi de 0,4 em 2012; 0,7 em 2013 e 2014; e 0,3 para 1.000 recém nascidos em 2015. Dentre os seis óbitos relacionados à sífilis congênita, três mães não haviam realizado pré-natal, uma mãe teve essa assistência e duas não possuíam



dados acerca dessa informação, duas mães eram usuárias de *crack* e em apenas uma dessas notificações o parceiro sexual havia sido tratado. Foi observada reincidência de nascimentos de RNs com SC em quatro mulheres, sendo duas delas com três partos cada, e duas mulheres com dois partos cada. **Discussão:** Foram sintomáticos cerca de 15% dos recém nascidos diagnosticados e notificados, sendo os sintomas/sinais mais frequentes a icterícia, hepatomegalia anemia e osteocondrite. Diferente do encontrado em estudo do CDC, no qual apenas 6,5% dos RNs tiveram um ou mais sintomas, dentre os mais prevalentes a erupção cutânea, icterícia e hepatoesplenomegalia.⁵ Na presente pesquisa houve alteração liquórica em 27,8% dos bebês, e um percentual mais elevado de crianças (35,7%) teve alterações dos ossos longos na investigação radiológica. Em estudo conduzido no Espírito Santo, houve alterações liquóricas em 45,3% das crianças, mas menos crianças (18,9%) tiveram alterações radiológicas dos ossos longos⁶. Nessa pesquisa cerca de 15% das crianças não foram investigadas quanto a possíveis alterações de ossos longos. Esse dado é preocupante uma vez que mesmo em casos suspeitos, é ideal a realização da avaliação radiológica pois 4% a 20% dos recém-nascidos assintomáticos infectados, apresentam alterações apenas nas radiologias, não possuindo outros sinais da doença. Tendo em vista a ocorrência do acometimento ósseo, justifica-se a radiografia de ossos longos, pois alterações de metáfise e diáfise de tíbia, fêmur e número são frequentes em 75% a 100% das crianças que se apresentam com evidências clínicas.⁷ O tratamento instaurado na maior parte dos casos esteve de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, que indica penicilina como primeira escolha.⁸ No entanto cabe ressaltar que o ideal é a prevenção da infecção do conceito ainda intra-útero.⁹ No que tange a mortalidade, nesse estudo havia dados desse coeficiente em mais de um sistema de informação. No município do Rio de Janeiro, os casos de sífilis congênita estavam distribuídos em três sistemas de informação: SINAN, SIM e Sistema de Informações Hospitalares (SIH), e foi detectada a subnotificação, visto que houve registro de mortalidade pela doença, porém não houve o registro desse agravo no sistema apropriado.¹⁰ Nesse contexto, autores, por meio de uma revisão sistemática de literatura com estudos de diversos países, encontraram estimativas de que das crianças que nascem de mães infectadas, avalia-se que cerca de 11% podem sofrer óbito neonatal.¹¹ Posto que em níveis nacional e regional tenha ocorrido aumento na cobertura do pré natal e na testagem para sífilis,¹² destacou-se neste estudo a reincidência de casos de sífilis congênita quatro em mães com partos



anteriores de crianças com sífilis congênita. Em Porto Alegre foi demonstrada como frequente a recorrência da sífilis congênita em gestações subsequentes, que chegou a 68,4% de casos confirmados nas gestações subsequentes em um período de 7 anos. **Conclusões:** Apesar do diagnóstico e tratamento da sífilis congênita serem conhecidos e de baixo custo, o número de casos apresenta-se crescente e reflete as falhas na execução de ações sistemáticas para promoção da saúde materno-infantil. Os números acerca das infecções por sífilis congênita também evidenciam a eficácia ou não dos programas de controle da doença e dos serviços que oferecem assistência pré-natal. O acontecimento da sífilis congênita é um evento evitável, tendo em vista a realização do diagnóstico e tratamento da Sífilis Gestacional. Todavia, persiste elevada a incidência dessa doença. **Implicações para a Enfermagem:** Os casos de infecções de transmissão vertical tem estreita relação com a qualidade da assistência em saúde recebida. O enfermeiro enquanto profissional que atende casos de notificação compulsória é um dos responsáveis por alimentar os bancos de dados epidemiológicos e consequentemente auxiliar no mapeamento de casos e no planejamento de políticas de saúde para barrar o avanço dessa epidemia.

Descritores: Sífilis Congênita. Epidemiologia. Transmissão Vertical de Doença Infecciosa.

REFERÊNCIAS

- 1-Albuquerque CM, Costa LOI, Nobre CS, Couto CS, Frota MA. A compreensão da qualidade de vida atrelada à sífilis congênita. Rev. APS. 2015 jul/set; 18(3): 293 - 297.
- 2- Pessoa L, Galvão V. Clinical aspects of congenital syphilis with Hutchinson's triad. BMJ Case Reports 2011. [Internet]. 2013 Fev [acesso em 19/03/2017]; Disponível em: <http://casereports.bmj.com/content/2011/bcr.11.2011.5130.full.pdf+html>
- 3- Burak ZT. An eight-year retrospective analysis of antenatal screening results for syphilis: is it still cost effective?. J InfectDevCtries .2015; [acesso em: 04/03/2017]. 9(9): 1011-1015. Disponível em: <http://www.jidc.org/index.php/journal/article/view/26409743/1383>
- 4- StataCorp. Stata Statistical Software: Release 11. College Station, TX: StataCorp LP. 2009.
- 5- Bowen V, Su J, Torrone E, Kidd S, Weinstock H. Center for Disease Control and prevention. Increase in Incidence of Congenital Syphilis — United States, 2012–2014. 2015.



[acesso em 15/03/16]. Disponível em:

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6444a3.htm>

6- Gonçalves J, Primo CC, Rabbi GMS, Castro DS. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita de um Hospital Universitário – 2004 a 2008. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde 2011; 13(2): 49-55. [acesso em: 08/03/2017]. Disponível em:

<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/1602/1202>

7- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Sífilis 2012. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ano 1, (1). 2012. [acesso em: 05/03/2017]. Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52537/boletim_sifilis_2012_pdf_26676.pdf

8- Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém nascido: guia para os profissionais de saúde, intervenções comuns, icterícias e infecções. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 2. vol., 2ª edição atualizada. Brasília, 2014. [acesso em: 08/03/2017]. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v2.pdf

9- Sociedade Brasileira De Pediatria. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria.2010. [acesso em: 08/03/2017]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/tratamento_sifilis.pdf

10-Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal.Rev Saúde Pública, 2013,47(1):.147-57. [acesso em 20/03/2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100019

11- Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C,Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. Lancet .2016; 387 (10018): 587–603.



[acesso em 10/03/2017]. Disponível em:

[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)00837-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)00837-5.pdf)

12- Viellas Elaine Fernandes, Domingues Rosa Maria Soares Madeira, Dias Marcos Augusto Bastos, Gama Silvana Granado Nogueira da, Theme Filha Mariza Miranda, Costa Janaina Viana da et al . Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2014 ; 30(Suppl 1): S85-S100. [acesso em 13/03/2017]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en



CENÁRIO DA INFECÇÃO CONGÊNITA POR SÍFILIS EM UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL DO BRASIL

Jaqueline do Espírito Santo Costa; Lulie Rosane Odeh Susin; Priscila do Amaral Nunes

Introdução: A sífilis é causa de desfechos negativos em aproximadamente 40% dos casos de gestações de mães não tratadas. As consequências da infecção incluem aborto espontâneo, natimorto, morte perinatal, além de complicações nos nascidos vivos, manifestadas logo após o parto ou tardiamente.¹ Considerando a forma geral da doença, estima-se que mundialmente cerca de 12 milhões de pessoas são infectadas todos os anos.² Tratar a sífilis congênita é bastante custoso para o sistema de saúde se comparado com os custos de diagnóstico e de tratamento da Sífilis Gestacional, uma vez que para detecção da sífilis na gestação gastasse em média 1,50 dólares, para o tratamento da SC despende-se cerca de 30 dólares. Mesmo países que revelam baixa prevalência da doença, a triagem de rotina de casos apresenta considerável relação custo-benefício.² A taxa de incidência no Brasil em 2011 esteve em 3,2 casos. Regionalmente, o estado do Rio Grande do Sul apresentou taxa de incidência de 4,5 casos por 1.000 nascidos vivos em 2011.³ No município do Rio Grande, de acordo com dados da Prefeitura no mesmo ano, a taxa foi de 3,7.⁴ Embora possuindo exames diagnósticos de fácil execução e tratamento acessível, a sífilis persiste com altas taxas de mortalidade. Em âmbito nacional, nos anos de 1998 a 2011, foram declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) 1.780 óbitos por SC, sendo o maior índice na região Sudeste (52%) e nas regiões Nordeste e Sul foram 8,9%. O menor índice, nesse período, ocorreu na região Centro-oeste com 3,1% dos casos.³ Com a realização dessa pesquisa objetivou-se descrever o cenário epidemiológico da SC no município do Rio Grande de acordo com os dados do SINAN. Esse estudo justifica-se frente a necessidade de detecção do panorama epidemiológico da infecção neonatal por sífilis congênita, com vistas a favorecer a implementação de medidas de prevenção. **Metodologia:** Estudo quantitativo, transversal e descritivo. Esse tipo de estudo é adequado para medir a prevalência de uma determinada doença, sendo seus resultados úteis para avaliar as necessidades em saúde de uma população.⁵ Esta pesquisa foi realizada através



de coleta documental nas fichas de notificação para sífilis congênita do Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN), e no banco de dados do SINAN, disponíveis na vigilância epidemiológica do município do Rio grande. Os dados foram coletados diretamente em instrumento impresso no período de 2010 a 2015. Foram incluídos no estudo todos os casos de SC notificados de mães residentes em Rio Grande e que tenham realizado parto no município. Para manutenção da fidedignidade dos dados coletados foi realizada dupla digitação, permitindo para cada variável a comparação das digitações e checagem de consistência das mesmas. Os dados coletados foram codificados e digitados no programa Epi Data e, posteriormente, foi feita análise estatística descritiva univariada com o programa Stata versão 11.2 para conhecer a população de estudo de acordo com as variáveis estudadas.⁶ A coleta dos dados teve início somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG) sob o parecer 90/2015 e pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva- NUMESC da Secretaria Municipal da Saúde do Município do Rio Grande/RS sob o parecer 27/2015.

Resultados: Ao todo foram 134 notificações, considerando o período da coleta de dados. Sendo tais notificações realizadas em sua maioria pelo hospital universitário 108 (80,59%), seguida pela Associação de Caridade Santa Casa com 24 registros (17,91%), 02 deles estavam com essa informação em branco. O número de casos de sífilis congênita no período estudado foi crescente, sendo a prevalência da infecção maior em mães autodeclaradas brancas e com escolaridade menor do que 08 anos. A idade média foi de 25 anos, com mediana de 23. A incidência da infecção partiu de 0,4 caso em 2010 para 12,3 em 2015. Do total de formulários analisados, 100% possuíam pelo menos uma variável não preenchida, tendo em média 13,9 variáveis em branco. O formulário de notificação do SINAN possui 66 variáveis. As categorias com maior número de variáveis ignoradas incluíram os dados de identificação maternos e dados laboratoriais da criança. Com relação ao profissional notificador, destacou-se o médico com 107 registros (80,59%), seguido pelo enfermeiro com 25 registros (18,65%).

Discussão: A incidência encontrada, foi em média de 8,1 para 1.000 nascidos vivos, muito acima do encontrado como média nas Américas, de 1,3 para 1.000 nascidos vivos, e ainda mais contrastante com a metas da OPAS/OMS de chegar a 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos^{1,7}. No Estado do Ceará, a análise epidemiológica de uma década de dados mostrou que os índices de notificação da SC têm-se apresentado em uma série ascendente ano após ano.⁸ A



Sífilis Congênita é de Notificação Compulsória há cerca de 30 anos, e a gestacional há aproximadamente 12 anos, mesmo assim alguns profissionais afirmam não ter contato com esse processo.^{9,10} Pesquisa de 2011 realizada em Fortaleza, Ceará, com enfermeiros, demonstrou que 8,2% dos entrevistados afirmavam desconhecer a natureza compulsória da notificação dessas doenças. Nessa pesquisa foi constatado o baixo envolvimento do profissional enfermeiro no processo de informação de agravos, mesmo esta sendo uma atribuição que também lhe compete. Tal dado preocupa, uma vez que, na rede básica, o enfermeiro é capacitado para conduzir o atendimento ao pré-natal de baixo risco, sendo o responsável pelo acompanhamento da gestante.¹¹ Diferente de outros trabalhos encontrados na literatura, a prevalência da infecção foi maior em mães autodeclaradas brancas, tal dado vai de encontro ao perfil de vulnerabilidade social, majoritariamente encontrado nas mães infectadas. Uma possível explicação para essa informação é a proporção de pessoas autodeclaradas brancas (80%) no município¹². Mais de metade, 55,12% das puérperas tinham idade igual ou menor que 25 anos indicando concentração de mães na faixa etária adulto jovem, auge do período reprodutivo. Corroborando com esse achado, pesquisa realizada em âmbito nacional encontrou idade materna entre 20 e 29 anos.¹³ No estado do Ceará nos anos de 2000 a 2009, o nível de escolaridade superior a 12 anos foi encontrado em apenas 6,8% das mulheres com bebê diagnosticado para SC, confirmando o perfil de baixa escolaridade.

Conclusões: Conjectura-se a falta de comprometimento dos profissionais de saúde, com a completude das notificações realizadas. A falta de dados epidemiológicos de qualidade dificulta a realização de estudos para mapeamento e prevenção de agravos. Tais falhas na rede de atendimento de saúde resultam em consequências adversas como a ocorrência da transmissão vertical de doenças. Uma limitação importante do estudo é a natureza descritiva da pesquisa, o que não permite a condução da análise de causa e efeito, assim como a caracterização dos dados, exclusivamente regionais o que dificulta a extrapolação dos achados. Os resultados apontados podem ser considerados significativos, uma vez que para erradicação da sífilis congênita é fundamental conhecer o cenário no qual a doença encontra-se inserido, a qualidade da assistência de saúde prestada, e o padrão das notificações feitas pelos profissionais de saúde.

Implicações para a Enfermagem: O profissional enfermeiro está diretamente ligado à prevenção, detecção, tratamento e notificação da Sífilis Congênita, uma vez que presta nos serviços de atenção básica a assistência ao pré-natal de baixo risco,



bem como tem papel fundamental no rastreamento da infecção durante as consultas de enfermagem. No meio intra-hospitalar realiza os testes rápidos pré-parto e implementa a terapêutica indicada por meio da administração de medicamentos. É imprescindível que o enfermeiro compreenda também a sua relevância como notificador nos casos de compulsoriedade, aplicado na sífilis congênita bem como de educador em saúde junto a população em vulnerabilidade, pois a sífilis congênita é uma doença facilmente prevenível e com tratamento de baixo custo e acessível.

Descritores: Sífilis Congênita, Epidemiologia, Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação. Ministério da Saúde. 2014. [acesso em: 05/03/2017]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56610/folder_transmissao_vertical_hiv_sifilis_web_pd_60085.pdf
- 2- Organização Mundial da Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para a ação. Genebra: OMS; 2008. [acesso em 12/03/2017]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789248595851_por.pdf,
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Sífilis 2012. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ano 1, (1). 2012. [acesso em: 05/03/2017]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52537/boletim_sifilis_2012_pdf_26676.pdf
- 4- Prefeitura Municipal do Rio Grande. Atividades alertam a população para o aumento da sífilis congênita. 2012. [acesso em: 05/03/2017].Disponível em:<http://www.riogrande.rs.gov.br/pagina/index.php/noticias/detalhes+5ed4a,,atividades->



alertam-a-populacao-para-o-aumento-da-sifilis-congenita.html#.VKlyNyvF9S0

5- Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Epidemiologia Básica. 2.ed. - São Paulo, Santos. 2010.

6- StataCorp. Stata Statistical Software: Release 11. College Station, TX: StataCorp LP. 2009.

7- Pan American Health Organization. Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in the Americas. Update 2015.2015. Washington, DC. [acesso em: 08/03/2017]. Disponível em:

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18372/9789275118702_eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y

8- Costa Camila Chaves da, Freitas Lydia Vieira, Sousa Deise Maria do Nascimento, Oliveira Lara Leite de, Chagas Ana Carolina Maria Araújo, Lopes Marcos Venícios de Oliveira et al . Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013 Fev [acesso em 19/03/2017] ; 47(1): 152-159. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100019&lng=en

9- Brasil. Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias : guia de bolso. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev.– Brasília : Ministério da Saúde, 2010. [acesso em: 05/03/2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf

10- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 33, De 14 De Julho De 2005. Ministério da Saúde, 2005. [acesso em: 05/03/2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html

11- Silva Denise Maia Alves da, Araújo Maria Alix Leite, Silva Raimunda Magalhães da, Andrade Roumayne Fernandes Vieira, Moura Heber José de, Esteves Ana Beatriz Barbosa. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. Texto contexto - enferm. [Internet]. Jun 2014 [acesso em 10/04/2017]; 23(2): 278-285. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200278&lng=en



12- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades- Rio Grande do Sul/Rio Grande. [acesso em: 20/03/17]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431560>

13- Araújo Cinthia Lociks de, Shimizu Helena Eri, Sousa Artur Iuri Alves de, Hamann Edgar Merchán. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2012 Jun [acesso em: 20/03/17]; 46(3): 479-486. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300010&lng=pt



A TECNOLOGIA EDUCATIVA DA CAIXA DA VERDADE: IMPLICAÇÕES PARA A HIGIENE DE MÃOS

**Caroline Machado; Jaqueline Rodrigues Dutra; Caroline Nunes; Giovane Junior;
Edaiane Joana Lima Barros**

Introdução: O ambiente hospitalar abriga muitos microorganismos patogênicos, ou seja, capazes de causar doenças. Eles vivem na superfície e no interior do corpo dos profissionais de saúde, de outros funcionários do hospital, de visitantes e dos próprios pacientes, são espalhados por todo ambiente hospitalar. É a causa mais comum de infecção nosocomial, ou seja, infecção adquirida no interior do hospital e a técnica mais eficaz para evitar infecções no ambiente hospitalar é a lavagem das mãos¹. No sentido de desencadear a conscientização acerca da higiene de mãos nos serviços de saúde, faz-se necessário o uso de tecnologias educativas. A lavagem de mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde^(2,3). Com vistas à segurança do paciente, a higienização das mãos tem por finalidade a remoção de sujidade, suor, oleosidade, células descamativas e microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contato; prevenção e redução das infecções causadas pelas transmissões cruzadas. O termo “higienização das mãos” engloba a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica das mãos, sendo que a higienização correta depende da duração da técnica empregada, utilizando-se: água e sabão, preparação alcoólica ou antisséptica, não sendo substituída pelo uso de luvas³. Utiliza-se água e sabão quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais, ao iniciar o turno de trabalho, após ir ao banheiro, antes e depois das refeições, antes de preparo de alimentos, antes de preparo e manipulação de medicamentos. Os cinco momentos de higiene de mãos, como: 1) antes do contato com o paciente, 2) após o contato com o paciente, antes de realizar procedimentos assistenciais/ manipular dispositivos invasivos, 3) antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico, ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente, 4) após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente



próximas ao paciente, 5) antes e após remoção de luvas e outros procedimentos como, por exemplo, a manipulação de invólucros de material estéril⁴. E, o uso de antisséptico destina-se à higienização antisséptica das mãos o qual abrange casos de precaução de contato recomendados para pacientes portadores de microrganismos multirresistentes e nos casos de surtos e a degermação da pele que diz respeito ao pré-operatório, antes de qualquer procedimento cirúrgico (indicado para toda equipe cirúrgica), antes da realização de procedimentos invasivos. Essa técnica é igual àquela utilizada para higienização simples das mãos, substituindo-se o sabonete comum por um associado a antisséptico tendo o mesmo tempo de duração de 40 a 60 segundos, enquanto a preparação alcoólica, de 20 a 30 segundos⁵. A técnica de higienização simples das mãos é realizada de forma adequada quando as mãos são friccionadas em todas as suas faces, espaços interdigitais, articulações, unhas, extremidades dos dedos e punhos². **Objetivo:** refletir acerca do uso da caixa da verdade, como tecnologia educativa, com vistas à conscientização para a higienização das mãos no controle da infecção hospitalar. **Metodologia:** relato de experiência com abordagem qualitativa, acerca do uso de uma tecnologia educativa, a caixa da verdade, no processo de educação permanente em saúde, no período de 2016 a 2017, na Unidade de Telessaúde no Hospital Universitário do Rio Grande Dr. Miguel Riet Corrêa Jr./ EBSEERH. O método está pautado no uso da caixa da verdade que se constitui de uma caixa confeccionada em madeira, totalmente escura e possui uma luz negra em seu interior e dois orifícios em cima e em um dos lados, além de um tubo de tinta invisível. **Resultados:** Na Unidade de Telessaúde do HU FURG EBSEERH foram realizadas ações, como sensibilização no dia mundial de higiene de mãos, acolhimento de acadêmicos/ profissionais/usuários, visita às unidades assistenciais com a dinâmica da higiene de mãos. No sentido de despertar a necessidade da higiene das mãos e sua importância no cotidiano social e do cuidado e, com isso, evitar as infecções hospitalares e outras, por meio do uso de tecnologias educativas como o uso da caixa da verdade, distribuição de folders explicativos e frascos contendo álcool gel. A dinâmica consiste em higienizar as mãos com o produto que contém um reagente (tinta invisível), ao colocar as mãos dentro da caixa, são reveladas, por meio de pontos fluorescentes, quais áreas não foram “higienizadas adequadamente”, ou seja, revela sujidades que são imperceptíveis a olho nu. Para a população do hospital foi abordada principalmente a higienização simples, devido ao grande número de pessoas e o curto espaço de tempo. O interessante é que não apenas os



funcionários participam, mas estudantes, familiares de pacientes e outros usuários que ali se encontram, podem ouvir orientações e receber o material a respeito da higienização das mãos. A ideia é que os profissionais e a população precisam refletir sobre a eficácia e o tempo gasto para o procedimento de higienização das mãos em seu cotidiano com a principal finalidade a prevenção de infecção nos ambientes, em especial o hospitalar. **Discussão:** Higiene de mãos não é um ato isolado, mas um cuidado com o próximo. É fundamental que a população, tanto de profissionais quanto de usuários, contribua de alguma forma na prevenção de infecções nosocomiais, culminando na diminuição do tempo de internação, por meio da higiene correta das mãos, as quais podem ser focos de transmissão cruzadas de microorganismos. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de colaboração das universidades no desenvolvimento de novos estudos para aumentar o conhecimento sobre a temática e com a finalidade de incorporação de novos projetos pedagógicos que vislumbrem uma nova forma de ensinar esta importante medida nos cursos da área de saúde, contribuindo com a formação de profissionais conscientes e acarretando uma possível mudança no comportamento destes⁴. **Conclusão:** Diante disso, a realização da dinâmica não é um processo apenas transferência de conhecimentos, mas oportunidades de construção, em que os sujeitos que participam se percebem multiplicadores do conceito ligado ao tema higiene de mãos, impactando-os com vistas à aplicabilidade no cotidiano social e do cuidado. **Implicações/contribuições para enfermagem:** A enfermagem atua de forma direta e indireta na assistência e por representar, na maioria das instituições de saúde, o maior percentual de trabalhadores, faz-se imprescindível sua atuação de forma a prevenir e controlar infecções e neste contexto a higiene de mãos tem um papel essencial⁴. Assim, o uso de tecnologias educativas que orientem os profissionais à reflexão acerca desse tema, com vistas à mudança de práticas, como o uso da caixa da verdade, implica para a Enfermagem repensar, construir e sistematizar suas ações no sentido de que a higiene de mãos é um procedimento simples, mas fundamental.

Descritores: Desinfecção das mãos. Educação Permanente. Enfermagem.

REFERÊNCIAS:

1. Burton GRW, Engelkirk PG. Microbiologia para as ciências da saúde, 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.



2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília, 2007. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf acesso em: 12/08/2016.
3. Ferreira VA, Santana SK, Martins MA, Silva ESS, Vieira S. Técnica de higienização simples das mãos: A prática entre acadêmicos da enfermagem. Ciencia y Enfermeria XVI (1): 49-58, 2010.
4. Santana LM, Gandin RBR. Manual de Normas e Rotinas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Secretaria de estado da saúde Hospital Infantil Joana de Gusmão, comissão de controle de infecção hospitalar. Santa Catarina. 2007.
5. Brasil. Agência nacional de vigilância sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf Acesso em: 12/04/2017.



OFICINA SAÚDE DO ESCOLAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ismael Moron de Souza Reinhardt; Daciclei Lopes da Fonseca; Cáren Iguere

Noble; Tamara Rios de Avila; Liziani Iturriet Avila

Introdução: O trabalho aqui escrito é um relato de experiência de acadêmicos do curso de enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), de uma oficina intitulada Saúde do Escolar, realizada durante a 15ª Mostra de produção universitária da FURG em 2016, no intuito de orientar crianças em período escolar sobre a importância da boa alimentação, da higiene pessoal, principalmente a respeito da lavagem das mãos e da saúde bucal, conscientizando sobre os cuidados que devem ser dedicados para a prática de higiene, bem como na hora da escovação dos dentes e da higiene das mãos. Pensou-se, então, na elaboração de uma oficina pedagógica para trabalhar com crianças em idade escolar. Uma oficina nada mais é que uma forma de transmitir saberes de maneira horizontalizada, não hierarquizada, a qual oportuniza a fala ao guia e ao participante¹. O mesmo autor ainda refere que a oficina nunca perde de vista o embasamento teórico, mesmo adotando uma forma de aprendizagem alternativa à tradicional (vertical). Reconhecendo que existe um imenso vínculo entre saúde e educação e compreendendo que bons níveis de educação estão atrelados a uma população mais consciente sobre seu estado de saúde¹⁻², manteve-se o foco no compartilhamento de informações junto aos escolares de forma clara, concisa e em uma linguagem que eles compreendessem, buscando proporcionar um bom processo educacional à comunidade em idade escolar. Essa atividade ocorreu para que houvesse um fortalecimento da prevenção de doenças e promoção em saúde². **Objetivo:** Descrever as vivências dos discentes frente à atividade proposta de promover a educação em saúde das crianças em idade escolar. **Metodologia:** Inicialmente foram realizados diversos encontros entre os discentes e a coordenadora (docente) proponente da oficina com o intuito de estabelecer quais assuntos deveriam ser abordados nessa atividade. Esse planejamento se deu no período entre agosto e outubro. Após



elencadas as temáticas a serem exploradas, foi preparado um material para apresentação em *power point* e materiais interativos, em que a própria criança seria interlocutora da oficina. A alimentação adequada foi demonstrada por meio de dois painéis, um deles foi colocado para a colagem de alimentos saudáveis e o outro painel para alimentos não saudáveis, as figuras foram previamente escolhidas e recortadas pela equipe proponente, os discentes de enfermagem que ministraram a oficina. No momento da abordagem, as figuras foram dispostas em uma mesa na qual a criança escolheria os alimentos para colar em um ou em outro painel, conforme o seu entendimento de alimentação saudável e não saudável. Para a higiene pessoal houve a utilização de materiais práticos para explanação sobre a forma correta de escovação dental, sendo proporcionado que a própria criança realizasse a escovação em manequim. Logo em seguida, foram realizadas dinâmicas com as crianças a fim de interagir com as mesmas e aproximá-las na construção do conhecimento. Distribuição de livros para colorir (relacionado à higiene bucal e alimentação). Ao final, foi realizado um quiz de perguntas e respostas relacionadas às temáticas abordadas e, posteriormente, ao final da manhã as crianças receberam um lanche que foi proporcionado pela equipe proponente da atividade. Cerca de 80 alunos das séries iniciais, com idades entre seis e 12 anos, de uma escola pública, participaram das oficinas, as quais foram realizadas em dois dias distintos na 15ª MPU da FURG, possuindo a duração de duas horas em cada bloco (alimentação adequada e higiene pessoal), totalizando quatro horas.

Resultados: No dia do evento, no primeiro momento, foi realizada a apresentação de imagens e vídeos para melhor visualização da importância da alimentação saudável e da higiene pessoal. Com a realização da oficina, todos os resultados esperados foram atingidos. Houve o compartilhamento de saberes referentes à boa alimentação, a promoção de conhecimentos referentes à realização da higiene pessoal, educando quanto à prevenção de doenças geradas pela higienização corporal inadequada. As crianças foram capacitadas para a realização da correta lavagem das mãos, demonstrando a necessidade de lavar as mãos em diversas etapas, sempre com sabão, além de ressaltar sobre a importância da realização adequada da escovação dos dentes. O mais interessante era que as crianças não apenas



sentiam a necessidade de usar as informações recebidas no seu cotidiano, mas também possuíam a necessidade de transmitir esse conhecimento para as pessoas próximas, de forma que o bem de realizar a higiene corporal e oral pudesse atingir as pessoas com quem eles se importam. **Discussão:** Os participantes interagiram durante toda apresentação questionando e formulando novos pensamentos, pois eram questionados e estimulados a repensar atitudes, foram muito receptivos às propostas e participativos em todos os momentos. O conhecimento foi (re)formulado, construído junto com as crianças através das conversas e jogos. Cabe destacar que esse público alvo foi de baixo poder econômico e apresentava vulnerabilidade social, assim, em todos os momentos, procurou-se adequar a linguagem e as orientações para que fossem sempre condizentes com a realidade daquelas crianças. **Conclusão:** O trabalho demonstrou o quanto se faz importante esse tipo de atividade, pois através da educação em saúde podemos melhorar e modificar hábitos de vida, e se realizado de modo a considerar a cultura dos partícipes consegue-se com que surjam atitudes responsáveis e conscientes. Os profissionais comprometidos com a educação em saúde voltada para crianças devem proporcionar tais informações e atuar como multiplicadores do conhecimento na aquisição desse novo estilo de vida, responsável pela melhora nas práticas de saúde. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** Espera-se que esse trabalho, tenha sensibilizado acadêmicos e profissionais de enfermagem quanto à importância de divulgarmos o conhecimento adquirido na academia através da educação em saúde. Ao demonstrar as nossas vivências, esperamos que outros possam ver que a realidade pode ser modificada. Através desse relato, é possível perceber que há o interesse dos escolares em aprender e compartilhar as informações, mudar os hábitos alimentares e de higiene para uma melhor saúde pessoal e coletiva. Entretanto, apenas uma atividade isolada não é suficiente para que uma realidade ideal seja atingida. Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de atividades semelhantes com o mesmo público alvo, havendo a continuidade do trabalho ao estimular a boa alimentação e a higiene adequada.

Descritores: Enfermagem. Saúde Escolar. Educação.



REFERÊNCIAS

1. Paviani NMS, Fontana NM. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. Conjectura. 2009 mai/ago; 14(2):77-88.
2. Casemiro JP, Fonseca ABC, Secco FVM. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. Ciência & Saúde Coletiva. 2014; 19(3):829-40.



REVISÃO INTEGRATIVA DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM NO ANO DE 2016

Francine Carpes Ramos; Diéssica Roggia Piexak; Caroline Vieira Nunes; Cassia Martins Barbosa; Sheila Suelen Wittemberg; Marina Quaresma da Silva

Introdução: A enfermagem historicamente vem se constituindo como ciência e arte na área da saúde, com o intuito de produzir um corpo de conhecimentos próprios, tendo em vista que os requisitos para o reconhecimento de uma profissão estão relacionados a uma base de conhecimentos específica e os meios para comunicá-la¹. Assim, destaca-se que foram somente nas décadas de 1950 e 1960 que as teorias de enfermagem propriamente ditas começaram², ou seja, estão presentes na nossa profissão há aproximadamente 67 anos, tempo relativamente curto se comparado com outras profissões. Elas iniciaram a partir das preocupações de enfermeiros em relação a própria profissão, seu objeto de trabalho e o referencial teórico relacionado ao cuidar¹. Anteriormente ao desenvolvimento das teorias, a enfermagem estava subordinada à medicina e a sua prática era prescrita por outros e realçada pelas tarefas tradicionais e ritualistas, havendo pouca consideração com a justificativa. Assim, o trabalho inicial dos teóricos de enfermagem objetivava identificar os domínios intelectuais complexos que distinguem a enfermagem especializada da mera realização de tarefas². A definição de teoria, conforme os teóricos, caracteriza-se enquanto um conjunto de conceitos interrelacionados, definições e proposições que apresentam uma forma sistemática de ver os fatos/eventos pela especificação das relações entre as variáveis, com a finalidade de explicar e prever o fato/evento². Uma teoria de enfermagem completa possuirá contexto, conteúdo e processo. O contexto é o ambiente no qual o ato de enfermagem tem lugar, o conteúdo é o resumo da teoria e o processo é o método pelo qual o enfermeiro age ao usar a teoria, com ou por meio dos elementos do conteúdo da teoria³. Enfatiza-se que as teorias são fundamentais para a construção do saber e da prática de enfermagem, orientando modelos clínicos da enfermagem e possibilitando que os enfermeiros descrevam e expliquem os aspectos da prática assistencial, contribuindo dessa forma no desenvolvimento da relação teoria, pesquisa e prática na área¹. Compreende-se que é imprescindível o ensino das teorias de enfermagem na graduação de forma sistematizada e abrangente o suficiente para que o futuro enfermeiro



seja capaz de escolher a teoria ou as teorias de enfermagem que serão pertinentes ao seu campo de atuação e, conseqüentemente, obter subsídios para realizar um cuidado de enfermagem necessário e condizente com as necessidades da população. Nesse entendimento, foi proposta pela docente responsável da Disciplina de Processo de Enfermagem do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) a realização de uma busca por publicações que utilizassem alguma teoria de enfermagem, visando uma aproximação dos estudantes de enfermagem com as teorias da profissão e sua aplicabilidade.

Objetivos: Conhecer as teorias de enfermagem utilizadas na produção científica brasileira e identificar o ambiente em que estão sendo utilizadas e suas contribuições. **Metodologia:**

Trata-se de uma revisão integrativa, a qual possibilita a incorporação de evidências na prática clínica, permitindo a busca, a avaliação crítica e a síntese de evidências relacionadas ao tema pesquisado. Para a realização dessa revisão foram seguidas seis etapas. 1. Definição das questões norteadoras: Quais foram as teorias de enfermagem mais utilizadas no ano de 2016? E, quais são os ambientes em que as teorias de enfermagem estão sendo utilizadas e suas contribuições? 2. Estabelecimento de critérios de inclusão: artigos completos disponíveis gratuitamente e eletronicamente nas bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO); que atendessem aos objetivos; publicados no ano de 2016; procedência nacional no idioma português. Exclusão: resumos publicados em anais, capítulos de livros, teses, dissertações e editoriais. 3. Definição das informações a serem extraídas: Periódico; objetivo do estudo; metodologia; teoria(s) utilizada(s); ambiente de cuidado e contribuições. 4. Análise dos estudos, conforme preconizado por Whittemore e Knafl⁴. 5. Interpretação dos resultados e 6. Apresentação da revisão integrativa³. O termo de busca foi “teorias de enfermagem” e o limite: 2016. **Resultados e Discussão:** Foram encontrados 12 artigos na SCIELO e cinco na LILACS, desses, dois eram artigos duplicados nas bases de dados e um não correspondia aos objetivos do estudo. Assim, respeitando os objetivos e os critérios, a amostra constituiu-se de 13 artigos. A distribuição por periódicos compreendeu: Revista Gaúcha de Enfermagem (n=4), Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (n=3), Revista Escola de Enfermagem da USP (n=2), Revista Brasileira de Enfermagem (n=2), Revista Mineira de Enfermagem – REME (n=1), Revista Latino-Americana de Enfermagem (n=1). Destaca-se que essas revistas variam do Qualis B1 a A1, na área da enfermagem, o que fortalece a importância e a



pertinência desses estudos e a utilização das teorias. A abordagem metodológica dos artigos foi: 30,7% (n=4) cunho qualitativo, 30,7% (n=4) estudos teórico e reflexivo, 15,4% (n=2) relacionavam-se a revisão integrativa, 15,4% (n=2) abordagem quantitativa e 7,8% (n=1) relato de experiência. A partir da análise, identificou-se 15 teorias de enfermagem utilizadas nas produções, sendo que, alguns artigos trouxeram mais de uma teoria, totalizando 31 exposições. Evidencia-se a maior frequência para a Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson com 22,6% (n=7). As demais teorias ficaram distribuídas em: Teoria do Autocuidado de Orem 12,9% (n=4), Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta 9,7% (n=3), Teoria do Conforto de Kolcaba 9,7% (n=3), Teoria Holística de Levine 6,5% (n=2), Terapia das Relações Interpessoais em Enfermagem de Peplau 6,5% (n=2), Teoria da Adaptação de Roy 6,5% (n=2), Modelo de Promoção da Saúde de Pender 3,2% (n=1), Teoria da Auto-Transcendência de Reed 3,2% (n=1), Teoria Ambientalista de Nightingale 3,2% (n=1), Teoria do Modelo Conceitual do Homem de Rogers 3,2% (n=1), Teoria Transcultural de Leininger 3,2% (n=1), Teoria da Relação Interpessoal de Travelbee 3,2% (n=1), Teoria de Alcance de Metas de King 3,2% (n=1) e a Teoria Humanística de Paterson e Zderad 3,2% (n=1). Respondendo ao segundo objetivo do estudo, em relação ao ambiente em que as teorias estão sendo aplicadas, verificaram-se nos 13 artigos analisados sete ambientes distintos, dentre eles, o hospitalar, escolar, de trabalho, doméstico/domiciliar, serviço ambulatorial especializado e o meio universitário. Destaca-se que com 53,8% (n=7) o ambiente principal foi o hospitalar. A incorporação das teorias de enfermagem proporciona contribuições para enfermeiros na prática, pesquisa, educação e administração nas diversas dimensões do cuidado⁵. A partir da análise dos dados, foi possível identificar contribuições decorrentes da utilização das teorias de enfermagem, essas foram organizadas em três categorias. De acordo com os artigos selecionados, as teorias vêm a contribuir: na prática assistencial de enfermagem; no relacionamento entre a equipe de enfermagem e enfermeiro-paciente; e no empoderamento dos indivíduos. **Prática assistencial de enfermagem:** esta categoria representa 61,5% (n=8) das publicações analisadas. Refere-se a contribuição que o uso das teorias traz para o exercício da prática assistencial de enfermagem, através da incorporação de terapias com práticas complementares para ampliação do cuidado, no sentido de ofertar uma abordagem que alcance não somente o bem-estar físico, mas mental, emocional e espiritual⁶. Além disso, reflete-se na evolução do corpo de conhecimentos da enfermagem pelo aprimoramento de



conhecimentos científicos. Também, atua no despertar dos enfermeiros para a importância da implementação de programas de promoção da saúde, assim como, suporte na implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e do Processo de Enfermagem (PE) nas instituições⁷. Nesse sentido, proporciona alicerce e fomentação pela melhoria da assistência, facilitando e uniformizando o cuidado integral, refletindo no aumento de conforto para o paciente.

Relacionamento entre a equipe de enfermagem e enfermeiro-paciente: com representação de 23,1% (n=3) dos artigos analisados, a categoria apresenta contribuições nos aspectos relacionados às relações interpessoais da equipe de enfermagem, abordando a liderança do enfermeiro pautada no cuidado transpessoal com sua equipe. Ainda, trata do relacionamento do binômio enfermeiro-paciente, no intuito de desmistificar a assistência voltada para o biológico. Direcionando as relações de assistência de enfermagem de forma coerente, verdadeira e empática, considerando a complexidade dos seres humanos e todos seus aspectos⁸.

Empoderamento dos indivíduos: esta categoria apresenta expressão de 13,4% (n=2) das publicações do estudo. Aponta o favorecimento do empoderamento de indivíduos através da utilização de teorias de enfermagem. Assim, é possível oportunizar a autonomia e o autocuidado de pacientes, através das estratégias de educação em saúde, como grupos terapêuticos, visita domiciliar e orientações com o uso de recursos educativos inovadores. Nesse sentido, proporciona a emancipação dos pacientes, pois através da apropriação de conhecimento, assume responsabilidade por suas decisões relacionadas à saúde, incorporando ações de autocuidado⁹.

Conclusão: Este estudo oportunizou que estudantes da Disciplina de Processo de Enfermagem da FURG pudessem relacionar a pesquisa em enfermagem, por meio dessa revisão integrativa, a temática de sala de aula – Teorias de Enfermagem. Além disso, foi possível identificar as teorias mais utilizadas no ano de 2016, com destaque para a Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson, o hospital sendo o ambiente em que as teorias eram utilizadas e suas principais contribuições para o cuidado – na prática assistencial, no relacionamento entre a equipe de enfermagem e enfermeiro-paciente e no empoderamento dos indivíduos, fornecendo aos estudantes informações até então distantes, tendo em vista que estão no segundo ano da graduação em enfermagem.

Contribuições/implicações para a Enfermagem: A aproximação de estudantes de série iniciais com as teorias de enfermagem oportuniza melhor entendimento da ciência de enfermagem e as bases da profissão, o que poderá ser potencializador de pensamento crítico-



reflexivo frente ao cuidado de enfermagem e as necessidades sociais apresentadas.

Descritores: Revisão. Teoria de Enfermagem. Educação em Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Schaurich D, Crossetti MGO. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. Esc Anna Nery Rev Enferm [periódico online]. 2010 [capturado em 22 de abr. 2017]; 14 (1): 182-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a27.pdf>
2. McEwen M, Wills EM. Bases teóricas para a Enfermagem. São Paulo: Artmed, 2007.
3. Barnum BJS. Nursing Theory. Analysis, application, evaluation. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1994.
4. Whittemore R, Knafl K. The Integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing, 2005; 52 (5): 546-53.
5. Neto JMR, Marques DKA, Fernandes MGM, Nóbrega MML. Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativa. Rev Bras Enferm [periódico online]. 2016 [capturado em 22 de abr. 2017]; 69 (1): 162-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0174.pdf>
6. Gnatta JR, Kurebayashi LFS, Turrini RNT, Silva MJP. Aromaterapia e enfermagem: concepção histórico-teórica. Rev Esc Enferm USP [periódico online]. 2016 [capturado em 19 de abr. 2017]; 50 (1): 127-33. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0130.pdf
7. Schmitz EL, Gelbcke FL, Bruggmann MS. Filosofia e marco conceitual: estruturando coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm [periódico online]. 2016 [capturado em 23 de abr. 2017]; 37(esp): 1-9. Disponível em:



<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37nspe/0102-6933-rgenf-1983-14472016esp68435.pdf>

8. Savieto RM, Leão ER. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. Esc Anna Nery [periódico online]. 2016 [capturado em 21 de abr. 2017]; 20 (1): 198-202. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0198.pdf>

9. Tossin BR, Souto VT, Terra MG, Siqueira DF, Mello AL, Silva AA. As práticas educativas e o autocuidado: evidências na produção científica da enfermagem. REME - Rev Min Enferm [periódico online]. 2016 [capturado em 22 de abr. 2017]; 20 (esp): 1-9. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1074>.



IMPLEMENTAÇÃO DE *CHECK LIST* EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA CARDIOLÓGICA: relato de experiência

**Caroline Bettanzos Amorim; Mateus Ferreira De Oliveira; Évilin Diniz Gutierrez;
Deciane Pintanela de Carvalho; Laurelize Pereira Rocha**

Introdução: os registros de enfermagem evidenciam a assistência prestada ao paciente. Essas anotações são consideradas meios comunicação entre as equipes multidisciplinares e servem como instrumentos de defesa legal para os enfermeiros, além de possibilitar o planejamento das ações, o planejamento terapêutico, objetivando uma assistência integral, de qualidade e buscando a continuidade do cuidado ao paciente. Os registros descrevem informações do paciente durante seu período de internação.¹ Segundo o código de ética dos profissionais de enfermagem, Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, estabelece que é de responsabilidade da enfermagem, registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar; também é direito deste profissional, registrar informações relativas ao processo de cuidar do indivíduo, tanto no prontuário como em outros documentos próprios da enfermagem. Nos Art. 71 e 72, que tratam das responsabilidades e deveres, estabelece que é dever da enfermagem incentivar o registro e fazê-lo de forma clara, objetiva e completa². A reunião dos dados obtidos através dos relatos dos pacientes ou responsáveis e as anotações dos profissionais chama-se prontuário do paciente, nele contém dados de anamnese e exame físico, resultados de exames, procedimentos realizados, assistência prestada, entre outras informações que esclarecem atos de negligência ou falta de assistência, principalmente nas unidades de urgência e emergência, em que as condutas devem garantir a preservação da vida, redução de danos e complicações no processo saúde-doença³. Os registros que os enfermeiros realizam constituem um instrumento de importância já que 50% de informações referentes ao cuidado do paciente são fornecidas por eles, dessa forma, torna-se evidente a necessidade de registros diários e de qualidade no prontuário do paciente². Quando os cuidados prestados não são registrados ou são registrados de forma incompleta, dificultam a continuidade do cuidado, bem como a obtenção de dados para



auditorias³. Salienta-se que, o prontuário é um documento legal, um recurso de defesa e acusação, onde o que não foi registrado não há como provar que foi realizado, portanto além da importância que os registros de enfermagem têm para o cuidado do paciente eles também são importantes para o profissional por possuir um respaldo legal, comprovando o cuidado realizado⁴. É necessário enfatizar também, que os cuidados assistenciais prestados de maneira insegura ou indevida aos pacientes resultam em elevada taxa de morbimortalidade que poderia ser evitada caso parâmetros e protocolos facilitadores fossem implementados, além de gastos adicionais com a manutenção dos sistemas de saúde, representando uma grande preocupação⁵. Diante do exposto, evidenciou-se a necessidade de criação e implementação de um instrumento que facilite e otimize o registro de enfermagem em uma unidade de emergência que ao mesmo tempo incentive a equipe a incorporar essa responsabilidade em sua rotina na unidade hospitalar, qualificando o atendimento e diminuindo a ocorrência de erros. **Objetivos:** relatar a experiência da elaboração e implementação de um *checklist* para os registros de enfermagem, em uma unidade de emergência em cardiologia de um Hospital Filantrópico no Sul do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência vivenciado pelos discentes da disciplina Estágio Supervisionado II, do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, realizado nos meses de março e abril de 2017. O estudo foi realizado na unidade de emergência em cardiologia Centro da Dor Torácica de um Hospital Filantrópico no Sul do Rio Grande do Sul. O referido hospital foi fundado em setembro de 2002, com a finalidade de atender pacientes em situações de urgência/emergência cardiológica. O centro da dor torácica é uma unidade de emergência cardiológica com funcionamento 24 horas por dia, contando com uma equipe composta por enfermeiras administrativas e assistenciais, por técnicos de enfermagem, médicos, estagiários de graduação em enfermagem das universidades locais e acadêmicos de medicina, quando necessário o fisioterapeuta se faz presente. A unidade é subdividida em pacientes internados, pacientes em observação e pacientes na unidade coronariana, aqueles pacientes que necessitam de cuidados intensivos imediatos. As patologias atendidas mais frequentes nessa Unidade são: infarto agudo do miocárdio; insuficiência cardíaca descompensada; edema agudo de pulmão; angina instável e hipertensão arterial sistêmica. **Resultados:** os discentes juntamente com os enfermeiros da unidade



construíram um *checklist*, visando a ocorrência dos registros de enfermagem de forma sistemática buscando a eficiência no momento de registrar os cuidados prestados aos pacientes, uma vez que se trata de uma unidade de emergência com um fluxo de pacientes intenso. O *checklist* foi avaliado previamente pelos enfermeiros da unidade e revisado pelo professor supervisor docente, os quais aprovaram. Após, o *checklist* passou pela avaliação da enfermeira responsável técnica do hospital sendo aprovado. Além disso, ela também relatou a importância do formato de *checklist* para aquela unidade. Após o processo de elaboração e aprovação, o *checklist* foi impresso e passou a ser utilizado pelos enfermeiros da unidade. O *checklist* é composto por uma avaliação céfalo-caudal, abordando informações relevantes do paciente como, nome, idade, leito, número de registro de internação, diagnóstico, nível de consciência, restrição no leito, deambulando com ou sem auxílio, aceitação da dieta hospitalar por via oral, presença de acessos periféricos ou centrais, uso de antibioticoterapia, tipo de ventilação, eliminações urinárias e intestinais, presença de edema, comorbidades anteriores, alergias, coloração das mucosas, presença de curativo, presença de sonda e tipos, solicitação ou realização de exames, necessidade de acompanhante e o motivo, entre outros. Além disso, há um espaço para a assinatura e carimbo do profissional enfermeiro que realizou o *checklist*.

Discussão: no que se refere à demanda de atendimentos, a dor torácica é uma das queixas mais frequentemente relatadas pelos pacientes no serviço de emergência hospitalar no Brasil. Esse sintoma pode indicar significativas alterações físicas e/ou psicológicas, podendo ser desde uma crise de ansiedade até complicações mais severas, como o infarto agudo do miocárdio. Sendo assim, o enfermeiro atuante no serviço de emergência cardiológica precisa ser capacitado para conhecer as mais diversas etiologias que podem desencadear gerar uma dor torácica e ser capaz de identificar possíveis sinais de gravidade⁷. Ao mesmo tempo, sabe-se que os registros de enfermagem, quando realizados de maneira correta, proporcionam uma assistência de qualidade e informações precisas a respeito das condições clínicas do paciente, facilitando a comunicação e a troca de informações. Destaca-se ainda, que o registro de enfermagem não deve ser visto apenas como uma rotina de cumprimento de regras e normas burocráticas, é preciso entender sua importância e as dificuldades ocasionadas pelo não preenchimento correto deste ofício. Os resultados identificados em estudo⁶ sobre o uso dessa ferramenta proporcionam não



somente uma melhor qualidade nos serviços prestados, mas também possibilitam aos gestores das organizações hospitalares estarem alertas para desenvolver as mudanças necessárias conforme os erros identificados e previamente mapeados. Outros estudos^{8,9} evidenciam o uso do *checklist* nas unidades hospitalares, como uma ferramenta comumente utilizada em unidades cirúrgicas, sendo implementado para manter a segurança do paciente, no período pré, intra e pós-cirúrgico. Essa utilização também é identificada na experiência vivenciada, uma vez que ao introduzir o *checklist* como método de registro de enfermagem em uma unidade de emergência cardiológica, que apesar de tratar-se de uma unidade com intenso fluxo de atividades e alta rotatividade de pacientes, notou-se a receptividade e adesão dos enfermeiros para com a nova ferramenta de registro, uma vez que o objeto em questão possibilitou aos profissionais uma maneira mais rápida, eficaz e objetiva de registrar informações fundamentais sobre o estado de saúde do paciente. **Conclusão:** a utilização de um *checklist* para a evolução de enfermagem, como forma de registro serve como meio de comunicação entre os membros das diferentes equipes, e foi considerada de extrema relevância na avaliação da assistência prestada, pois além de indicar os procedimentos e orientações realizados aos pacientes durante sua internação hospitalar possibilita registrar informações para que exista uma continuidade e planejamento do serviço, de acordo com as suas necessidades. Além disso, comprova o trabalho daquele que o executou, servindo de respaldo tanto para o profissional quanto para o hospital e o paciente. **Contribuições/Implicações para enfermagem:** devido à alta demanda de pacientes e intenso fluxo de atividades existentes em um setor de emergência, faz-se importante à existência de um instrumento facilitador para realizar os registros de Enfermagem, otimizando o tempo e qualidade do serviço prestado, pois proporciona aos profissionais uma maneira mais rápida, efetiva e objetiva de registrar as informações sobre o estado de saúde dos pacientes.

Descritores: Enfermagem. Checklist. Serviço Hospitalar de Cardiologia. Emergência.

REFERÊNCIAS

1. Nóbrega MML, Garcia TR, Medeiros ACT, Souza GLL. Banco de termos da linguagem



especial de enfermagem de um hospital escola. Rev. Rene. 2010;11(1):28-37.

2. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311/2007. Dispõe sobre o Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 2007.

3. Seignemartin BA, Jesus LR, Vergilio MSTG, Silva EM. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. Rev. Rene. 2013;14(6):1123-32.

4. Seignemartin BA, Jesus LR, Vergilio MSTG, Silva EM, Marques D. Anotação de Enfermagem: retrato da prática de enfermagem de um pronto atendimento. Investigación Cualitativa en Salud. 2015;(1):215-20.

5. Bohomol E, Ramos LH. Erros de medicação: a importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. Rev bras enferm. 2007;60(1):32-6.

6. Zambarda LTB. A importância da qualidade dos registros de enfermagem para a gestão em saúde: estudo em hospital na região noroeste do RS. 2015, 11p. Trabalho de conclusão de curso. Escola de Administração (UFRGS) - Universidade Aberta do Brasil (UAB).

7. Vieira AC. Protocolo de enfermagem para dor torácica em um serviço de emergência hospitalar: aplicação e avaliação. 2014, 31-33. Trabalho de conclusão de curso. Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal De Santa Catarina (UFSC).

8. Pancieri AP, Carvalho R, Braga EM. Aplicação do checklist para cirurgia cardíaca: relato de experiência. Rev. SOBECC, 2014; 19(1): 26-3.

9. Elias ACGP, Schimidt DRC, Yonekura CSI, Dias AO, Ursi ES, Silva RPJ et al. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em hospital universitário público. Rev. SOBECC. 2015; 20(3):128-133.



EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DE BOAS PRÁTICAS NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

**Laura Fontoura Perim; Juliane Scarton; Saul Ferraz de Paula; Jeferson Ventura; Hedi
Crecencia Hekler de Siqueira; Daisa Cabral dos Reis Semedo.**

Introdução: Segundo a Organização Mundial da Saúde – (OMS ⁽¹⁾), as doenças crônicas vêm apresentando crescimento nas últimas décadas, sendo que cerca de 60% de todas as mortes ocorridas no mundo são decorrentes destas. Em pesquisa realizada por Amostra de Domicílios no Brasil, no ano de 2008, verificou-se que as regiões Sul (35,8%) e Sudeste (34,2%) foram as que apresentaram os maiores percentuais de pessoas com pelo menos uma doença crônica ⁽¹⁾. Dentre as doenças crônicas não transmissíveis mais preponderantes estão incluídas o diabetes, asma, câncer, doenças cardíacas, hipertensão arterial crônica, as quais demandam cuidado contínuo ⁽²⁾. Estudos científicos revelam que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis foram responsáveis por 60% das mortes em 1998, em particular as cardiovasculares, o Diabetes Mellitos e o câncer. Estima-se que, em 2020, 73% serão atribuídas a DCNT, sendo que os principais fatores de risco são a inatividade física, o tabagismo e a dieta inadequada. O trabalho de prevenção e tratamento desses agravos é fundamental e a responsabilidade dos países em desenvolvimento torna-se ainda maior ⁽³⁾. As doenças crônicas compreendem um conjunto de condições permanentes relacionadas a causas múltiplas, causadas por alterações patológicas não reversíveis, que acarretam em incapacidade residual e requerem um cuidado especial ⁽⁴⁾. Nesse ínterim, a promoção e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis por meio da educação em saúde, possibilita melhor qualidade de vida aos já portadores, assim como a redução dos doentes crônicos e das condições impostas pela condição de vida. Assim, a educação em saúde, compreendida como um processo educativo para a construção do conhecimento em saúde, objetiva emancipação do indivíduo por meio da autonomia ⁽⁵⁾, torna uma ferramenta útil, tendo em vista que, possibilita que o próprio indivíduo alcance uma atenção em saúde clara embasada nas próprias necessidades de cuidado. Nessa perspectiva, é imprescindível que o



enfermeiro tenha uma visão holística do ser humano, considerando as questões subjetivas e àquelas que refletem suas crenças, valores e cultura. Assim, o cuidado de enfermagem não pode se basear apenas nos aspectos físicos, mas na valorização do sujeito e na sua visão de mundo ⁽⁶⁾. Através desta reflexão, o enfermeiro poderá fornecer um cuidado individualizado, focado nas necessidades reais de saúde e doença, bem como nas condições de aceitação, conhecimento, compreensão na promoção em saúde, resultando na melhora da qualidade de vida e na promoção do bem-estar de todos os envolvidos. **Objetivo:** refletir sobre a importância da educação em saúde, à pacientes com Doenças crônicas não transmissíveis na construção da promoção e prevenção da saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de reflexão teórica, oriundos das discussões e questionamentos a respeito da importância da educação em saúde á pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Fundamentada em autores que discutem a cerca da temática proposta com base em outros materiais e discussões apresentadas aos alunos do curso Técnico em Enfermagem da uma Escola Técnica de Rio Grande, compondo a grade curricular da disciplina de Saúde Coletiva II, no primeiro semestre de 2016. Para atender o objetivo proposto pelo estudo, o presente trabalho, adota uma abordagem metodológica teórico-conceitual fundamentada em reflexões acerca da educação em saúde para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. Sendo estruturado em introdução, uma seção principal e conclusão. **Resultados e discussões:** Para promover saúde deve-se refletir sobre o objeto saúde, considerando um conceito em construção que depende de valores sociais, culturais e históricos, e que permita viver com qualidade. As ações de promoção à saúde propõem reorientar os serviços de saúde, buscando a atenção integral às pessoas em suas necessidades, visando construir saúde em seu sentido mais amplo, e lutando contra as desigualdades através da construção de cidadania ⁽⁷⁾. As intervenções necessárias para a promoção de saúde devem estar centradas num trabalho coletivo que garanta, através das políticas públicas e sociais, uma assistência humanizada e resolutiva, participando as famílias e a comunidade como foco central da objetivação as ações propostas. A promoção em saúde é a intervenção sobre as condições de vida da população, não baseada somente na prestação dos serviços clinico-assistenciais, mas a preconização das ações inter setorial que envolvem a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer dentre outros elementos determinantes sócios ambientais que incidem na produção da saúde da



população⁽⁸⁾. A aproximação com a realidade local regional, facilita a compreensão, pelo profissional de saúde, no planejamento e execução das atividades do cuidado, melhorando a qualidade de vida da população assistida. A idealização da promoção da saúde objetiva mais que a produção de novos conhecimentos e mudanças na estrutura da atenção a saúde construindo críticas às práticas hegemônicas de saúde e propõe uma mudança baseada na transformação da atenção a saúde, com projeções para a organização social em que encontram-se cada família e indivíduo ⁽⁹⁾. Essas ações estão contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada pela portaria n.º 687, de 30 de março de 2006 ⁽¹⁰⁾. Na perspectiva da promoção e prevenção em saúde, os cuidados da equipe de saúde objetiva desenvolver a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidade para identificar as suas necessidades de saúde e participar na busca por soluções para elas, tendo em vista as possibilidades ao seu alcance⁽¹¹⁾. **Implicação para a enfermagem:** a equipe de saúde é importante para a educação em saúde, o enfermeiro, é membro fundamental no planejamento e realização das ações educativas. O portador de doença crônica não transmissível é consciente dos riscos e complicações de sua condição de doença, a educação em saúde resgata a proximidade do usuário com os Sistemas de Saúde e proporciona uma condição de atuação direta no cuidado e na melhoria de sua qualidade de vida. **Conclusão/Considerações finais:** Educar é uma maneira de construir cidadania, formar indivíduos conscientes de sua realidade, permitindo desafiá-la em busca de soluções para o enfrentamento dos problemas individuais e coletivos. A educação em saúde, importante papel desempenhado pelo enfermeiro tanto na construção direta quanto indireta do saber deve ser enfatizado nas atividades diárias. O enfoque na educação popular em saúde deve valorizar os saberes, os conhecimentos prévios da população e não somente os conhecimentos científicos, aproximando o plano de cuidado da realidade social de cada indivíduo e do coletivo, facilitando a sua compreensão e sua aderência. Nas últimas décadas, a política de promoção da saúde tem-se destacado mundialmente como importante ferramenta na busca da construção do conceito ampliado de saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos. A participação do usuário portador de doença crônica não transmissível, desde o planejamento de suas ações à compreensão da importância do acompanhamento consequentemente refletirá em uma população mais consciente e ativa na tomada de decisões no seu auto cuidado. Cabe aos profissionais de saúde multiplicar a essência e objetividade da promoção e prevenção em



saúde, trazendo como estratégia fundamental para impulsionar mudanças não somente no setor de saúde mas também na sociedade, resgatando o cuidado nas relações humanas e nas práticas de saúde, resgatando valores fundamentais para a construção de novas relações sociais pautadas no respeito, ética, solidariedade, humanização e no cuidado.

Descritores: Enfermagem. Promoção de saúde. Doença crônica.

REFERENCIAS

- 1.Sousa JC. A doença crônica e o desafio da comorbilidade. Rev. Port. Clin. Geral 2007; 23:353-358.
- 2.Duncan BB; Chor D; Aquino EML. Doença crônica não transmissível no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Ver Saúde Pública 2012; 46(SupI):126-34.
- 3.Brasil Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Proposta de Educação Permanente em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para os Municípios com população acima de 100 mil habitantes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
- 4.Torres HC. Educação em saúde sobre doenças crônicas não transmissíveis no programa saúde da família em Belo Horizonte. REME- Rev. Min. Enf; 2010 out/dez; 10(4):402-406.
- 5.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.
- 6.Mascarenhas NB, Melo CMM, Fagundes NC. Produção de conhecimento sobre saúde e prática de enfermeira na Atenção Básica. Rev Bras Enferm 2012 nov/dez; 65(6): 991-9.
- 7.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.



8.Alves GG. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2011; 6(1):319-325.

9.Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 15-38.

11.Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 687 de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 30 mar.2006b.

12.David HML, Bonneti OP, Silva MRF. A Enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. *Ver Bras Enferm* 2012 jan/fev; 65(1): 179-85.



ENSINO/APRENDIZAGEM EM GRUPO DE ESTUDOS NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Francine Carpes Ramos; Diéssica Roggia Piexak

Introdução: A sociedade ainda é marcada por traços relacionados ao individualismo e pela presença de relações hierarquizadas e competitivas¹. Consequentemente, esses aspectos podem vir a refletir no meio acadêmico universitário, reproduzindo espaços sociais influenciados por concorrência/disputa entre colegas, além de déficit no trabalho e ações coletivas. Nesse sentido, é fundamental a estimulação da prática em grupo, uma vez que essa amplia a possibilidade de relações mais solidárias, através do reconhecimento de semelhanças e diferenças entre os integrantes, favorecendo a construção de ideias e atividades em conjunto². O estudo em grupo mostra-se como uma aposta metodológica integradora de ensino-aprendizagem, considerado um recurso didático com efeito potencializador para educar, é envolvido por princípios ativos e permanentes, que vão desde o aumento da facilidade e qualidade do aprendizado até evolução no relacionamento interpessoal entre os integrantes³. É no ambiente universitário que devem ocorrer interações que possibilitem o amadurecimento e aprendizado do estudante, sendo que para o alcance de uma formação é imprescindível saber trabalhar em grupos junto às relações interpessoais. Tendo em vista que, a prática profissional do enfermeiro seja no âmbito da atenção, gestão ou docência, necessita do desenvolvimento e aperfeiçoamento de atributos em relação à atuação em equipe, envolvendo o autoconhecimento, a escuta, o diálogo, a convivência com pessoas diferentes, a autenticidade, além de bagagem com experiências de processos e coordenação grupal². Emergem-se através da prática em grupo contribuições valiosas para os integrantes, que são essenciais na colaboração para o crescimento profissional. Perante essa prática, é possível executar trocas de experiências e conhecimentos, ou seja, cada integrante contribui para o aprendizado do outro, além disso, revela-se: o favorecimento da interação entre os estudantes, pois através da possibilidade de aproximação cria-se um elo de respeito pelo próximo, confiança e pertencimento ao grupo; o incremento da qualidade do aprendizado e a aquisição de novos conhecimentos; o aperfeiçoamento das habilidades sociais por meio da prática do



diálogo, assim como, apresentação/exposição de conteúdo; a melhora da comunicação e a inclusão entre os integrantes; o desenvolvimento da atitude crítica e participativa^{2,3}. Nessa perspectiva, esse estudo surge com a intenção de disseminar a prática de grupos de estudo, destacando seus benefícios, no intuito de despertar interesse e propagar a ideia para a comunidade acadêmica. **Objetivo:** Descrever a experiência de grupos de estudo em relação a prática clínica de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre a realização de grupo de estudo acerca da prática clínica de enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande – FURG, no período de outubro de 2016 a março de 2017. A origem desse grupo, deu-se a partir do agrupamento de integrantes de um grupo maior, onde despertou-se o interesse comum do aprofundamento de conhecimentos a respeito de temas específicos da prática clínica de enfermagem. Atualmente é composto por um total de oito integrantes, dentre os quais: uma docente coordenadora responsável, uma enfermeira e seis acadêmicas de enfermagem. **Resultados e Discussão:** Nosso grupo tem como essência o aprimoramento de conhecimentos e crescimento pessoal/acadêmico em conjunto, através do companheirismo e da responsabilidade grupal em relação a execução da programação pré-estabelecida. Segundo o autor, “aprender em grupo é preocupar-se não somente com o produto da aprendizagem, mas com o processo ensino/aprendizagem que gera mudanças nos sujeitos”^{2:49}. A metodologia utilizada para a exposição/apresentação do conteúdo é definida pelo próprio integrante, ou seja, usufruímos desde exposição dialogada com utilização de recursos como slides em arquivo *Power Point*[®], até apresentações expositivas em roda de conversa com a disponibilização do conteúdo em material impresso ou digital para todos os integrantes. Vale ressaltar que, independentemente do modo de explanação é essencial o movimento permanente de transmissão de conhecimento que deve alcançar todos participantes por meio da discussão em grupo. No que diz respeito a coordenação, essa é peça fundamental para o funcionamento e desenvolvimento do coletivo. O coordenador pode ser considerado o mediador do saber e o elo de ligação entre os integrantes. Todavia, para exercer esse papel é indispensável o desenvolvimento de competências e habilidades, como a flexibilidade, abertura para aceitação de erros e diferenças, o dinamismo, assim como, ouvir, falar, sentir, pensar, agir, problematizar e encontrar soluções com o grupo². Em relação a periodicidade dos encontros, são realizados em datas de comum acordo conforme a disponibilidade dos integrantes, podendo ocorrer também aos finais de semana. Até então, o



grupo trabalhou em duas grandes temáticas, que serão descritas a seguir: processos seletivos para Residências Multiprofissionais e na publicação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) acerca das Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. **Processos seletivos para Residências Multiprofissionais:** para a realização do estudo desse tema, o conteúdo programático foi embasado em dois editais de seleção pública para ingresso no ano de 2017. O primeiro trata-se do processo seletivo do Programa de Residência em Área Profissional de Saúde na modalidade Multiprofissional com área de formação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), já o segundo refere-se ao processo seletivo para a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde na categoria profissional Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Esse estudo foi direcionado através da distribuição das bibliografias de referências disponibilizadas no conteúdo programático dos editais das seleções para os integrantes, ocorrendo de acordo com a afinidade e preferência de cada um em relação aos assuntos. Outra atividade realizada importante a se destacar, compreende a revisão de provas de duas seleções citadas, essas eram compostas por 40 questões de múltipla escolha, distribuídas em: questões sobre conhecimentos gerais relacionados à saúde, questões de conhecimentos de políticas públicas de saúde, questões referentes ao manejo profissional – paciente e questões em relação a conhecimentos específicos da categoria profissional de Enfermagem. A revisão foi efetuada por meio de discussões em grupo, visto que cada integrante se responsabilizou por um número de questões e assumiu o compromisso de uma verificação minuciosa e argumentativa de cada alternativa, com a disponibilização do material para consulta dos demais participantes. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde:** processos infecciosos além de aumentar o tempo de internação do paciente, a morbidade e a mortalidade, eleva os custos no cuidado para os serviços de saúde do país⁴. Nessa perspectiva, essa publicação é uma ferramenta influente para a segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde⁴. Publicado no ano de 2017 pela ANVISA, com um total de 201 páginas, tem como finalidade principal a contribuição para a redução da incidência das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)⁴. Para o alcance desse objetivo, essa publicação traz através de um embasamento técnico-científico atualizado, quatro capítulos com as principais medidas preventivas práticas adequadas à realidade brasileira, sendo essas: Medidas de prevenção de Pneumonia Associada à Assistência à Saúde,



Medidas de Prevenção de Infecção do Trato Urinário, Medidas de Prevenção de Infecção da Corrente Sanguínea e Medidas de Prevenção de Infecção Cirúrgica⁴. Nesse intuito, torna-se indispensável estudar o material em questão, visando sua relevância para acadêmicos e profissionais atualizarem-se, assim como, adquirir conhecimento e domínio acerca do tema. Para a efetivação do estudo, foram organizadas duplas entre os integrantes, assim cada par responsabilizou-se por um capítulo. **Conclusão:** A partir desse estudo foi possível descrever a experiência acerca da realização de grupo de estudo sobre temas relevantes e atuais para a prática clínica de enfermagem, assim como, identificar os inúmeros benefícios e contribuições que se refletem para os integrantes. Através da desenvoltura de grupos, destacam-se vantagens para a evolução acadêmica, profissional e pessoal, como o crescimento conjunto, a oportunidade do desenvolvimento da habilidade de apresentação e explanação de conteúdo, além do melhoramento e fortalecimento das relações interpessoais permeado pelo companheirismo do trabalho coletivo. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** A enfermagem sendo parte integradora do cuidar necessita permanecer atualizada acerca de conhecimentos científicos e práticas clínicas assistenciais. Além disso, a aprendizagem em grupo possibilita ao acadêmico um exercício para a atuação profissional, favorecendo o desenvolvimento da destreza do trabalho em equipe através da aquisição de experiências. Assim, a introdução de técnicas e estratégias diferenciadas de ensino devem estar presentes no contexto da graduação, favorecendo a construção de profissionais com pensamento crítico e habilidades diferenciadas. Nesse sentido, o estudo vem a ser um incentivador com ideia de ampliação e propagação de conhecimento, em uma tentativa de estimular acadêmicos e profissionais de enfermagem para a prática do estudo em grupo em vista de todos os benefícios apontados.

Descritores: Processos Grupais. Educação em Enfermagem. Educação Superior.

REFERÊNCIAS

1. Frizon RD, Gomes ED. O ensino da arte na sociedade individualista. Cadernos PDE. [periódico online]. 2016 [capturado em 15 de abr. 2017]; 1: 1-17. Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2014/2014_14_unicentro_arte_artigo_rita_deconto_frizon.pdf



2.Barbato RG, Corrêa AK, Souza, MCBM. Aprender em grupo: experiência de estudantes de enfermagem e implicações para a formação profissional. Esc Anna Nery Rev Enferm. [periódico online]. 2010 [capturado em 14 de abr. 2017]; 14 (1): 48-55. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a08.pdf>

3.Cirineu CT, Fiorati RC, Assad FB. A utilização de técnicas de grupo em sala de aula: contribuições para o processo de ensino-aprendizagem na graduação em terapia ocupacional. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. [periódico online]. 2016 [capturado em 13 de abr. 2017]; 27 (3): 349-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i3p349-354>

4.Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. [periódico online]. Brasília (DF). 2017 [capturado em 16 de abr. 2017]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/servicos/publicacoes>



OFICINA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Daciclei Lopes da Fonseca; Cáren Iguere Noble; Ismael Moron de Souza Reinhardt;
Tamara Rios de Avila; Liziani Iturriet Avila.**

Introdução: O atendimento pré-hospitalar (APH) é entendido como a realização de intervenções aplicadas às vítimas de sinistros antes da chegada ao ambiente hospitalar¹. Tais intervenções/ações influenciam sobremaneira na chance de sobrevivência e na recuperação da vítima. Sabe-se que acidentes e eventos inesperados podem apresentar-se a qualquer momento e em qualquer ambiente da vida cotidiana³, a partir desse fato emergiu a ideia de proporcionar uma capacitação para a comunidade em geral sobre o APH, na tentativa de contribuir para o reconhecimento e para as tomadas de atitudes frente aos agravos que necessitem de uma ação rápida e efetiva em casos de acidentes. Destaca-se que o socorro imediato geralmente é oferecido por pessoas próximas à vítima, e que isso contribui com a possibilidade de sobrevivência e de uma melhor recuperação do que um atendimento pré-hospitalar mal aplicado (leigos, por exemplo), podendo ser mais prejudicial do que o próprio evento causador do sinistro². **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada por discentes de enfermagem ao ministrarem uma oficina de atendimento pré-hospitalar à comunidade. **Metodologia:** A oficina foi realizada em outubro de 2016, no Campus Carreiros da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), durante a 15ª Mostra de Produção Universitária. A proposta da oficina de capacitação foi realizar uma atividade com a comunidade em geral, fomentando conhecimentos sobre: os riscos de acidentes/traumas e sobre os procedimentos adequados no manejo de vítimas, incentivando as boas práticas frente a esses agravos. O grupo que organizou a oficina realizou reuniões semanais no período de dois meses para a elaboração do conteúdo e das atividades que seriam propostas na oficina. O grupo era composto por discentes de graduação e de pós-graduação em Enfermagem, e foi coordenado por uma docente (orientadora). Inicialmente foi realizada a escolha de temas acerca do APH a serem trabalhados com a comunidade; dentre a gama de agravos a serem trabalhados, selecionaram-se os mais recorrentes, quais sejam: Síncopes, crises convulsivas,



queimaduras, hemorragias, obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) e parada cardiorrespiratória. A partir dos temas elencados, partiu-se para o formato de apresentação do conteúdo, que foi discutido por meio de algumas reuniões até o surgimento de uma proposta realizada por alguns acadêmicos, a qual foi de pronto absorvida pelo restante do grupo que desenvolveu um material didático próprio e aplicável na oficina, sucedendo-se a reunião de materiais que foram utilizados nas diversas dinâmicas e cenários montados para envolver o público alvo na temática escolhida. A metodologia escolhida vem ao encontro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde que diz: “a educação em saúde como prática na qual existe a participação ativa da comunidade, que proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida.”² **Resultados:** A experiência vivenciada pelos acadêmicos foi intensa e instigante desde o momento da idealização até a prática da oficina, sendo esta modalidade de ensino dinâmica e que se aproxima da realidade, partindo dos conhecimentos dos participantes que envolvidos pelo cenário elaborado com fins de expô-los a situações de emergência, em um primeiro momento prático, tinham suas reações exploradas em tempo real, sendo assim apreendidas pelos proponentes para posterior reflexão, em segundo momento teórico e reflexivo, de instrução expositivo-dialogada, na qual novos conhecimentos eram construídos em conjunto proponentes e público alvo. Nesse contexto, oportunizou-se um amplo debate das impressões, mitos e verdades em atendimento de emergência em diversas situações, no qual havia o envolvimento dos atores da proposta que interagiram em praticamente toda oficina, criando uma corrente de conhecimento que fluía de maneira horizontal e instigava os participantes em troca de saberes e reflexões que enriqueceu a todos presentes. **Discussão:** Durante a realização do processo interativo, notou-se o interesse e a responsividade dos participantes expondo suas vivências, dúvidas e conhecimentos prévios diante dos cenários apresentados montados com manequins, caracterizados com maquiagem, feridas falsas, de acordo com os temas propostos, no intuito que se assemelhasse a realidade e os instigasse a refletir, agir e posicionar-se frente ao quadro apresentado, o que surtiu grande efeito positivo, com boa aceitação do público, além das expectativas e uma participação maciça deste, instigando cada vez mais os proponentes a buscar ainda mais interatividade com a dinâmica da oficina, aproximando-se do público e trazendo suas vivências à tona, conduzindo a prática realizada com êxito. Foi realizada a capacitação dos participantes para reconhecer as situações de emergência, bem como saber os telefones úteis



de apoio para chamadas de socorro, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades necessárias para o primeiro atendimento frente às situações de emergência. **Conclusão:** A participação como ministrantes da oficina na MPU oportunizou a expansão do conhecimento e o desenvolvimento de novos saberes tanto como acadêmicos, contribuindo assim para a formação de futuros profissionais, com uma gama maior de recursos e práticas que poderão subsidiar ações efetivas em prol do fazer da enfermagem. Nesse contexto, constatou-se que ainda há grande carência na área de prevenção e promoção e da educação em saúde, pois, após o término da oficina, houve um grande número de pedidos para abordagem de outras situações de emergência que estão presentes no cotidiano do público presente. Alguns participantes demonstraram tamanha necessidade de esclarecimento sobre assuntos não trabalhados na oficina, necessitando um atendimento individualizado, demonstrando o largo campo de atuação que pode ser preenchido pela enfermagem. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** Este trabalho tem intuito de contribuir para evidência da importância de se expandir conhecimentos e enfrentar desafios em prol de um bem comum, e que a profissão da enfermagem deve estar cada vez mais perto da comunidade com ações de prevenção e promoção à saúde onde esta mais necessita, que é em seu meio, popularizando a profissão, contribuindo para derrubar estigmas e mitos sobre a mesma, incentivando acadêmicos e profissionais de enfermagem quanto à importância de divulgarmos o conhecimento com linguagem direcionada ao grupo que se pretende atingir, por meio da educação em saúde, podendo assim interferir nas realidades.

Descritores: Educação em saúde. Enfermagem. Acidentes domésticos.

REFERÊNCIAS

1. Pereira WAPP, Lima MADS. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. *Acta Paulista Enfermagem*. 2006; 19(3):279-83.
2. Ministério da saúde (BR). Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.



3.Menezes FMJ. Desobstrução de via aérea em crianças na pré-escola: uma revisão integrativa (TCC). Aracaju: Universidade Tiradentes Direção da Área da Saúde. Curso de Enfermagem; 2016.



LIGA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA FURG

**Cáren Iguere Noble; Daciclei Lopes da Fonseca; Ismael Moron de Souza Reinhardt;
Tamara Rios de Avila; Liziani Iturriet Avila**

Introdução: A enfermagem, como profissão da área da saúde, tem potencial para trabalhar com diversas temáticas, sendo a educação para a saúde um elemento fundamental para gerar mudanças de hábitos por meio do conhecimento. A educação em saúde pode efetivar o cuidado por meio de dois extremos: promover saúde e/ou salvar vidas. No que se refere a salvar vidas, a Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência da Universidade federal do Rio Grande (LEUr-FURG) busca, capacitar a comunidade para reconhecer uma emergência e realizar seus primeiros atendimentos de maneira segura. Estudos demonstram que esse tipo de capacitação para a comunidade é uma maneira efetiva de aumentar a sobrevida em casos de emergência. Destaca-se a necessidade de ensinar diversos ramos da sociedade sobre como agir corretamente frente às emergências, utilizando-se de técnicas de abordagem e de salvamento¹. A LEUr-FURG surgiu após diversas conversas entre a coordenadora do projeto e alguns estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem, pois há interesse dos discentes em aprofundar os conhecimentos em Urgência e Emergência, sendo a LEUr-FURG um espaço propício tanto para o aprofundamento teórico quanto para a educação em saúde direcionada à comunidade. As situações de urgência e emergência são entendidas como problemas em que a vida é colocada em risco por fatores externos ou internos, sejam eles acidentes, violência ou mal súbito. As situações de emergências, sejam clínicas ou traumáticas, exigem um atendimento rápido e com conhecimento. Diversas situações têm sua gravidade potencialmente evitável, desde que sejam manejadas em tempo hábil e de maneira adequada. A emergência imprime em si a necessidade da vítima ser atendida em curto espaço de tempo, determinando a continuidade da sua vida¹. No que se refere a salvar vidas, a Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência FURG (LEUr-FURG) buscará, capacitar a comunidade para reconhecer uma emergência e realizar seus primeiros atendimentos de maneira segura. Estudos demonstram que esse tipo de capacitação para a comunidade é uma maneira efetiva de aumentar a sobrevida em casos de emergência. Destaca-se também a importância de, inicialmente instrumentalizar para o reconhecimento de potenciais riscos ou



agravos à saúde e, somente após aprende-se sobre como agir corretamente frente às emergências, utilizando-se de técnicas de abordagem e de salvamento. A LEUr-FURG poderá ser um importante instrumento de aprimoramento para acadêmicos da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem, auxiliando a preencher lacunas existentes nas grades curriculares referente às urgências mais comuns. Permitindo também que os estudantes, adquiram ainda na Universidade diversos conhecimentos sobre os casos de Urgência e Emergência, o que facilitará sua inserção no mercado de trabalho quando recém-formados. As Ligas Acadêmicas são entidades formadas por estudantes de diferentes semestres da graduação em enfermagem e de diferentes níveis de pós-graduação sob a supervisão de um coordenador docente e profissionais parceiros da Liga, nosso parceiro é um grupo vinculado à Secretaria de Saúde da prefeitura municipal da cidade do Rio Grande, que desenvolve ações em urgência e emergência. O projeto da LEUr-FURG prevê a implementação de atividades educativas junto à comunidade, informando e conscientizando por meio de atividades vinculadas aos processos de suporte básico de vida, prevenção de acidentes domésticos e primeiros socorros.

Objetivos: Apresentar a LEUr- FURG à comunidade acadêmica, bem como a comunidade em geral, representando a união entre acadêmicos de graduação, de pós-graduação e trabalhadores da Enfermagem no planejamento e desenvolvimento de ações voltadas à prevenção de acidentes domésticos envolvendo crianças, adultos e idosos. **Metodologia:** A LEUr-FURG utiliza como método de trabalho a prática pedagógica reflexiva, por meio de educação interativa. Esse modelo de educação tem característica viva e em constante mudança. Estabelecendo uma rede e não uma rota de informações; oferecem-se diversos caminhos a serem percorridos em que o ligante torna-se parte da construção do conhecimento, manipulando à mensagem como emissor, e também como receptor. As atividades são desenvolvidas em todo o ano com criação de grupos de estudo, onde os graduandos se encontram semanalmente por um período de 3h para aprofundamento teórico-prático em urgência e emergência, buscando simular atividades de contato com a comunidade, bem como o planejamento das atividades que serão realizadas nas mesmas. No que tange a proposta de oficinas e eventos, são realizadas atividades (momentos de aprendizado) em diversos cenários, tais como: Rede Básica de Saúde; Escolas Públicas e Privadas da cidade do Rio Grande; e em ações comunitárias propostas por rádios, pela prefeitura, por ONGs. Além das oficinas, realizam-se também, atividades de cunho científico-cultural, por meio da promoção



de cursos, simpósios, debates, ações sociais e culturais. As oficinas são sempre reelaboradas de acordo com o público alvo (crianças, adultos ou idosos), sendo ministradas à comunidade a partir de instrução expositivo-dialogada em momentos teóricos e práticos, disponibilizando manequins para o manuseio durante as práticas (compressões torácicas; desobstrução de vias aéreas, cuidados com queimadura e hemorragia, manejo adequado em caso de desmaio e crise convulsiva, etc.), ainda, como material de apoio são distribuídos folders educativos com os conteúdos ministrados. **Resultados:** Espera-se que os participantes das oficinas sejam capacitados a reconhecer uma situação de emergência e saber os telefones úteis para a realização do chamado por socorro. Ainda, espera-se contribuir para o desenvolvimento de habilidades necessárias para o primeiro atendimento frente às situações de urgência e emergência anteriormente elencadas. Os Ligantes realizam atividades de observação e imersão na prática profissional por meio de um trabalho de educação para a comunidade e para os profissionais da Rede Básica de Saúde do município do Rio Grande, na parceria com o Núcleo de Educação em Urgência (NEU), o qual é constituído seguindo as observações realizadas pela Portaria 2.048 de novembro de 2002, mais especificamente no Capítulo VII². **Discussão:** As urgências não são necessariamente especialidade da medicina ou da enfermagem, segundo o que está disposto na Portaria 2.048/02, portanto nos cursos de graduação, a atenção voltada para esta temática ainda é insipiente. No que tange à capacitação e educação permanente dos trabalhadores do setor saúde, observa-se ainda algumas fragilidades e pouco aproveitamento dos processos educativo tradicionais, assim, o NEU visa por meio de oficinas promover educação permanente, e a LEUr será parceira por meio da imersão de seus ligantes (nomenclatura para quem é membro da liga) nesse trabalho. Ao final das capacitações ministradas, a comunidade alvo é convidada a responder uma pesquisa de opinião acerca da atividade da qual fez parte, essa pesquisa de opinião é considerada uma ferramenta de avaliação da aceitação da comunidade sobre o método desenvolvido e sobre a aprendizagem do conteúdo das oficinas propostas. Espera-se que os ligantes adquiram novos conhecimentos por meio das atividades da LEUr-FURG, preenchendo as lacunas percebidas durante e após a graduação frente às situações de urgência e emergência, desenvolvendo habilidades técnicas e científicas para atuar nesses eventos, além de propiciar o diálogo e troca entre a comunidade acadêmica e a comunidade em geral, disponibilizando orientações e cuidados, que na sua grande maioria a população não possui conhecimento acerca desses



cuidados, desta forma disseminando o conhecimento das questões relacionadas. **Conclusão.** Através deste trabalho, espera-se que este projeto de extensão universitária oportunize múltiplos ganhos, tanto para os acadêmicos, quanto para a comunidade participante e a própria universidade, através das ações de educação permanente efetivas pelos membros do LEUr-FURG, levando a sociedade as práticas de saúde, com vistas a um cuidado pautado na ética e segurança, ao cuidado humano. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** Percebe-se que a Liga tem um grande potencial para contribuir no lócus de atuação da enfermagem, pois ampliará o conhecimento e as experiências acadêmicas, por meio do desenvolvimento de atividades que proporcionará uma maior interação com a comunidade, contribuindo para o desenvolver do processo de escuta qualificada, sensibilização, acolhimento, incentivo a mudança, comunicação e a transmissão de conhecimentos sobre a promoção e prevenção da saúde, com o enfoque direcionado ao Atendimento Pré Hospitalar (APH), possibilitando a comunidade o aprendizado reflexivo de uma prática educativa consciente e crítica no sentido de contribuir no seu bem comum.

Descritores: Enfermagem. Urgência. Emergências.

REFERÊNCIAS

- 1.Mota LL, Andrade SR. Temas educativos para escolares sob a perspectiva dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Rev Esc Enferm USP. 2016; 50(n.esp):114-121.
- 2.Ciconet RM, Marques GQ, Lima MADS. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. Interface. 2008 jul/set; 12(26):659-66.
- 3.BRASIL. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Dispõe sobre serviços de urgências e emergências. 2002 nov. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html



OFICINA SAMUZINHO - RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Cáren Iguere Noble; Daciclei Lopes da Fonseca; Ismael Moron de Souza Reinhardt;
Tamara Rios de Avila; Débora da Silva Barbieri; Liziani Iturriet Avila**

Introdução: O “Projeto Samuzinho nas Escolas” é um trabalho que ocorre nacionalmente e tem o intuito de promover educação permanente para crianças, alertando sobre os prejuízos provocados pelos trotes e fornecendo noções básicas de primeiros socorros. As temáticas abordadas pelo Projeto foram em relação às situações mais comuns de acidentes, como o afogamento, parada cardíaca, obstrução de vias aéreas por corpo estranho, desmaio, crise convulsiva, ferimento por arma de fogo e arma branca e por objeto contuso, além de ensinamentos sobre como agir frente a esses sinistros, a partir da sensibilização e (re)construção do pensar relacionado ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU proporcionando um alerta em relação aos prejuízos provocados pelos trotes telefônicos, conscientizando a partir da reflexão sobre a importância da vida, e como as ações podem refletir no seu próprio bem estar e de seu próximo. Comunicar adequadamente a solicitação de ajuda ao serviço 192, todas essas temáticas são abordadas em forma de oficinas. Entende-se por oficina a forma de construir conhecimentos a partir da troca de experiências, de forma horizontal, mantendo em vista a base teórica¹. Para o mesmo autor, uma oficina dá a oportunidade de serem vivenciadas situações de grande valia, com objetivos pedagógicos, mudando sempre o foco tradicional de aprendizagem, incorporando a ação e a reflexão contínua de saberes teóricos e práticos, de forma ativa e reflexiva. Nesse mesmo sentido, mas em outras palavras, a oficina nada mais é que um espaço de aprendizagem em que o receptor também é emissor, proporcionando espaços interativos e recreativos². **Objetivo:** Relatar as experiências vivenciadas pelos acadêmicos de enfermagem na construção e aplicação de uma oficina voltada á comunidade, esclarecendo as atividades e a importância do SAMU, relatando seus desafios e repercussões, bem como a aceitação desta pelo público alvo. **Metodologia:** Devido afinidades temáticas e também ao vínculo dos autores do presente trabalho com a equipe do SAMU Rio Grande, foi estabelecida uma parceria para que o



Projeto Samuzinho nas Escolas fosse participar de uma oficina na 15ª Mostra de produção universitária da FURG. A oficina foi realizada em outubro de 2016, no Campus Carreiros da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) durante a 15ª Mostra de Produção Universitária (MPU). A proposta inicial era realizar uma atividade com as crianças em idade escolar no intuito de esclarecer e incentivar a boas práticas frente aos riscos de acidentes. Inicialmente foram realizados contatos entre os discentes e a coordenadora do Projeto Samuzinho nas Escolas, depois de firmada a parceria, realizou-se um contato com as escolas para averiguar a disponibilidade e interesse. Escolhemos o ambiente da universidade por se tratar de local com fácil acesso e conhecido da grande maioria da população, além de ser sempre aberta à comunidade. Uma escola do município entrou em contato com a equipe proponente da oficina, demonstrando estar interessada e aberta às atividades propostas. Sendo assim, firmou-se um compromisso com esta, realizando, posteriormente, encontros para explicar a proposta e sanar possíveis dúvidas. Após estes contatos iniciais, se deu prosseguimento à atividade. No dia da apresentação, os estudantes, acompanhados por seu professor responsável, deslocaram-se para a sala de aula na qual eram aguardados pelo grupo ministrante (a equipe foi composta por integrantes do SAMU Rio Grande, uma docente da escola de enfermagem e discentes da graduação em enfermagem). As atividades propostas tinham o intuito de envolver os participantes em dinâmicas, levando a criança a construir seu próprio conhecimento por meio de jogos, perguntas, brincadeiras e músicas, além do contato com alguns materiais utilizados durante os atendimentos. Foram distribuídos folders e camisetas. O encontro iniciou pela acolhida dos participantes, apresentação do grupo e proposta da oficina. Foi explanado sobre os principais acidentes que ocorrem (afogamento, parada cardíaca, obstrução de vias aéreas, desmaio, crise convulsiva, ferimento por arma de fogo e branca, por objeto contuso), o que leva a ocorrência, como evitar e como agir em caso de ocorrência. Através de desenhos, foi observado como as crianças se portavam e como reagiam. Verificou-se seus conhecimentos prévios e atitudes. Devido ao alto índice de trotes direcionados ao atendimento telefônico do SAMU, buscou-se sensibilizar e criar uma relação de proximidade com o serviço através de explicação de como ele funciona, quais os profissionais envolvidos, quais os agravos relativos às ligações falsas e quanto é importante o trabalho realizado pelos profissionais que atendem os telefonemas. Através da exposição dos assuntos, foram desenvolvidas atividades práticas como jogos e desenhos para que o conhecimento fosse elaborado junto com as crianças



através da música, oriunda do projeto Samuzinho, e envolveu-se os infantes numa roda recreativa, propiciando a troca, conscientizando sobre os ricos inerentes do cotidiano à vida e o quanto podem modificar essa realidade com mudanças de comportamento simples.

Resultados: A experiência ofertada aos acadêmicos foi diversificada em todos os momentos da atividade, desde a construção da proposta, quais temas seriam abordados e de que forma, como deveriam ser abordados para atingir os objetivos propostos, tendo sempre em mente o foco de oficina. No momento de discutir como seria elaborada a proposta, houveram alguns obstáculos a serem transpostos, pois fugir do dia-a-dia e construir algo novo é sempre um grande desafio. Ao envolver crianças, torna-o ainda maior, visto que a maneira que os pequenos enxergam o mundo é diferente à forma dos adultos. Após chegarmos ao objetivo da oficina e saber como poderíamos realizar nosso propósito nessa metodologia, realizando a construção do saber de forma horizontalizada e dinâmica, em que os participantes interagissem todo o tempo, nos deparamos com outro questionamento: como chegar aos sujeitos? Para isso, foi percebida a necessidade da divulgação, a qual foi resolvida ao desenvolver folders e entrando em contato com as escolas. **Discussão:** Durante a apresentação, os estudantes demonstraram profundo interesse na temática e a forma como estava sendo direcionada. Como esperado em um primeiro momento, eles ficaram tímidos com o convite de participação, pois na grande maioria das vezes o conhecimento é adquirido de forma vertical, no qual eles apenas recebem as informações e as multiplicam. Sendo assim, fez-se necessário a sensibilidade dos condutores da oficina para que se transpusesse a distância e fazendo-os participantes. Assim que esse distanciamento foi extinguindo, os alunos demonstraram grande interesse pela temática, e a cada momento éramos surpreendidos com suas perguntas e demonstração de interesse. Diante da aceitação, pode-se seguir com a proposta com sucesso, visando à participação grupal na elaboração do saber compartilhado e assim propiciando mudanças nas ações diárias, no reconhecimento dos riscos de acidentes, bem como instrumentalizá-los para a prevenção e ação frente ao sinistro, caso estes não possam ter sido evitados. **Conclusão:** A participação como ministrantes da oficina na MPU oportunizou o crescimento e desenvolvimento tanto como acadêmicos quanto como futuros profissionais, proporcionou novos saberes, desafiou-nos na busca por novos caminhos e diretrizes para alcançar os objetivos propostos, e nos preparou para que no futuro, sejamos profissionais mais preparados, confiantes e sensíveis às dificuldades da profissão. Neste



contexto evidenciou-se a necessidade de práticas como essas tornarem-se rotineiras, pois acredita-se que a partir da educação se constrói, e que a partir dela se pode modificar o presente e construir um futuro melhor. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** Este trabalho almeja contribuir para a sensibilização dos acadêmicos e de profissionais de enfermagem quanto à importância de divulgarmos o conhecimento adquirido na academia que, por meio da educação em saúde, é possível modificar realidades. Através desse relato, é possível perceber que há o interesse da comunidade em aprender, modificar hábitos e conquistar novos índices de conhecimento. Contudo, sabe-se que uma atividade única não é suficiente para conquistar esse resultado, necessitam haver continuidade de trabalhos que tenham o intuito de diminuir os casos de acidentes preveníveis.

Descritores: Educação em Saúde. Enfermagem. Promoção da Saúde.

REFERÊNCIAS

- 1.Paviani NMS, Fontana NM. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. Conjectura. 2009 mai/ago; 14(2):77-88.
- 2.Gesteira ECR, Franco ECD, Cabral ESM, Braga PP, Oliveira VJ. Oficinas como estratégia de ensino-aprendizagem: relato de experiência de docentes de enfermagem. Revista de a Centro Oeste Mineiro. 2012 jan/abr; 2(1):134-40.



EXPERIÊNCIA DE COLETA DE DADOS EM GRUPO FOCAL

Diéssica Roggia Piexak; Adrieli Quaresma; Patricia Gautério

Introdução: A inserção de acadêmicos de enfermagem em projetos de pesquisa e o próprio estímulo para a pesquisa em saúde são essenciais durante a graduação. A partir da experiência em projetos de pesquisa, o acadêmico vivencia inúmeras situações que subsidiarão o desenvolvimento de visão crítica e reflexiva, além de aproximar com os diferentes tipos de pesquisa e as técnicas de coleta e análise dos dados. Uma dessas técnicas é o grupo focal (GF), o qual se constitui como um grupo de discussão informal e de tamanho reduzido, com o propósito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade¹. A interação grupal é uma das características próprias dessa técnica, visto que a expressão coletiva serve como elemento para explorar as diversas ideias². Geralmente, o GF é dirigido por duas pessoas: uma que participa das discussões, guiando o grupo (o moderador/coordenador) e outra que fica anotando as reações dos participantes (o observador). Caberá ao coordenador elaborar o guia de temas, o qual requer habilidade, dedicação e clareza do objetivo da pesquisa, para que assim favoreça a discussão, sirva como roteiro e facilite a condução do trabalho grupal ao encontro do objetivo da pesquisa. Ele deverá, também, desempenhar uma função passiva, permitindo a sinergia entre os participantes³. O objetivo do grupo deve ser expresso de forma clara no momento de abertura dos trabalhos, sinalizando as questões centrais sobre as quais a discussão irá concentrar-se. Após breve apresentação dos participantes, é conveniente especificar as regras básicas de funcionamento dos grupos, esclarecendo de partida o papel do moderador⁴. Estudo que analisou especificamente a produção científica na área de Enfermagem sobre técnicas de grupo constatou que essas técnicas, com destaque para os GFs, têm sido exploradas em larga escala pelos pesquisadores em coleta de dados⁵. A atual popularidade do GF na Saúde Pública, por exemplo, reflete a salutar disposição de combinar métodos e perspectivas de várias disciplinas para a compreensão de fenômenos que, de modo cada vez mais claro, não conseguem ser abarcados e enfrentados dentro dos limites territoriais artificialmente construídos entre as várias áreas de saber⁶. Pesquisar é uma maneira de educar



a mente para construir e organizar ideias, aprender a não se dispersar, desenvolver habilidades, como também ajudar a disciplinar o pesquisador a usar as palavras e aprender a valorizar os conceitos⁷. Nesse entendimento, enfatiza-se a importância da participação de acadêmicos de enfermagem nas pesquisas em saúde, a fim de oportunizar a sua inserção e experiência. **Objetivo:** relatar a experiência de acadêmicas de Enfermagem na participação em projeto de pesquisa que utilizou a técnica de GF para a coleta de dados; e destacar a importância da inserção das acadêmicas nesse processo. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, decorrente da participação de acadêmicas de Enfermagem na coleta de dados da pesquisa "Percepção de estudantes indígenas e quilombolas acerca da aplicabilidade dos cuidados de Enfermagem às práticas de saúde de suas comunidades". A coleta dos dados foi realizada através da técnica de GF, totalizando três encontros, os quais ocorreram nos meses de setembro e outubro de 2016. Essa coleta de dados contou com a participação da pesquisadora responsável e de duas acadêmicas de Enfermagem, uma bolsista EPEC/FURG e outra bolsista voluntária. **Resultados:** As acadêmicas de Enfermagem inseriram-se no projeto de pesquisa supracitado em virtude de sua aproximação e de seu interesse em aprofundar conhecimentos sobre o tema pesquisado. Como preparações para participação na coleta de dados, foram realizadas pesquisas bibliográficas e resumos prévios acerca da técnica de GF e do tema a ser investigado. Os participantes da pesquisa foram sensibilizados sobre a importância da pesquisa realizada, informados de como ocorreriam os encontros e, por fim, foi feito o convite para participar do GF. Participaram na coleta dos dados a pesquisadora responsável e duas acadêmicas de enfermagem. Foram realizados três encontros do grupo focal, os quais ocorreram nos meses de setembro e outubro de 2016, tendo duração média de uma hora e meia. Durante os encontros, uma das bolsistas atuou como observadora, a outra auxiliou na organização do ambiente e distribuição dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes, enquanto que a pesquisadora responsável atuou como moderadora do grupo. Cabe destacar que as acadêmicas tiveram o papel de observar os temas e questionamentos que iam surgindo, conforme as conversas do grupo, para analisar a necessidade ou não de retomar o assunto em um próximo encontro, e que, mesmo executando papel de espectadoras e ouvintes das vivências relatadas, não houve perda da interação grupal, estabelecendo-se um vínculo e aumentando a participação dos integrantes da pesquisa, uma vez que se sentiam confortáveis para interagir. No primeiro encontro do GF a pesquisadora



apresentou a pesquisa aos participantes, comunicou a necessidade do uso de gravador durante os encontros e a posterior transcrição das gravações para análise de dados e, orientou-os, ainda, quanto à técnica de GF e os aspectos éticos. Todas as reuniões ocorreram em uma sala, ao redor de uma mesa retangular, em um ambiente acolhedor que forneceu privacidade e favoreceu a interação entre os participantes. Foram oferecidos canetas, lápis de cor e folhas ofício para que cada participante pudesse se expressar da forma que lhe agradasse ou o mesmo fizesse anotações de assuntos para posterior retomada. O modo descontraído de recepção, na forma de grupo, somado ao ambiente acolhedor e seguro para que os participantes pudessem expor suas opiniões, promoveu um ambiente de confiabilidade entre todos ao decorrer das reuniões. Dessa forma, os assuntos relacionados à pesquisa surgiram e foram discutidos entre todos os presentes, que opinavam e participavam mostrando as diferenças encontradas do mesmo assunto em suas diferentes culturas. Nos três encontros foi seguido um roteiro pré-estabelecido de discussões, o qual se baseava na questão norteadora da pesquisa. Os encontros do GF proporcionaram o estabelecimento de um vínculo entre as acadêmicas de Enfermagem e os participantes da pesquisa. Além disso, representaram momentos de intensa reflexão e reformulação de ideias. A participação em coleta de dados por meio do GF tornou possível uma imersão mais intensa no tema a ser investigado. Outro aspecto importante foi uma aproximação maior das acadêmicas, não só entre si, mas, também, com a pesquisadora responsável e com a realização de projeto de pesquisa e a utilização do método de coleta de dados do tipo GF. **Discussão:** A técnica de GF, apesar de ser bastante eficiente e de baixos custos, não é uma tarefa simples, visto que exige do pesquisador um aprofundamento a respeito da temática a ser abordada e um adequado manejo de possíveis conflitos que podem surgir ao longo das discussões. O número de participantes do GF poderá variar de seis a 15 pessoas como é, geralmente, recomendável. No entanto, tradicionalmente, participam oito a dez, mas também há uma tendência de se realizar GF constituído de 5 a 7 pessoas^{3,8}. Normalmente, os participantes possuem alguma característica em comum. Por exemplo: compartilham das mesmas características demográficas tais como nível de escolaridade, condição social, ou são todos funcionários de um mesmo setor¹. Essa experiência de GF foi de grande importância para todas as partes – pesquisadora responsável, acadêmicas de Enfermagem e participantes da pesquisa – em decorrência da troca de vivências e conhecimentos entre todos os envolvidos. O GF como modo de pesquisa



proporciona uma conversa em grupo com uma participação coletiva que nos desafia a mediar os assuntos de forma a manter o grupo interessado em compartilhar seus pensamentos com relação ao tema discutido e, ao mesmo tempo, manter o foco da conversa dentro do assunto a ser pesquisado. No âmbito da pesquisa qualitativa em Enfermagem, o emprego do GF é uma opção que permite, ao mesmo tempo, a obtenção dos dados ao pesquisador para seus estudos e garante aos pesquisados um espaço de reflexão de suas próprias concepções⁹. Para as acadêmicas de Enfermagem, a participação em coleta de dados através de GF proporcionou momentos de reflexão, reformulação de conceitos, desenvolvimento de pensamento crítico e de habilidades. Sobretudo para os acadêmicos, iniciar uma pesquisa científica proporcionará um amadurecimento de ideias, estimulará a criticidade e promoverá uma maior responsabilidade em relação ao ambiente onde está inserido¹⁰. **Conclusão:** A técnica de GF é de extrema importância, devendo ser mais difundida, podendo ser usada não somente para coleta de dados em pesquisas qualitativas, mas, também, como uma técnica facilitadora de discussões e resolução de problemas em diversos ambientes, como nas salas de aula e nas unidades de trabalho do enfermeiro. **Contribuições para a enfermagem:** Este trabalho contribui para a Enfermagem através da divulgação da importância da técnica de GF. Tal técnica, em decorrência de sua versatilidade, representa uma estratégia que pode ser utilizada por pesquisadores de Enfermagem em coleta de dados de pesquisas qualitativas; por professores em sala de aula como uma forma de discussão de temas; pelo enfermeiro nas unidades de trabalho, para discussão e resolução de problemas entre a equipe de Enfermagem; e pelos membros da equipe multidisciplinar de saúde nas unidades de atenção básica a saúde como uma forma de educação em saúde.

Descritores: Estudantes de Enfermagem. Grupo Focal. Pesquisa em Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Gomes MES; Barbosa E. A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. Educativa Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais, 1999.
2. Pope C; Mays N, organizadores. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3. ed. Porto



Alegre: Artmed, 2009.

3. Dall'agnol CM; Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 1999; 20 (1): 5-25.
4. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*. 2009; 19 (3): 777-96.
5. Godoy MTH, Munari DB. Análise da produção científica sobre a utilização de atividades grupais no trabalho do enfermeiro no Brasil: 1980 a 2003. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006; 14 (5).
6. Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev. Saúde Pública*. 1996; 30 (3): 285-93.
7. Castro MCA. O Papel da pesquisa na formação no aluno da Graduação. Fundação de Desenvolvimento Tecnológico do Cariri; 2011.
8. Debus M. Manual para excelência em la investigación mediante grupos focales. Washington (USA): Academy for Educational Development; 1997.
9. Silveira RCCP. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
10. Barbosa SEM, Ramos J, Ciríaco MSS. Despertando para a produção intelectual: a importância da pesquisa científica. In: *Anais Eletrônicos: XIII Encontro Regional de Biblioteconomia e Documentação*; 2010.



PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DO ABORTAMENTO NO BRASIL: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Bárbara da Silva Gama; Edison Luiz Devos Barlem

Introdução: De acordo com o Ministério da Saúde, o abortamento é caracterizado pela interrupção da 20ª a 22ª semana de gravidez com o aborto pesando menos de 500 gramas¹. A legislação brasileira, considera que o abortamento é crime contra a vida, exceto, em casos de gravidez resultante do estupro, quando a mulher tem o risco de perder a vida em decorrência da gestação, ou, quando o feto é diagnosticado com anencefalia². No tocante à enfermagem, o Artigo 28 do Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem proíbe que os mesmos provoquem ou cooperem com o abortamento e que, nos casos previstos em lei, esses profissionais têm a liberdade de decidir se participarão, ou não, do procedimento³. Para direcionar a conduta e o tratamento médico mais adequado, foi necessário criar uma classificação, que se divide em: ameaça de abortamento; abortamento completo; abortamento incompleto; abortamento retido; abortamento infectado; abortamento habitual e; abortamento eletivo previsto em lei^{1,4}. Para atender aos abortamentos eletivos previstos em lei foi implementado os serviços de abortamento, que são respaldados pela norma técnica Prevenção e Tratamento de Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, esta norma especifica que o testemunho da mulher é suficiente para legitimar a violência sexual, garantindo o seu acesso ao abortamento seguro e legal sem a necessidade de autorização judicial ou Boletim de Ocorrência¹. A correta implementação desses serviços poderia diminuir o número de abortamentos inseguros, que levam uma a cada quatro mulheres a apresentarem complicações, transitórias ou permanentes, de agravos à saúde⁵. Essas complicações podem ser, hemorragia, peritonite, dismenorreia, alterações menstruais e traumatismo do colo uterino^{4,5}. Tendo em vista suas potenciais complicações, a criminalização e a pouca procura das mulheres aos serviços de saúde, o abortamento é uma das principais causas de morte materna no mundo, sendo a quarta causa de morte materna no Brasil, configurando-o um problema de saúde pública^{1,5}. Considerando as especificidades que



envolvem o abortamento, tanto socioculturais quanto clínicas, o MS divulgou uma norma técnica que prevê a Atenção Humanizada ao Abortamento, destacando a importância da equipe de enfermagem que se encontra em todos os níveis de atenção à saúde, inclusive nas fases de tratamento e recuperação pós-abortamento¹. A atenção à mulher nesses casos, requer que os profissionais tenham atitudes sensíveis e um atendimento satisfatório que alcance ações de promoção à saúde, prevenindo a reincidência do abortamento e possíveis complicações². A partir do que foi exposto, esse trabalho justifica-se pela necessidade de conhecer o atual contexto do abortamento no Brasil tendo em vista a importância do tema como um problema de saúde pública e, configura-se como questão de pesquisa, saber o que há de produção científica acerca do abortamento no Brasil. **Objetivos:** Conhecer a produção científica acerca do abortamento no Brasil. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada na Biblioteca Virtual em Saúde – Enfermagem, no mês Abril de 2017, utilizando os descritores “Aborto” e “Enfermagem” e, como critérios de inclusão: artigos disponíveis, publicados no período de 2013 a 2017 e no país/região Brasil. Utilizou-se a revisão integrativa por esta ser uma pesquisa bibliográfica que permite a compreensão geral acerca do tema que pretende-se conhecer através de um período de tempo previamente estabelecido pelo pesquisador⁶. **Resultados:** Foram encontrados 13 artigos, sendo, seis repetidos em duas bases de dados. Primeiramente foi realizado a leitura dos resumos e, caso houvesse alguma dúvida à respeito do artigo, era realizada a leitura do texto na íntegra. Após esta etapa, quatro artigos foram selecionados. De modo geral, três entendiam o abortamento como um direito reprodutivo e sexual das mulheres. Os resultados foram separados em três categorias: 1) Perfil socioeconômico e sentimentos envolvidos no abortamento: esse perfil é composto por mulheres jovens, negras, com baixa escolaridade, dependentes financeiramente do parceiro e possuindo, ao menos, um filho⁷. Os motivos mais citados que levaram ao abortamento foram, situação financeira desfavorável, violência doméstica, idade jovem e cancelamento de planos futuros⁷. Corroborando com esse perfil, um estudo realizado na população feminina carcerária do estado Piauí, identificou que 72,3% dessas mulheres haviam sofrido abortamento, sendo, 42,5% induzidos⁸. Os sentimentos vivenciados durante esse processo mais relatados foram, a culpa, o remorso e a vergonha, sendo muitas vezes, induzidos por preceitos morais e religiosos⁷. Nesse tocante também foi citado a dor emocional, que é desencadeada pelo processo solitário de decisão sobre o abortamento, levando ao sofrimento, a tristeza e ao



arrependimento⁷. 2) Atitudes dos profissionais frente ao abortamento: corriqueiramente, a assistência é executada precariamente e as mulheres tratadas como infratoras e criminosas⁷. Uma pesquisa revelou que mais da metade dos profissionais que possuíam religião, atribuíam representações negativas, como, culpa, sofrimento e pecado⁹. Além disso, alguns acreditavam que a mulher que provoca o abortamento deve, de alguma maneira, ser punida⁹. Em contrapartida, nesse mesmo estudo, os profissionais afirmaram ser favoráveis ao abortamento legal e que a decisão da mulher deve ser respeitada, com neutralidade e imparcialidade⁹. 3) Obstáculo para o abortamento eletivo previsto em lei: observou-se que os serviços de abortamento legal impõem às mulheres uma investigação constituída de inúmeros testes que, além dos exames ecográficos e de sangue, a mulher precisa comportar-se como “vítima”, para que o seu discurso seja convincente ao profissional que a atende, visto que, a decisão final é decretada pelo médico¹⁰. Essa investigação foi justificada com o pressuposto de que a equipe poderia responder judicialmente caso o Ministério Público verificasse que a gestação não provinha de um estupro¹⁰. Alguns profissionais também assumiram que colocavam relatos de mulheres heterossexuais e “liberais” sob suspeita, por acreditarem que as mesmas teriam tendência a mentir à respeito da violência sexual¹⁰. Foi verificado também, que alguns serviços de abortamento legal exigiam autorização judicial e Boletim de Ocorrência para a execução do procedimento¹⁰. **Discussão:** O MS, corroborando com o perfil apresentado, afirma que o abortamento inseguro atinge, principalmente, mulheres pobres e marginalizadas, visto que, é em decorrência das desigualdades sociais que o acesso à educação, informação e recursos financeiros é limitada, condicionando esse perfil à práticas perigosas de interrupção da gestação¹. Tendo em vista que, o abortamento leva à alterações físicas, emocionais e sociais, é preconizado pelo MS que os profissionais assumam princípios de igualdade, liberdade e dignidade da pessoa humana, desenvolvendo o acolhimento humanizado, através da escuta terapêutica, do tratamento digno e da empatia dos profissionais, além da orientação, que deve comunicar as informações necessárias com vistas à estimular a autonomia da mulher durante o seu tratamento e recuperação pós abortamento¹. Em contrapartida ao preconizado pelo MS, foi observado em um estudo, a intensa criminalização do abortamento na narrativa de alguns profissionais da saúde, que assumiram priorizar o atendimento à parturientes, puérperas e gestantes, com relação aos casos de abortamento induzido². Nesse mesmo estudo também foi observado que 32,7% dos médicos e 97,5% dos enfermeiros não tinham



conhecimento acerca da legislação que respalda o abortamento². Esse desconhecimento somado à preceitos morais e religiosos, contribuem para a desumanização e negligência do cuidado às mulheres que passam por esse processo². Às equipes dos serviços de abortamento, é assegurado pelo Código Penal brasileiro que as mesmas não sofrerão punição jurídica, caso seja evidenciado que o abortamento induzido era de uma gravidez não resultante de estupro, contradizendo totalmente a justificativa utilizada pela equipe para a imposição da investigação invasiva à mulher que procura esse serviço¹. Ressalta-se que aspectos éticos, como o sigilo profissional, inibem que os profissionais comuniquem às autoridades policial, judicial e ao Ministério Público sobre a ocorrência do abortamento, seja ele, induzido ou espontâneo, com exceção nos casos no qual seja para a proteção da mulher e com o seu consentimento¹.

Conclusão: Conclui-se que o abortamento é extensivamente criminalizado e, mesmo nos casos previstos em lei, a mulher que o decide fazê-lo é discriminada e negligenciada pelos profissionais que a atendem. Este fato pode justificar-se pela influência que doutrinas religiosas e morais ainda exercem sobre as concepções, atitudes e condutas desses profissionais. Além disso, constata-se que o desconhecimento sobre a legislação conduz à atendimentos desumanizados e precários, carregados de preconceitos e indiferenças com a saúde da mulher. Verifica-se a necessidade dos cursos técnicos e de graduação na área da saúde em formarem profissionais críticos, com conhecimento legal e ético à respeito dos fatores que envolvem a decisão e o processo de abortamento. Sugere-se que novos estudos sejam realizados com vistas à expandir o conhecimento acerca do abortamento.

Contribuições/Implicações para a enfermagem: Este trabalho contribui para que os profissionais da enfermagem tenham conhecimento acerca da realidade sobre o abortamento, levando-os a repensarem suas práticas no atendimento à mulher que passa por esse processo.

Descritores: Aborto. Cuidados de enfermagem. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed.



Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

2.Strefling ISS, Lunardi Filho WD, Demori CC, Soares MC, Santos CP. Cuidado de enfermagem à mulher em situação de aborto: revisão integrativa. Rev Enferm UFMS. 2015 Jan/Mar;5(1):169-177.

3.Brasil. Código de ética dos profissionais da enfermagem. Rio de Janeiro. 2007.

4.Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação Assistência ao abortamento, parto e puerpério. Rio de Janeiro. 2010.

5.Organização Mundial da Saúde. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. ed. Genebra. 2013.

6.Souza M, Silva M, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo). 2010 mar; 8(1):102-106.

7.Pérez BAG, Gomes NP, Santos MFS, Diniz NMF. Aborto provocado: representações sociais de mulheres. Rev. enferm. UERJ. 2013 dez;21(esp.2):736-42.

8.Barros MAR, Cavalcanti SDC, Galiza DDF, Machado ALG. Situação socioeconômica e reprodutiva de mulheres presidiárias. J. res.: fundam. care. online. 2016 out/dez; 8(4):4980-4985.

9.Cacique DB, Passini Junior R, Osis MJMD. Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011. Saúde soc. 2013 sep;22(3):916-936.

10.Diniz D, Dios VC, Mastrella MMAP. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. Rev. Bioét. 2014 ago;22(2):291-298.



A SALA DE ESPERA COMO AMBIENTE DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

Sidiane Rodrigues; Juliana Weykamp; Diana Cecagno; Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é o seguimento do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa integrar o processo permanente de prevenção, promoção, cura e reabilitação, com a participação de outros setores da sociedade, a fim de promover o enfrentamento dos determinantes de saúde¹. Nessa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) busca reorientar e reorganizar a APS do SUS, por meio da institucionalização de Equipes de Saúde da Família, almejando efetivar os princípios e diretrizes que norteiam a atenção à saúde do indivíduo, família e comunidade, percebendo-os em sua totalidade, incluindo os aspectos físicos e relacionais da realidade para integralidade do cuidado no SUS². Essa nova modelagem das práticas assistenciais exige o redirecionamento da atuação e da formação profissional, conduzindo o processo do cuidado com enfoque na promoção e na prevenção da saúde utilizando ações educativas adequadas ao nível dos usuários. A educação em saúde é caracterizada como um agente de mudança, uma vez que possibilita uma melhoria na qualidade de vida das pessoas e envolvidos. A promoção da saúde desenvolvida por meio de ações educativas origina responsabilidade para os indivíduos agirem perante suas próprias vidas corroborando com a qualidade de vida³. Segundo Rosa⁴ a educação em saúde proporciona informação e potencializa discussões e reflexões sobre ações do cotidiano para a manutenção da saúde. As práticas educativas em saúde não se resumem a um espaço específico, e sim no aproveitamento das oportunidades cotidianas de execução e qualificação do cuidado individual e coletivo. Diante disso, a sala de espera pode ser percebida como uma oportunidade de realizar o cuidado coletivo dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS), porém, na maioria das vezes, este espaço é reconhecido como um ambiente conturbado, desagradável, ocupado por usuários preocupados, ociosos e ansiosos por atendimento. Corroborando essa idéia, Rodrigues et al.⁵, ressalta que as atividades desenvolvidas na sala de espera podem amenizar o desgaste físico e emocional associado a tal momento. No entanto, quando isso não ocorre, a espera por atendimento pode gerar ansiedade, angústia, revolta ou



tensão. Destaca ainda, a importância da função do enfermeiro como um dos principais propulsores na construção da saúde, e por meio da sala de espera, pode compreender as necessidades dos usuários, convidando-os para a construção de condutas viáveis, que sanem prováveis problemas de saúde⁵. Por isso, entende-se como necessário que o enfermeiro que atua nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) direcionem suas práticas/atividades neste espaço, rompendo a tríade fichas/ordem e chegada/atendimento. É preciso repensar esse modelo e introduzir um novo protocolo em busca de um acolhimento humanizado e multiplicador de orientações, apresentando novas estratégias e inovações no cuidado, propiciando o empoderamento da população, autonomia ao usuário e preparando-o para o auto-cuidado. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma enfermeira de uma UBS frente à implantação de práticas educativas na sala de espera, passando a considerá-la como espaço para promoção e prevenção da saúde. **Metodologia:** Trata-se de um relato descritivo de abordagem qualitativa na modalidade de relato de experiência vivenciada, a partir da prática assistencial da enfermeira, exercida em uma UBS, no perímetro urbano do município de Santa Vitória do Palmar, extremo sul do estado do Rio Grande do Sul. Esta Unidade de Saúde é constituída por duas Equipes de Saúde da Família, cada uma composta por três agentes comunitários de saúde, uma técnica em enfermagem, uma enfermeira e uma médica; atendimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, composto por um fisioterapeuta, uma psicóloga e uma nutricionista e, ainda um agente administrativo e uma higienizadora. A vivência transcorreu no período de dezembro de 2014 a agosto de 2016 durante atuação como coordenadora do serviço, por meio da realização de atividades com uma equipe multiprofissional na sala de espera. A organização e o funcionamento destas atividades envolviam três momentos: planejamento, execução e avaliação. O planejamento das ações foi realizado de forma coletiva durante as reuniões de equipe, no entanto os temas abordados foram elencados individualmente pelo trabalhador. A execução das ações foi condicionada às atividades de trabalho, ou seja, os dias úteis trabalhados, sendo desenvolvidas no turno da manhã, com duração média de 10 minutos, os profissionais obedeceram a uma escala de responsabilidade de mediação/condução da sala de espera. A metodologia utilizada para a realização das ações foi roda de conversa com discussões acerca de temas pré-selecionados e questões abertas derivadas da demanda dos usuários. O momento avaliativo transcorreu em um dos momentos da reunião de equipe geral



da UBS, a fim de analisar os pontos positivos/fortes a serem preservados e, os aspectos negativos/frágeis, discutidos e indicados. **Resultados:** Em meio a uma das reuniões realizada com a equipe geral, emergiram aspectos falhos na forma como o processo de acolhimento estava transcorrendo, tais como: a mecanização da assistência e a diminuição do tempo de escuta da comunidade. Após a discussão e reflexão desses pontos frágeis com o grande grupo, constatou-se que o acolhimento deve ser a ação primordial, dispensada ao usuário. Entendeu-se que esse é o primeiro contato com o usuário, sendo indispensável sua execução de forma cordial, acolhedora e humanizada para o estabelecimento do vínculo e conhecimento das necessidades da população. Na busca por estratégias de melhoria em acolher, surgiu à proposta de transformação da sala de espera (saguão) da UBS em um ambiente de cuidado coletivo. Inicialmente, a proposta de intervenção não foi bem vista por alguns profissionais, já que esses teriam de expor-se frente à comunidade e dialogar com ela. A dificuldade exposta foi acolhida e acordou-se a sua prática de forma experimental por uma semana. Após esse período observou-se a reciprocidade da comunidade e o conforto e desenvoltura dos profissionais, os quais passaram a acreditar que a sala de espera poderia ser um ambiente de cuidado e, que poderiam apropriar-se desse momento. O saguão passou por adaptações, na tentativa de deixar o ambiente mais aconchegante, mais atrativo e mais familiar. Já existiam no local uma televisão e assentos, foram acrescentados vasos com folhagens, bem como a criação de um espaço de leitura com revistas e livros doados pela própria comunidade e demais seguimentos da sociedade. Vale ressaltar que não existia nenhum controle a cerca do empréstimo dos livros e revistas, ocorrendo trocas e empréstimos de maneira aleatória. A partir desse momento, passaram a serem construídas escalas mensais, ficando cada dia um profissional responsável pela condução da intervenção, com duração aproximada de 10 minutos. A escolha dos temas ficou livre, a cargo de cada trabalhador e aceitando-se sugestões da própria comunidade. No momento da execução, todos profissionais cessavam suas atividades, dirigiam-se ao saguão e participavam junto à comunidade da “sala de espera”, exceto em casos de urgência e emergência. As temáticas abordadas contemplaram: aspectos organizacionais com a apresentação do fluxograma do processo de trabalho; auto-cuidado frente às doenças crônicas; saúde da mulher, com a intensificação da importância do citopatológico; saúde da criança, a importância da puericultura; saúde do homem, rastreamento do risco de câncer de próstata; estilo de vida; alimentação saudável; atividade



física em qualquer idade e suas implicações para a manutenção da qualidade de vida; direitos e deveres dos cidadãos; a importância do manejo correto do lixo e a minimização de vetores, entre outros. A cada semana as ações eram avaliadas durante a reunião de equipe, viabilizando possíveis adequações, tendo em vista atender as expectativas dos usuários, bem como, a manutenção do foco educativo proposto. **Discussão:** O contato direto com os usuários possibilitou a executar o cuidado coletivo e individual aos usuários assistidos, potencializando a troca de conhecimento popular e científico, a equipe passou a conhecer melhor a comunidade e suas necessidades de saúde. Embora, a organização e o desenvolvimento da sala de espera na UBS ainda representem um desafio para os profissionais de saúde, já que exige uma contínua preparação por parte dos trabalhadores e desenvoltura em público, os resultados foram e são positivos, pois transformou o ambiente, deixando-o mais reflexivo e crítico, acolhendo a comunidade, levantando as suas necessidades e buscando intervir junto aos usuários, indo ao encontro dos princípios e diretrizes norteadoras do SUS. **Conclusão:** A partir do exposto, pode-se evidenciar que a utilização da Sala de Espera como ambiente do cuidado, trouxe inúmeros benefícios, entre os quais a proximidade dos profissionais com os usuários, acarretando na melhoria da qualidade e do acesso do serviço de saúde. Frente a isso, entende-se que este espaço é propício para a realização de educação em saúde, bem como, a efetivação do cuidado, pois diante das temáticas abordadas e a reciprocidade dos usuários, tornou-se viável a realização de ações que visam prevenção, promoção e recuperação da saúde da população. **Implicações para a enfermagem:** As atividades realizadas proporcionaram a articulação do conhecimento científico e popular, ensino e teoria, contribuindo não só para com a educação em saúde dos usuários, como o aprimoramento e a qualificação da prática profissional, obtendo como produto final da intervenção uma melhor qualidade dos serviços de saúde da UBS.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Cuidados de Saúde.

REFERÊNCIAS

Sousa MF, Hamann, EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?



Cienc. saúde colet., v. 14, p.1325-35, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da União 2011.

Oliveira ES, Oliveira CR, Oliveira RC, Souza FS, Xavier IS. Política nacional de promoção da saúde e da prática de enfermagem: revisão integrativa. Rev. Enferm. UUFPE online. 2014; 8(3): 735-41.

Rosa J, Barth PO, Germani ARM. A sala de espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção à saúde. Perspectiva, v. 35, n.129, p. 121-30, mar. 2011.

Rodrigues AD, Nora CRD, Rosa J, Germani ARM. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. Rev. Vivencias. 2009; 5(7): 101-6.



AÇÃO EDUCATIVA PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM INTERFACE COM ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

**VARELA, Victorya dos Santos; MENDES, Júlia Moraes; NEVES, Aline Bandeira das;
GARCIA, Natália Antiqueira; JUNG, Bianca Contreira de.**

Introdução: Em 1994 teve início, pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa Saúde da Família (PSF), que após várias mudanças em sua estrutura, hoje é chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Durante essa reorientação do modelo de atenção a partir da Atenção Básica que, ao mesmo tempo, considera que esta estratégia pode imprimir uma nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde. Tendo em vista a multiprofissionalidade, foi instituída uma portaria especificando sobre como deverá ser composta cada equipe. Equipe esta que deverá possuir no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A partir de 1997, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF passaram a ser prioridades do Plano de Metas do MS como parte da reorientação do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) visando a promoção da saúde, prevenção e reabilitação. Os ACS são disseminadores de informação, por isto, acredita-se que a ação dos mesmos seja significativa, pois são eles que criam um contato mais próximo com as famílias. Neste contexto, destaca-se a educação em saúde como importante ferramenta de trabalho para o cotidiano dos ACS no sentido de promover a saúde à população e prevenir doenças e agravos. Sendo assim, a Política Nacional de Extensão Universitária possibilita a inserção das instituições de ensino superior dentro da realidade populacional, compartilhando com a população as informações e ações educativas, a fim de criar um vínculo, ampliando as maneiras de cuidar e atuar. A tríade ensino-pesquisa-extensão hoje em dia não pode ser dissociada, ela forma o arcabouço do discente, mostrando sua atuação e o empoderando com o conhecimento e atuação. Formando assim um futuro profissional que saberá como atuar frente às diversidades e as dificuldades. Segundo Freire, nas ações educativas é necessário que o educador compreenda a realidade concreta dos educandos, para que o ensino não se limite à pura transferência mecânica de



conteúdo. Em vez de falar ao povo o educador deve falar com o povo, o que implica o respeito ao saber de experiência feito. **Objetivos:** relatar a experiência de acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande de uma ação educativa para agentes comunitários de saúde em serviço de Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado por acadêmicos da quarta série do curso de Enfermagem sobre uma ação educativa, durante o segundo semestre do ano de 2016. Os acadêmicos realizaram uma visita prévia de reconhecimento do local de atuação dos ACS da unidade Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Carlos Roberto Riet Vargas, localizada no bairro Cidade de Águeda, no município de Rio Grande. Com essa visita, os acadêmicos puderam conhecer o trabalho dos ACS e vivenciar a rotina dos mesmos. Além de poder participar de uma visita domiciliar, onde foi possível observar o processo de trabalho destes profissionais, que envolve a atuação direta na promoção da saúde, prevenção de agravos e de vigilância à saúde, levando informações da ESF até a comunidade e vice-versa, estabelecendo um vínculo com a equipe de saúde. Dentre o conteúdo programático da disciplina, que apresenta o foco nas doenças infecciosas e parasitárias, e também o desenvolvimento de ações extensionistas na comunidade e serviços de saúde, foi conversado com os ACS sobre a necessidade de abordar com eles temas relevantes para seu cotidiano de trabalho. Conforme esta necessidade de maior conhecimento e atualização sobre os temas para melhorar suas práticas em saúde, foram escolhidas as temáticas caxumba e sífilis, visto que o município enfrentou um surto de caxumba na época e apresentava um elevado número de casos novos de sífilis, constituindo-se como problema de saúde pública a ser priorizado para as ações de controle. Para o embasamento teórico da ação educativa os acadêmicos realizaram suas pesquisas em materiais do Ministério da Saúde e discutiram durante as aulas práticas o modo como seriam abordados os assuntos então. Dessa forma, desenvolveram atividades referentes aos temas e que sanasse assim as principais dúvidas dos ACS e para que eles pudessem melhor encaminhar os esclarecimentos à população das suas áreas. Dois grupos foram organizados para abordar os seguintes tópicos: sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. Um abordando a caxumba e outro a sífilis. Ambos grupos decidiram fazer a abordagem com cartazes, o grupo responsável pela caxumba optou por fazer um jogo (quiz) de perguntas verdadeiras e falsas que envolviam o agente etiológico, modo de transmissão, e o conhecimentos prévio dos ACS. Já o grupo responsável pela sífilis realizou uma dinâmica



com balões que continham os temas. A dinâmica aconteceu da seguinte forma: dentro dos balões foram colocadas algumas perguntas escritas em um papel a respeito do assunto a ser abordado. Os acadêmicos solicitaram que os agentes se sentassem em um círculo e colocaram uma música para tocar. Enquanto isto, eles deveriam passar o balão para o colega do lado e no momento que a música parasse de tocar, a pessoa que permaneceu com o balão deveria estourá-lo e ler a pergunta em voz alta. Neste momento, o acadêmico mostrava três alternativas representadas em imagem para a pergunta e o agente deveria escolher a possibilidade que mais se encaixaria como resposta. Ao acertarem a pergunta, a imagem era fixada em um cartaz, porém caso eles errassem foi explicado qual figura que melhor se enquadrava como resposta, abordando os principais aspectos teóricos sobre a doença a ser estudada. Os cartazes foram elaborados com a ajuda dos ACS para melhor associação dos mesmos. **Resultados:** As atividades desenvolvidas foram muito positivas pois permitiram uma integração de saberes e vivências ampliando assim os conhecimentos dos agentes. A dinâmica propiciou a melhor assimilação dos conteúdos trabalhados, esclarecendo assim dúvidas que existiam devido a um déficit de educação continuada. Também possibilitou um vínculo entre a equipe de saúde da unidade com os acadêmicos, permitiu uma visibilidade do quão engrandecedor é estabelecer um contato direto e dinâmico com o paciente em quanto acadêmicos/profissionais, pois isto adere maior conforto, segurança e confiança dos relatos mencionados do cliente ao profissional, além do respeito estabelecido diretamente com todos as classes da população mostrando dignidade e entrosamento em todas as atividades realizadas. **Discussão:** Reconhecendo o ACS como um importante elo entre a comunidade e peça chave no funcionamento da ESF, percebe-se a necessidade de instrumentalização dos mesmos, a fim de que possam passar informações e orientações fidedignas aos usuários do SUS. O profissional enfermeiro pode atuar em atividades educativas visando a integração, atualização e melhor preparo da equipe de saúde. Assim como observado na nesta ação, em um estudo realizado com ACS em Sobral, Ceará em 2012 também se percebe uma carência de informações a sobre transmissão, sintomas e outros aspectos da doença, no estudo a doença trabalhada foi a sífilis. As informações estão disponíveis, porém é importante não apenas a leitura de determinado conhecimento e sim a discussão, para melhor fixação do conteúdo. Vários materiais foram produzidos com esse intuito tais como o “Ação Educativa na Prevenção e Controle das Doenças e Agravos – Enfoque nas Doenças Transmissíveis” que faz



parte de um Curso Técnico em ACS desenvolvido pelo Instituto Federal do Norte de Minas Gerais, pode ser um aliado no desenvolvimento dessas ações educativas. Um material importante a ser consultado para essas ações com ACS é o “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”, elaborado pelo MS que direciona o estudo para habilidades e conhecimentos importantes a serem adquiridos. **Contribuições/Implicações para Enfermagem:** Durante a graduação é importante oportunizar a vivência da extensão, provando que tudo que é desenvolvido, aprendido, construído durante os anos de dedicação dos discentes e docentes volta como produção, informação e cooperação para a comunidade. O profissional enfermeiro pode atuar na implementação de estratégias de Educação continuada para promover o desenvolvimento dos profissionais e de suas capacidades para melhor atuação no ambiente de trabalho. **Conclusão:** A ação foi positiva para ambas as partes, os acadêmicos no papel de disseminadores de conhecimento puderam exercitar as ações de educação em saúde e aos ACS foi possível uma participação ativa. Porém percebe-se então há necessidade de mais atividades educativas voltadas à trabalhadores da saúde. Visto que a saúde comunitária é um importante componente do nosso sistema de saúde.

Descritores: Enfermagem; Educação em saúde; Relações Comunidade-Instituição.

REFERÊNCIAS

1. Bornstein, VJ; STOTZ, EN. O Trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. Trab. educ. saúde [internet]. 2008, vol.6, n.3 [citado em 17-04-2017], pp.457-480. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300004&lng=en&nrm=iso>
2. Brasil. Portaria nº 2.488, 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). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.



3. Brasil. MS. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.
4. Brasil. MEC. Secretaria de Educação Superior. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. Universidade Federal de Minas Gerais – PROEX. COOPMED Editora 2007.
5. Freire, P. e Freire, AMA – Pedagogia da Esperança. 1st ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.
6. Brasil. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: MS, 2012.
7. Brasil. MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / MS, SVS, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília: MS, 2010.
8. Martins KMC, Sousa AJC, Lima RLF, Xavier AS, Silva MAM. Prevenção e controle da sífilis. [internet] Rev Bras Prom Saúde, Fortaleza, 27(3): 422-427, jul./set., 2014. [citado em 01-05-2017]. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2692/pdf>>
9. Brasil. MEC. Instituto Federal do Norte de Minas Gerais. Ação Educativa na Prevenção e Controle das Doenças e Agravos – Enfoque nas Doenças Transmissíveis. [internet] Montes Claros/MG, 2015. [citado em: 30-04-2017] Disponível em: <<http://ead.ifnmng.edu.br/uploads/documentos/LGBIuGI583.pdf>>
10. Brasil. MS. MEC. Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: MS, 2004. 64p.: il. Color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)



EDUCAÇÃO PERMANENTE EM REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM ADULTOS PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Gabriela de Oliveira Benites; Eder Portes; Leandro Carvalho da Silveira; Leonardo Salomão Goulart; Suelen Oliveira; Thiago Lopes da Silva.

INTRODUÇÃO: Educação Permanente em saúde é uma proposta estratégica que contribui para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde.¹ Nesse sentido, a educação permanente possibilita o desenvolvimento não só do profissional trabalhador em saúde que se torna melhor capacitado, mas também da própria instituição onde esse profissional está inserido. Parada cardiorrespiratória (PCR) uma condição de emergência clínica cardiovascular na qual há a interrupção da atividade ventricular e consequente insuficiência na manutenção da circulação sanguínea e ventilação espontânea, podendo ser reversível de acordo com a condição clínica da vítima e/ou quando tratada de forma rápida e efetiva. Pode ser causada por diversos fatores como: coronariopatias, arritmias, anafilaxia, edema de glote, broncoespasmo grave, AVC com apneia, traumas, doença neurológica aguda e depressão respiratória, obstrução de vias aéreas, crise grave de asma ou pneumonia fulminante, intoxicação, choque séptico, tromboembolia pulmonar, convulsão com apneia ou aspiração, distúrbio hidroeletrólítico ou acidose grave, agravamento súbito de doença crônica, miocardites, miocardiopatias agudas e miocardiopatias hipertróficas.² Essa condição é um problema de saúde pública mundial, no Brasil estima-se que há cerca de 200.000 paradas cardiorrespiratórias por ano sendo que metade delas ocorre em ambientes hospitalares e a outra metade em residências, shoppings, aeroportos, etc.³ Nesse contexto, define-se reanimação cardiopulmonar (RCP) como conjunto de manobras adotadas frente à identificação de uma parada cardiorrespiratória, a qual mantenha artificialmente o fluxo sanguíneo cerebral até que haja o retorno da circulação espontânea. A pronta identificação da PCR bem como o início imediato de uma RCP de qualidade são fatores de ouro para a efetividade do atendimento.⁴ **OBJETIVOS:** Evidenciar a partir de um relato de experiência a



importância da educação continuada em reanimação cardiopulmonar para o aperfeiçoamento da assistência prestada por profissionais da saúde em situações de parada cardiorrespiratória de adultos bem como a vivência de acadêmicos de enfermagem diante do desenvolvimento de tal atividade. **METODOLOGIA:** Relato de experiência baseado em atividade desenvolvida pelo Núcleo de Educação em Urgências com Técnicos em Enfermagem, Enfermeiros e Médicos de instituição de saúde privada de caráter filantrópico da cidade de Rio Grande em agosto de 2016. As atividades foram desenvolvidas em três encontros noturnos, sendo o conteúdo teórico ministrado nos dois primeiros encontros e a atividade prática ministrada no último. Os profissionais em processo de capacitação puderam praticar as manobras de RCP em manequins com o auxílio dos instrutores Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e acadêmicos de Enfermagem. Através desse subsídio puderam sanar as dúvidas que surgiam durante a atividade prática e também construir novos saberes a respeito do tema. Na mesma ocasião foram desenvolvidas atividades de RCP com o auxílio do desfibrilador externo automático (DEA) assim como esclarecimentos sobre o dispositivo utilizado em PCR. Foram disponibilizadas 50 vagas para profissionais médicos, enfermeiros ou técnicos em enfermagem da instituição que necessitavam de atualização do Basic Life Support (BLS), as vagas foram preenchidas por profissionais que atuam no serviço de pronto atendimento, bloco cirúrgico e resgate da instituição. Os acadêmicos de Enfermagem da FURG participaram da atividade desde a organização até o desenvolvimento das atividades práticas como instrutores. **RESULTADOS:** Durante o desenvolvimento das atividades teóricas ministradas por profissionais enfermeiros e médico especialista em cardiologia pode-se observar que no início das atividades os profissionais mostraram-se um tanto retraídos, não realizavam questionamentos ou faziam comentários a respeito de suas vivências profissionais, mas no decorrer da atividade essa situação foi modificada. Nas atividades práticas os profissionais mostraram-se bem participativos e dispostos a trocar saberes e experiências com os instrutores, realizaram questionamentos e aproveitaram o momento para praticar nos manequins. Para os acadêmicos de Enfermagem foi de grande importância e crescimento acadêmico e profissional o contato com profissionais atuantes na área, pois foi possibilitada uma troca de conhecimentos a partir da vivência de cada profissional. **DISCUSSÃO:** Segundo a American Heart Association os cuidados com a saúde exigem uma estrutura (por exemplo, pessoas, equipamentos, treinamento) e processos, como políticas, protocolos e



procedimentos. Quando integrados, a estrutura e os processos produzem um sistema (por exemplo, programas, organizações e culturas) que aperfeiçoa os desfechos (por exemplo, sobrevivência e segurança dos pacientes, qualidade, satisfação)². Atualizações foram feitas nas diretrizes de 2015 então, o profissional de saúde deve ao encontrar uma vítima irresponsiva avaliar simultaneamente pulso e respiração por no máximo 10 segundos. Ao ser constatada a parada cardiorrespiratória as compressões torácicas devem ser iniciadas imediatamente, enquanto não houver via aérea avançada deve-se realizar 30 compressões para 2 ventilações a serem realizadas pelo dispositivo bolsa-válvula-máscara. A partir do momento que uma via aérea avançada for garantida realiza-se as compressões a uma frequência de 100 a 120 compressões por minuto, comprimindo o tórax a uma profundidade entre 5 e 6 cm, permitindo o total retorno do tórax após cada compressão e minimizando as interrupções. Durante a realização das compressões deve ser realizada uma ventilação a cada 6 segundos.

CONCLUSÕES: É de grande importância a realização de atividades de educação continuada em reanimação cardiopulmonar para profissionais da saúde visto que conhecimento e atualização são constantemente necessários em uma área onde tudo se modifica com grande frequência como é a área da saúde. É de grande crescimento pessoal e profissional a participação de acadêmicos de enfermagem no desenvolvimento dessas atividades, desde sua organização até o auxílio nas atividades práticas como instrutores. Por meio dessas atividades torna-se possível a consolidação dos conhecimentos previamente formados bem como a aquisição de novos conhecimentos e perspectivas sobre a atuação do enfermeiro em situações de urgência e emergência a partir do relato de experiências vivenciadas pelos profissionais participantes da capacitação.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Há um fortalecimento do vínculo entre o academia e o profissional, há também um crescimento profissional e pessoal do acadêmico a partir da observação dos relatos de experiência dos profissionais participantes da atividade, da colaboração no processo de educação continuada, e do aperfeiçoamento teórico e prático que este acadêmico desenvolve diante da oportunidade de se inserir desde cedo no desenvolvimento de práticas junto à profissionais, aumentando o interesse dos graduandos em atividades de educação continuada.

Descritores: Enfermagem, Educação continuada, Parada cardíaca, Ressuscitação



cardiopulmonar

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
2. Oliveira, RG. Blackbook – Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016.
Ricaldoni, CAC; Sena, RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. Revista Latino-Americano Enfermagem online. 2006.
3. Gonzalez MM; Timerman S; Oliveira RG; Polastri TF; Dallan LA; Araújo S; et al. I Diretriz de Reanimação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. Volume 101.n. 2. São Paulo. Agosto de 2013.
4. American Heart Association. Atualização das diretrizes de RCP e ACE. 2015.



O PERFIL DO PACIENTE ESTOMIZADO: BASES PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

**Robson Magno Rosa Medeiros; Kellen Amaral Costa; Fabiane Lopes dos Santos;
Vanessa da Silva Tarouco; Larissa Merino de Mattos; Edaiane Joana Lima Barros**

Introdução: A estomia é uma intervenção cirúrgica que de maneira sucinta permite criar uma comunicação entre o órgão e o exterior, construir um novo fluxo para saída das fezes, urina ou para entrada de ar, alimentos e/ou medicações quando necessário. Esta cirurgia tem como finalidade 'salvar a vida' do paciente ou promover a qualidade de vida nesse processo de viver. A proposta de Educação Permanente possibilita a construção de espaços coletivos em que se dá a reflexão, avaliação acerca das ações produzidas pelas equipes e, com isso, buscar estratégias para melhorar o serviço e o atendimento ao paciente ^(1,2). O objetivo desse estudo foi identificar o perfil do estomizado atendido no Serviço de Estomaterapia/FURG, a fim de compreender a importância desse saber para o fazer em educação permanente em saúde. O cuidado ao estomizado perpassa pelas questões envolvendo os aspectos técnicos e pela construção dos sujeitos a partir de um olhar ético, humano e qualificado ⁽¹⁾. Assim, a Política Nacional de Educação Permanente de 2009 retrata as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais para o trabalho em saúde e a capacidade de educação em saúde ⁽³⁾. Corroborando com a Constituição Federal de 1988, artigo nº 200 em que atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde, ou seja, o profissional da saúde necessita estar preparado para atender esse paciente complexo e multidimensional. **Objetivo:** O presente estudo faz parte do projeto 'guarda-chuva' denominado "Cuidado de enfermagem ao idoso estomizado: Bases para a educação permanente em saúde" com o objetivo geral de conhecer o cuidado de enfermagem ao idoso estomizado a fim de propor novas práticas por meio da Educação Permanente em Saúde. **Metodologia:** Apresentou uma abordagem quanti/qualitativa, exploratória e descritiva. A coleta de dados deu-se através da análise documental de prontuários de pacientes cadastrados no Serviço de Estomaterapia do HU FURG EBSEH em que constam 108 estomizados, atendidos em junho de 2016 e 104 no mês de Março de 2017 na qual foi feito um levantamento do perfil dos estomizados cadastrados:



sexo, idade e tipo de estomia. A análise de dados foi realizada por meio da análise temática de Minayo. **Resultados:** Verificamos as seguintes características: Em junho de 2016 o número de pacientes no grupo de estomoterapia eram 108, com base nesses prontuários percebeu-se que 53 dos pacientes são homens (49%) e 55 mulheres (51%). Com 60 anos ou mais, independente de gênero; 52 (48%) do total são idosos e dentro desse grupo de idosos 50% são mulheres e 50% homens. Quanto ao tipo de estomias, a maioria apresenta colostomia (abertura de segmento cólico ou ileal) 90%, enquanto 10% são portadores de urostomia (abertura dos condutos urinários na parede abdominal) particularidades. Já na segunda análise feita em março de 2017 dos 104 prontuários avaliados 58 dos pacientes são homens (56%) e 46 mulheres (44%). Com 60 anos ou mais, independente de gênero; temos 62 idosos o que equivale 60 % do total de pacientes cadastrados, dentro desse grupo temos que 28 são mulheres e 34 homens. Sobre o tipo de estomias, nos é fomentado pelos documentos que a maioria apresenta colostomia 90%, enquanto 10% são portadores de urostomia. Vale aqui ressaltar que um paciente apresenta os dois tipos estomas. **Discussão:** Com isso, é perceptível que quando foi feita a primeira análise junho de 2016 não havia diferença entre homens e mulheres que faziam uso do serviço, porém ressalta-se um olhar acerca da idade que é pontual e se aproxima das demais faixas etárias (56 pessoas), e em maior número a presença de colostomia em detrimento de urostomia. Já quando analisamos os prontuários novamente em março de 2017 percebemos que houve mudanças significativas nesse quadro. A primeira delas é que o número de usuários reduziu (mesmo que pouco), também que houve uma inversão no sentido de que agora o serviço tem muito mais pacientes idosos do que jovens e adultos. Outro aspecto a ressaltar é o de que atualmente a maioria da clientela é masculina tanto de uma maneira geral no total de pacientes quanto no número de idosos que procura o serviço. Entretanto um dado se manteve imutável que é o fato de o paciente com colostomia ser o mais frequente no serviço. Nesse último dado, muitas vezes, pode estar associado principalmente ao adoecimento por câncer de cólon e reto, quarto tumor mais incidente em ambos os sexos no Brasil. Também se configura como uma das neoplasias mais prevalentes do mundo ocidental ⁽⁴⁾. Assim, vale lembrar que o profissional de saúde precisa estar capacitado para essas. **Conclusão:** Educação Permanente é fundamental para aprimorar os processos de cuidado, e, com isso, os pacientes estomizados com sua complexidade e multidimensionalidade necessitam ter um cuidado apurado. Para isso é preciso conhecer o



perfil do paciente estomizado para compreender suas necessidades e atribuir ações qualificadas que remetam a um cuidado singular e multifacetado. **Implicações/contribuições para enfermagem:** As questões apresentadas aqui são de vital importância para um serviço de qualidade aos pacientes que dele fazem uso. Além disso, se o profissional em saúde não conhecer o perfil de sua clientela sua prestação de serviço pode acabar não sendo o mais adequado o que poderá gerar um déficit de qualidade. Outros fatores ainda que podemos reassaltar que contribuem com a prática de se fazer enfermagem é de que através desses achados é possível para o profissional buscar ações que possam fomentar e melhorar suas praticas não só nas questões envolvendo o cuidado, mas trazendo novas maneiras como ações de prevenção e de educação permanente.

Descritores: Enfermagem; Cuidado; Idoso; Educação Permanente.

REFERÊNCIAS

1. Barros, Lmh Et Al. Caracterização Dos Pacientes Submetidos A Estomas Intestinais Em Um Hospital Público De Teresina-Pi. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Jan/Mar, V.18, N.1, P.140-6, 2010.
2. Barros, Ejl. Permanent Education As Proposal For Better Practice In Nursing/Health Care. Rev Enferm Ufpe On Line., Recife, V.8, N.2, Fev., 2014.
3. Brasil. Ministério Da Saúde. Política Nacional De Educação Permanente Em Saúde. Brasília: Ministério Da Saúde, 2009.
4. Ramos, R De S Et Al. O Perfil Dos Pacientes Estomizados Com Diagnóstico Primário De Câncer De Reto Em Acompanhamento Em Programa De Reabilitação. Cad. Saúde Colet., Rio De Janeiro, V.20, N.3, P. 280-6, 2012



A IMPORTÂNCIA DAS LIGAS ACADÊMICAS NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE

**Andreza Mello da Silva; Mirian Leda Carvalho Xavier; Hadã Wellington Lima de
Lima; Camila Quadros Dias; Marlise Capa Verde Almeida de Mello; Marta Regina
Cezar-Vaz**

INTRODUÇÃO: Ligas acadêmicas (LA) são formadas por grupos de estudantes com objetivo de estudar e se aprofundar em determinada temática, objetivando a criação e implementação de atividades solidárias e didáticas complementando seu aprendizado acadêmico. São organizações sem fins-lucrativos, científicas, culturais e sociais com a missão de desenvolver, integradamente, ensino, pesquisa e extensão para a comunidade. A primeira LA brasileira foi a Liga de Combate à Sífilis, criada em 1920, e ainda está em atividade na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Atualmente tem-se visto o crescimento das ligas acadêmicas no Brasil, que propiciou a criação de organizações regionais, estaduais e até nacionais, como o Comitê das Ligas Acadêmicas da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, a Sociedade Brasileira das Ligas Acadêmicas de Clínica Médica, entre outras¹. Com o interesse de ampliar o conhecimento sobre a criação e implementação de ligas acadêmicas, esta revisão apresenta como **OBJETIVO:** identificar os focos motivacionais para criação e participação em ligas acadêmicas, conforme a literatura científica na área da saúde.

METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Foi realizada pesquisa eletrônica nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/ PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO). O período de publicação selecionado foi 2012 a 2017 e a coleta de dados foi realizada no mês de março de 2017. Utilizou-se diferentes combinações entre os termos: liga acadêmica, primeiros socorros, estudantes e enfermagem, nos idiomas inglês, português e espanhol, numa primeira busca. Assim, obteve-se 10 artigos na Scielo, 503 na MEDLINE, 101 na CINAHL e nenhum na Lilacs. Quando utilizados na pesquisa todos os termos em conjunto no idioma inglês, foram encontrados na Medline 457 artigos, e nenhum



nos demais idiomas; na Cinahl, em inglês, 130 artigos, e nenhum nos demais idiomas; nas bases Lilacs e Scielo não foram encontrados artigos. Modificando o termo de busca para ‘liga’ ao invés de ‘liga acadêmica’, foram encontrados na Lilacs 43 produções; na Medline 90, na Scielo 22, na Cinahl 98 artigos. A estes artigos foram aplicados como critérios de inclusão: período de publicação (2012-2017), idioma (inglês, português e espanhol) e estudantes participantes de ligas da área da saúde. Foram excluídas publicações que se repetiram nas bases de dados, e que não se enquadravam aos critérios de inclusão. Após leitura analítica do título e resumo, selecionaram-se 18 publicações para leitura na íntegra, das quais selecionaram-se para análise dez. Foi utilizado um protocolo de análise e síntese dos artigos, compreendendo os aspectos: Revista de Publicação; Local de Realização do estudo; Ano de publicação; Objetivos do estudo; Tipo de estudo; Quantos sujeitos pesquisados; Principais Resultados; Principais conclusões dos estudos. **RESULTADOS:** A busca resultou em 10 artigos, sendo um publicado em inglês e os demais em português e desenvolvidos no Brasil. Referente à indexação dos artigos, destaque para os descritores ‘Educação Médica’ citado cinco vezes, ‘Ensino’ citado três vezes e ‘Estudantes de Medicina e ‘Educação de Graduação em Medicina’ citados duas vezes cada um. Com relação ao ano de publicação podemos destacar o ano de 2014 com quatro artigos e o de 2015 três artigos. A maioria dos artigos encontrados eram referentes a ligas acadêmicas de medicina, totalizando oito artigos; um artigo trouxe estudantes de psicologia e outro, estudantes de odontologia. Entre os principais focos motivacionais para criação e participação na liga, destacou-se a melhora no aprendizado e o estímulo ao estudante na iniciação científica² para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e pesquisa fora do currículo obrigatório da universidade,^{3,4} a apresentação de trabalhos acadêmicos (pesquisas, revisões de literatura, relatos de experiência e mesas demonstrativas) e a organização de atividades vivenciais⁵; o descontentamento com a grade curricular do curso e a interação com os alunos de outras séries acadêmicas³. Com relação ao desempenho acadêmico, dois artigos trouxeram a comparação de desempenho entre os alunos ligantes e não-ligantes, mostrando que os primeiros tiveram melhor desempenho referente ao tema da liga, verificando-se conhecimento maior sobre o tema entre os alunos ligantes. **DISCUSSÃO:** A participação em ligas acadêmicas faz com que os estudantes tenham acesso a *espaços* onde possam exercer seu raciocínio crítico-reflexivo, e construir práticas de promoção em saúde, exercitando a humanização e buscando formação de um profissional



mais ético e pró-ativo^{4,6}. Neste sentido, uma liga acadêmica é instrumento relevante para a vida estudantil, pois estimula a autonomia do graduando, o desenvolvimento da pesquisa e a promoção de ações em saúde⁶. Com relação ao desempenho acadêmico, observou-se que os alunos que participavam das ligas acadêmicas tinham um desempenho significativamente maior que os não ligantes⁷, demonstrando que a prática de atividades extracurriculares aumenta o conhecimento e a destaca enquanto instrumento útil de ensino a aprendizagem^{8,9}. No entanto, deve-se estar alerta para que não ocorra um excesso de autonomia do acadêmico, de modo que pode incitar um exercício ilegal da profissão em que estão em formação, muitas vezes frente à ineficiente supervisão docente, acarretando o risco de um aprendizado equivocado¹⁰. **CONCLUSÕES:** Pode-se verificar por meio dos estudos que houve um aumento na criação de ligas acadêmicas, bem como da procura dos estudantes em participar dessas ações, sendo um dos principais motivos de participação a busca de uma melhora no seu ensino-aprendizado. Com o ingresso na liga os estudantes obtiveram melhor desempenho na área de interesse estudada, e ampliaram sua inserção em atividades de iniciação científica. Além de ampliar a oportunidade dos acadêmicos de realizarem práticas dentro da comunidade, buscando conhecimento e desenvolvendo raciocínio clínico. Dessa forma, obtém-se uma vivência acadêmica diferenciada, adaptadas as condições e situações futuras que esses encontrarão como profissionais. **IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Destaca-se a importância de incrementar novos meios de ensino-aprendizado, complementando o modelo educacional tradicional, com uma educação mais focada na vivência do estudante e sua atuação junto à comunidade. Destaca-se a criação de ligas acadêmicas na área da enfermagem, de forma a ampliar as vivências comunitárias e científicas dos acadêmicos, com o objetivo de melhorar seu desempenho frente aos estágios curriculares e sua própria relação com a equipe de saúde, podendo esse identificar situações futuras, que podem vir a enfrentar no ambiente de trabalho e com a comunidade.

Descritores: Liga Acadêmica, Primeiros Socorros, Estudantes, Enfermagem.

REFERÊNCIAS:

1. Costa BEP, Hentschke MR, Silva ACC et al. Reflexões sobre a importância do currículo informal do estudante de medicina. Revista Brasileira de Educação Médica. 35 (4): 535 – 543 ;



2011.

2. Aguiar LFS, Méndez CKI, Gonçalves EG et al. Ligas de Cirurgia Médica. Aesth Plast Surg (2013) 37:485–488

3. Mendes WO, Pereira MC, Freitas JC et al. Liga de cirurgia de cabeça e pescoço da Universidade Federal do Ceará: 6 anos de ensino, pesquisa e extensão. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v.43, nº 3, p. 132-136

4. Silva JHS, Chiochetta LG, Oliveira LFT et al. Implantação de uma Liga Acadêmica de Anatomia: Desafios e Conquistas. Revista Brasileira de Educação Médica 39 (2) : 310-315; 2015

5. Costa RM, Silva JCB, Santos MS et al. Liga Acadêmica Baiana de Educação em Saúde Bucal (LABESB): Experiência de Discentes em Odontologia com Educação em Saúde Bucal. Revista Brasileira de Ciências da Saúde Volume 19 Número 3 Páginas 219-226 2015 ISSN 1415-2177

6. Magalhães EP, Rechtman R, Barreto V. A liga acadêmica como ferramenta da formação em Psicologia: experiência da LAPES. Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP. Volume 19, Número 1, Janeiro/Abril de 2015:135-141.

7. Simões RL, Bermudes FAM, Andrade HS et al. Ligas do trauma: um caminho alternativo para ensinar cirurgia do trauma aos estudantes de medicina. Rev. Col. Bras. Cir. 2014; 41(4): 297-302

8. Ramalho AS, Silva FD, Kronemberger TB et al. Ensino de Anestesiologia durante a Graduação por meio de uma Liga Acadêmica: qual o Impacto no Aprendizado dos Alunos?. Rev Bras Anesthesiol 2012; 62: 1: 63-73

9. Panobianco MS, Borges ML, Caetano EA et al. A Contribuição de uma Liga Acadêmica no



Ensino de Graduação em Enfermagem. Rev Rene. 2013; 14(1):169-78.

10. Filho PTH. Ligas Acadêmicas: Motivações e Críticas a Propósito de um Repensar Necessário. Revista Brasileira de Educação Médica 35 (4) : 535-543; 2011

11. Soares LR, Junior RF, Ribeiro LZ et al. Iniciação científica na graduação: experiência da Liga da Mama da Universidade Federal de Goiás. Rev Bras Mastologia. 2017;27(1):21-5

12. Vieira GD, Quintana FT, Mendonça GM et al. Contribuição para o ensino de Ortopedia da primeira liga da especialidade em Rondônia. Medicina (Ribeirão Preto) 2014;47(2): 201-7

13. Floss M, Júnior ADM, Teixeira TP. Liga de Educação em Saúde: Reflexões a Partir das Vivências dos Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Rio Grande. Rev. APS. 2014 jan/mar; 17(1): 116 - 119.



PARTICIPAÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO CONTINUADA EM RCP E OVACE PEDIÁTRICO PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thiago Lopes Silva; Eder Gonçalves Portes; Gabriela de Oliveira Benites; Leandro Carvalho da Silveira; Leonardo Salomão Goulart; Suelen Gonçalves de Oliveira

Introdução: A educação continuada baseia-se na aprendizagem significativa, que acontece quando aprender uma novidade faz sentido para nós. A possibilidade de transformar as práticas profissionais existe porque perguntas e respostas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam¹. A Educação Permanente/Continuada em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar². A parada cardiorrespiratória (PCR) é a circunstância de maior emergência dentro de todos os quadros emergenciais atendidos nos serviços pré-hospitalares e hospitalares, sendo uma das principais causas de óbito e incapacidades em adultos no Brasil. A PCR é determinada pela suspensão da atividade ventricular ou pela incapacidade mecânica ventricular e consecutiva deficiência na manutenção da circulação sanguínea e ventilação espontânea, tendo potencial de ser reversível conforme a condição clínica da vítima e/ou quando manejada de forma rápida e efetiva através da ressuscitação cardiopulmonar (RCP)³⁻⁴. Porém a epidemiologia e a evolução da PCR em crianças diferem dos adultos. Estudos têm sido deficientes tanto em quantidade como em qualidade, por algumas razões: a) parada cardíaca pediátrica é pouco frequente; b) na maioria das vezes a sobrevida de parada cardíaca em crianças é muito baixa; c) a maioria dos estudos em pediatria apresenta falha quanto à utilização de critérios consistentes de inclusão de pacientes, definição e quantificação de resultados da ressuscitação. Em geral, parada cardíaca primária pré-hospitalar é a etiologia menos frequente de PCR em crianças, quando comparada com adultos. Já a parada respiratória primária parece ser causa mais comum do que parada cardíaca primária em crianças⁵, que pode ocorrer devido a



obstrução das vias aéreas por corpo estranho (OVACE)⁶, como um pedaço de comida ou algum objeto. **Objetivos:** Relatar a vivência de acadêmicos de enfermagem em uma atividade de educação continuada em reanimação cardiopulmonar e OVACE pediátrico para profissionais da área da saúde. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência baseado em uma atividade desenvolvida, pelo Núcleo de Educação em Urgências - Rio Grande com a participação de acadêmicos do curso de Enfermagem - FURG, com Técnicos em Enfermagem, Enfermeiros e Médicos de uma instituição de saúde privada de caráter filantrópico da cidade de Rio Grande. As ações foram desenvolvidas através de aulas teórico-práticas ministradas em um dia, onde os profissionais praticaram em manequins com a assistência de instrutores, os quais eram Enfermeiros e estudantes de Enfermagem, para sanar dúvidas e atualizá-los sobre os temas. Foram disponibilizadas 50 vagas, das quais 30 foram preenchidas com profissionais de vários setores. A atividade teve duração de 4 horas, onde nas 2 horas iniciais foram destinadas para parte teórica da capacitação e as 2 horas finais para a parte prática, que aconteceu da seguinte forma: foram criadas duas estações a primeira com três manequins pediátricos para realizar o RCP e a segunda com mais três manequins pediátricos para realizar as manobras de desobstrução de vias aéreas por corpo estranho e os profissionais participantes foram divididos em grupos para passarem pelas estações. **Resultados:** Observou-se que os profissionais estavam atentos a aula teórica e mostraram-se receptivos quanto à atualização sobre o RCP e OVACE infantil; atividade essa ministrada por acadêmicos do curso de enfermagem. A American Heart Association traz que na manobra de RPC pediátrico sem via aérea avançada, a relação é de 30 compressões para 2 ventilações quando houver um profissional e de 15 compressões para 2 ventilações quando houver dois profissionais. Em caso de via aérea avançada instalada deve-se realizar de 100 a 120 compressões por minuto e 10 ventilações por minuto. No OVACE ao observar que a criança está com algum objeto obstruído deve-se colocar a criança em decúbito ventral apoiada no antebraço com a cabeça a um nível inferior ao corpo e dar 5 batidas nas costas, caso o objeto não tenha sido removido, deve-se deitar a criança e realizar 5 compressões torácicas e enquanto não houver a expulsão do objeto que está obstruindo a via aérea deve-se alternar entre as batidas e as compressões. A maioria dos participantes relatou desconhecer esta atualização e verbalizaram a importância da mesma. **Discussão:** Os fatores que levam os profissionais a não participarem de atividades de educação continuada, e até mesmo de não



buscar atualizações sobre qual é a forma adequada de atuar atualmente, são inúmeros. Mas cabe a administração do hospital instalar uma unidade de educação continuada, que seja ativa e promova com frequência capacitações, além de incentivar e facilitar a seus funcionários a participações nas atividades oferecidas. **Conclusão:** Foi de extrema valia a participação de graduandos na atividade de educação continuada, pois além da troca de conhecimentos, poder perceber um pouco da realidade que os profissionais enfrentam e também serviu para entender que o conhecimento precisa sempre ser buscado. A educação continuada é uma prática de ensino-aprendizado, mas também deve ser entendida como uma política de educação na saúde, devendo estar em todos os âmbitos de saúde, e ,além disso, deve haver uma conscientização dos profissionais para a participação e envolvimento nas atividades ofertadas. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** Fortalecer o vínculo do profissional com a academia, colaborar com a atualização do profissional e da troca de experiência com o acadêmico, permitindo também ao acadêmico um aprofundamento teórico e aperfeiçoamento prático, além de observação de vivências práticas diárias através de relatos.

Descritores: Educação continuada, Educação em Enfermagem, Emergências

REFERÊNCIAS

1. BRASIL/Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A Educação Permanente Entra na Roda: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
2. Ceccim R. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - comunicação, saúde, educação. Set. 2004-fev., 2005; 9(16): 161-178.
3. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support. 2012.
4. Canova J , Cyrillo R , Hayashida M , Pompeo D , Ribeiro R, Dalri M. Parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar: Vivências da equipe de enfermagem sob o



olhar da técnica do incidente crítico. Rev enferm UFPE on line. 2015; 9(3):7095-103.

5. Melo M, Gresta M, Vasconcellos M, Serufo J, Sousa de Oliveira N. Atendimento à parada cardiorrespiratória: suporte progressivo à vida. Rev Med de Minas Gerais. 2008; 18(4): 267-274.

6. Manoel E, Silvia RC, Ascedio J. Corpo estranho em via aérea. Rev Pulmão RJ. 2011; 20(2):54-58.

7. American Heart Association. Atualizações das diretrizes de RCP e ACE. 2015.



A COMPLEXIDADE DA VISITA DOMICILIAR

**Lorrane Nogueira de Carvalho; Munique Pimentel Gomes; Bárbara da Silva Gama;
Cesar Francisco Silva da Costa.**

Introdução: A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2012 reorganiza a atenção básica no Brasil compreendendo que este é o primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada à Estratégia Saúde da Família (ESF)¹. A ESF, por sua vez, deve constituir-se de uma equipe que integra, articula e planeja o cuidado direcionado às necessidades de saúde da população¹. Tendo em vista esse cuidado direcionado, torna-se extremamente importante e indispensável a construção do vínculo entre profissionais e usuários, que se apresenta através de laços de afetos que estimulam a autonomia e a corresponsabilidade do usuário com relação ao seu estado de saúde². O estímulo à autonomia desenvolve-se através da educação em saúde, na qual os profissionais devem conhecer o meio no qual o usuário está inserido por meio da visita domiciliar (VD)². A VD trata-se, segundo a Portaria Nº 963 do Ministério da Saúde, de 27 de maio de 2013, de uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, e caracteriza-se por um conjunto de ações para a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e a reabilitação do usuário³. Existem diversas ferramentas que auxiliam o profissional durante a VD, dentre elas, destaca-se, a Escuta Terapêutica que caracteriza-se como um instrumento importante para a obtenção de informações e pode ser definida como um método capaz de estimular a comunicação e o maior entendimento do processo saúde-doença daquele usuário³. A atuação da enfermagem por sua vez deve levar o cuidado em saúde para mais perto da família, a fim de garantir um aumento na qualidade de vida dos usuários, desfazer o modelo de saúde tradicional e expandir suas ações para e junto à comunidade. Desta forma, a VD é uma importante ferramenta do cuidado, pois combina a escuta terapêutica e o vínculo, os quais são importantes para que o profissional da saúde seja capaz de compreender as condições de vida do usuário e sua família, compreendendo seu contexto social⁵. Tendo em vista a importância da VD na atuação da equipe de enfermagem, este trabalho justifica-se pela necessidade de refletir acerca das facilidades e dificuldades encontradas durante a realização da VD por acadêmicos, com



vistas à demonstrar a importância dessa experiência para a formação profissional. **Objetivos:** Este relato tem como objetivo descrever a experiência de acadêmicos de enfermagem ao realizarem a VD e suas percepções acerca do conhecimento dos usuários frente a importância da mesma. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de estudantes do sétimo semestre do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, que ao cursarem a disciplina obrigatória de Enfermagem na Rede de Atenção Básica à Saúde I, realizaram VD à duas famílias de um bairro coberto pela ESF, tendo em vista que a disciplina apresenta entre os seus objetivos a aproximação dos acadêmicos com a realidade da ESF. **Resultados:** Inicialmente, foi proposto pelo professor da disciplina que a turma se organizasse em duplas ou trios para realizarem a VD, cada dupla ou trio deveria escolher a família de sua preferência, a partir da leitura dos prontuários da mesma, para a VD. As VDs eram desenvolvidas uma vez por semana durante o período da manhã e ocorreram no segundo semestre de 2016, em um bairro coberto pela ESF localizado no município de Rio Grande/RS. A primeira visita foi realizada com a finalidade de apresentar os acadêmicos às famílias escolhidas, juntamente com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável pela família selecionada. Anteriormente à essas visitas, os acadêmicos coletaram informações sobre o histórico familiar e de doenças pregressas e atuais, com o intuito de planejar possíveis abordagens terapêuticas que pudessem ser implementadas na família ou apenas em um membro dela. Destaca-se que no decorrer das atividades práticas, devido ao tempo chuvoso e a dificuldade de acesso ao bairro no qual seriam realizadas as atividades práticas, os acadêmicos eram dispensados pelo professor, portanto, nesses dias, não haviam VDs. O relato a ser descrito abordará duas famílias distintas. 1) Família I: idosa de 78 anos, aposentada e viúva, diagnosticada com câncer de mama há, aproximadamente, cinco meses antes do primeiro contato com os acadêmicos. Na primeira visita, a família I demonstrou receptividade e interesse com as futuras VDs e apresentou algumas dúvidas com relação à sua patologia e ao tratamento quimioterápico, visto que, a família I já havia realizado a primeira sessão de quimioterapia e apresentou diversas reações após a mesma, como náuseas e vômitos. Após alguns dias no qual os acadêmicos foram dispensados da prática por conta do tempo chuvoso, a família I passou a apresentar dificuldades para atender aos acadêmicos, sempre demonstrando desinteresse, demora ao abrir o portão da casa, sendo que, algumas vezes, não o abria. Em uma das visitas foi indagado pela família I acerca do motivo e o propósito da VD dos



acadêmicos, pois, ela acreditava que haviam pessoas que apresentavam casos mais graves à saúde e que necessitavam da maior atenção dos acadêmicos. A mesma dizia que não possuir vínculo com o posto, pois o culpava pela demora do diagnóstico de câncer, desvalorizando a conduta dos profissionais. Após esta indagação, as VDs passaram a ser mal sucedidas, sendo este fato, relatado ao professor para nos orientar a melhor maneira para lidar com essa dificuldade. O mesmo explicou que o ambiente o qual as acadêmicas estavam inseridas, não poderia ser controlado e podendo assim as mesmas não poderiam conseguir realizar os cuidados de enfermagem, neste sentido foi orientando as acadêmicas sobre a possibilidade de acompanhar outra família, visto que com a família I, as acadêmicas não conseguiram ter um progresso, ficando o caso sob monitoramento. 2) Família II: era um casal de idosos que apresentavam dificuldades em organizar os horários que deveriam tomar os seus medicamentos. Percebeu-se que o uso dos mesmos era negligenciado por ambos, por falta de conhecimento e limitações na compreensão. Com a família II as intervenções começaram a ser realizadas com o levantamento das medicações que eram tomadas por cada um destes usuários, logo após as acadêmicas estudaram as ações das medicações; os efeitos adversos; sinais e sintomas que os usuários apresentariam se eles não tomassem a medicação corretamente. Após isso foi explicitado aos usuários a forma de usar e a indicação de cada medicamento. Para que a medicação fosse tomada corretamente as mesmas realizaram um material onde estas seriam separadas pelos horários a serem tomadas, facilitando assim a compreensão e organizando para a hora de tomar. Foi percebido que a família II gostava de receber os acadêmicos em sua casa, através da demonstração de confiança, que foi desenvolvida durante as atividades práticas. Também foi evidenciado que havia um vínculo estabelecido entre o posto de saúde com a família II, pois, ambos percebiam a importância da ESF em seus tratamentos. **Discussão:** Uma das principais estratégias para a criação do vínculo na atenção domiciliar se dá através do contato permanente com o território do qual o usuário está inserido⁶, esta inserção faz com que posteriormente, haja o empoderamento do usuário, beneficiando assim a tomada de decisões em conjunto, gerando assim uma maior adesão ao tratamento e continuidade do mesmo⁷. Quando o usuário sente confiança no profissional isso é capaz de uni-los em busca de um objetivo comum que é o cuidado. O Usuário da atenção primária, seja ele detentor do conhecimento ou não, é o responsável sobre o seu processo de saúde e doença⁷. Com isso o usuário que não apresenta vínculo, ficar em



condições de vulnerabilidade. Deste modo a falta de vínculo apresentada pela família I, se deu posteriormente as nossas aulas canceladas, podendo o afastamento das acadêmicas ter contribuído para essa falta de vínculo apresentada pela mesma. Não perceber a importância do profissional acompanhar o processo de saúde e doença, faz com que o vínculo não seja necessário pela percepção do usuário. Um dos aspectos positivos da VDs é poder identificar e agir nos determinantes sociais da doença⁶. Realizar a VDs com os usuários que estão abertos para a criação do vínculo, e que percebem a importância da criação do mesmo, torna a VD mais eficiente para que ocorra a realização do cuidado, isto foi percebido através da VDs com a Família II que compreendiam a importância do profissional em seu tratamento. Ao se trabalhar com a atenção domiciliar mesmo com a disponibilidade da equipe de saúde, ainda não é garantida a integralidade da atenção à saúde, pois o cuidado do usuário é a partir da sua necessidade em saúde. **Conclusão:** Conclui-se que a experiência proporcionada com as VDs foi de extrema importância para os acadêmicos, visto que, foi possível vivenciar duas realidades distintas de VD. Estas duas realidades, mostraram aos acadêmicos os desafios que enfrentarão se forem trabalharem na ESF e faz com que o acadêmico perceba e saiba desenvolver desde a graduação estratégias para a formação do vínculo. Visto que o profissional não poderá escolher outra família para acompanhar, terão que recuperar o vínculo e demonstrar ao paciente a importância da ESF em seu processo saúde e doença. O profissional deve sempre se lembrar de que ao não desenvolver o vínculo o paciente se encontrará em situação de vulnerabilidade **Contribuição para Enfermagem:** O Enfermeiro inserido na ESF deve compreender a importância da VDs para a realização do cuidado domiciliar, compreendendo que conhecimento e o domínio clínico do profissional de saúde não garantem a efetiva assistência. Esta também está relacionada ao vínculo com o usuário. O acadêmico deve conhecer a realidade das atenções básicas durante a graduação e no início da mesma, pois o cuidado de enfermagem não se restringe apenas ao cuidado hospitalar, e a saúde é muito mais que o cuidado a doença.

Descritores: Visita domiciliar. Estratégia saúde da família. Cuidados de Enfermagem.

REFERÊNCIAS



1. Ministério da Saúde (Brasil). Política nacional de atenção básica. Brasília. 2012.
2. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do programa saúde da família numa unidade básica de saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(2): 358-6.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*.
4. Mesquita AC, Carvalho ECd. A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(6):1127-36.
5. Lionello, c d l; duro, c l m; silva, a m; witt, r r. O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. *Rev. Gaúcha Enferm.* [online]. 2012, vol.33, n.4, pp.103-110. ISSN 1983-1447.
6. Nogueira JA, Oliveira LCS, Sá LD, Silva CA, Silva DM, Villa TCS. Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose. *Rev rene*. 2012; 13(4):784-93.
7. Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 479-503, nov.2011/fev.2012.



CAPACITAÇÃO EM PRIMEIROS SOCORROS PARA ADOLESCENTES

Graciano, Caroline dos Santos; Paiva, Ivan Fortes Vasconcelos Campanher; Noble, Cáren Iigure; Silveira, Leandro Carvalho; Silva, Thiago Lopes, Avila, Liziani Iturriet.

Introdução: O presente trabalho é um relato de experiência de uma atividade desenvolvida pela Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência (LEUr-FURG), a qual visa capacitar a comunidade para reconhecer uma emergência e realizar seus primeiros atendimentos de maneira segura. Estudos¹ demonstram que esse tipo de capacitação para a comunidade é uma maneira efetiva de aumentar a sobrevida em casos de emergência. Destaca-se a necessidade de ensinar diversos ramos da sociedade sobre como agir corretamente frente às urgências e emergências, utilizando-se de técnicas de abordagem e de salvamento¹. As situações de urgência e emergência são entendidas como problemas em que a vida é colocada em risco por fatores externos ou internos, sejam eles acidentes, violência ou mal súbito. As situações de emergências, sejam clínicas ou traumáticas, exigem um atendimento rápido e com conhecimento. Diversas situações tem sua gravidade potencialmente evitável, desde que sejam manejadas em tempo hábil e de maneira segura. A emergência imprime em si a necessidade da vítima ser atendida em curto espaço de tempo, determinando a continuidade da sua vida². O Projeto LEUr-FURG implementou atividades educativas junto à comunidade, informando e conscientizando por meio de atividades vinculadas aos processos de suporte básico de vida, prevenção de acidentes domésticos e primeiros socorros. **Objetivos:** Relatar a experiência vivenciada por discentes na ministração de uma oficina de primeiros socorros para adolescentes de um curso de educação náutica. **Metodologia:** A oficina foi realizada em abril de 2017, no Centro de Convívio dos Meninos do Mar (CCMar) vinculado à Universidade Federal do Rio Grande (FURG), em um curso pré-profissionalizante de Educação Náutica. A proposta emergiu da coordenação do CCMar que, em contato com a coordenadora da LEUr-FURG, solicitou uma capacitação em primeiros socorros para os estudantes do curso, com o intuito de fomentar conhecimentos sobre: os riscos de acidentes/traumas e sobre os procedimentos adequados nas condutas iniciais com vítimas de acidentes, incentivando as boas práticas frente a esses agravos. O



grupo que organizou a oficina realizou reuniões semanais no período de um mês para a elaboração do conteúdo e das atividades propostas na oficina. O grupo era composto por discentes do Curso de Graduação em Enfermagem, e foi coordenado por uma docente (orientadora). Inicialmente foi realizada a escolha de temas acerca dos Primeiros Socorros a serem trabalhados com os adolescentes; dentre a gama de agravos a serem trabalhados, selecionaram-se os mais recorrentes, quais sejam: síncope, crises convulsivas, queimaduras, hemorragias, fraturas e imobilizações, obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) e parada cardiorrespiratória. A partir dos temas elencados, partiu-se para o formato de apresentação do conteúdo. A metodologia escolhida para a realização da oficina vem ao encontro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde que diz: “a educação em saúde como prática na qual existe a participação ativa da comunidade, que proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida.”³. Para ministrar a oficina foi determinada uma divisão em dois tempos, onde o primeiro se caracterizou pela exposição propriamente dita do conteúdo, e, a seguir, foi proposta uma atividade prática que contou com a participação dos alunos, para que por fim fossem salientados os pontos mais relevantes abordados durante a capacitação. **Resultados:** Os participantes da oficina foram capacitados a reconhecer situações de emergência e adotar condutas adequadas e seguras frente a esses agravos. Durante a realização do processo interativo, notou-se o interesse e a responsividade dos participantes expondo suas vivências, dúvidas e conhecimentos prévios. Foi percebida a satisfação do docente da turma do curso de educação náutica frente aos temas abordados pelos ligantes, tendo o mesmo contribuído de forma ativa para com as palestras ministradas. Posteriormente, ao término da oficina, o mesmo propôs futuros novos encontros deste modelo para serem ministrados à outras turmas dos cursos pertencentes ao Centro de Convívio dos Meninos do Mar (CCMar). A partir deste posicionamento, os membros da LEUr-FURG puderam perceber que o propósito da atividade foi alcançado, ficando, deste modo, satisfeitos com o bom desempenho obtido pelo grupo. **Discussão:** Espera-se que os ligantes adquiram novos conhecimentos por meio das atividades da LEUr-FURG, preenchendo as lacunas percebidas durante e após a graduação frente às situações de urgência e emergência, desenvolvendo habilidades técnicas e científicas para atuar nesses eventos, além de propiciar o diálogo e troca entre a comunidade acadêmica e o público mancebo, disponibilizando orientações e



cuidados que na sua grande maioria estes jovens não possuem, disseminando, desta forma, a elucidação das questões relacionadas. Através deste conhecimento, os adolescentes saberão agir de maneira adequada frente aos possíveis eventos adversos que ocorrerem em seus cotidianos. **Conclusão.** Através desta oficina, espera-se observar múltiplos benefícios obtidos pelos acadêmicos diante da experiência vivenciada, e também pelo público participante através do conhecimento adquirido. Por meio de ações de educação permanente efetivas realizadas pelos ligantes da LEUr-FURG é possível que uma grande quantidade de leigos seja capacitada de maneira eficaz, sendo esta capacitação crucial em uma situação de emergência, a qual um atendimento inicial rápido e qualificado pode ser o diferencial entre a vida e a morte. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** O Projeto LEUr-FURG, assim como os demais projetos de extensão, possui grande importância na tentativa de contribuir com a construção acadêmica de graduandos de enfermagem. As atividades desenvolvidas visam alcançar novos saberes aos ligantes e ampliar a experiência dos mesmos com a comunidade, contribuindo com o desenvolvimento do processo de escuta qualificada, sensibilização, acolhimento, incentivo à mudança, comunicação e o compartilhamento de conhecimentos do Atendimento Pré-hospitalar (APH), oportunizando à comunidade o aprendizado reflexivo de uma prática educativa consciente e crítica direcionada a contribuir no seu bem comum. Espera-se, que esse trabalho desenvolvido junto ao Curso Pré-profissionalizante em Educação Náutica, tenha sensibilizado os adolescentes em relação à importância de prevenir acidentes, de reconhecer uma emergência e de atender de maneira segura e efetiva, prestando os primeiros socorros. Ao demonstrar as nossas vivências, por meio desse relato de experiência esperamos que outros acadêmicos possam visualizar a possibilidade de mudança da realidade por meio da educação para a urgência e emergência. Sabe-se que acidentes e eventos inesperados podem apresentar-se a qualquer momento e em qualquer ambiente da vida cotidiana e destaca-se que o socorro imediato geralmente é oferecido por pessoas próximas à vítima, assim, capacitar pessoas leigas para a realização de primeiros socorros pode efetivamente salvar vidas.

Descritores: Enfermagem. Educação. Urgência. Emergência.



REFERÊNCIAS:

Mota LL, Andrade SR. Temas educativos para escolares sob a perspectiva dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Rev Esc Enferm USP. 2016; 50(n.esp):114-121.

Ciconet RM, Marques GQ, Lima MADS. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. Interface. 2008 jul/set; 12(26):659-66.

BRASIL. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Dispõe sobre serviços de urgências e emergências. 2002 nov. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html



INTERCÂMBIO UNIVERSITÁRIO DE ENFERMAGEM EM PORTUGAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ismael Moron de Souza Reinhardt; Stella Minasi de Oliveira

Introdução: A busca pelo aprendizado, tanto na academia quanto na vida profissional, é sempre constante. Cada novo conhecimento adquirido durante esse período contribuirá para que o aluno possa ser um profissional com maior experiência no futuro, contribuindo para a humanização da assistência¹. Nesse mesmo sentido, a criação de parcerias internacionais em enfermagem é de grande importância para o desenvolvimento de uma visão holística, ampliando a perspectiva dos problemas de saúde global². Pensando nisso, no ano de 2016, o acadêmico inscreveu-se no programa de mobilidade acadêmica ofertado pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG) através de um órgão financiador. O programa ofertava bolsas de estudo durante um semestre em universidades de Portugal, Espanha ou Uruguai. O presente trabalho é um relato de experiência de um acadêmico de enfermagem do 8º semestre da Escola de Enfermagem (EEnf-FURG). **Objetivo:** Relatar a experiência do acadêmico de enfermagem frente à mobilidade acadêmica, seus desafios e aprendizados realizado em país estrangeiro. **Metodologia:** Este trabalho caracteriza-se por ser um relato de experiência a partir das reflexões e das experiências vivenciadas pelo acadêmico de enfermagem na atividade de mobilidade acadêmica internacional. Primeiramente, realizou-se uma seleção interna na FURG, a qual foi escolhida a Universidade de Aveiro (UA), em Portugal. Após tramites referente ao processo e aceitação do mesmo, realizou-se todas as etapas pertinentes a atividade de mobilidade acadêmica. A viagem de intercâmbio ocorreu entre os meses de setembro e dezembro de 2016, cumprindo o período do primeiro semestre letivo de 2016-17 (em Portugal). A proposta do programa era de que o aluno realizasse atividades de aulas teóricas e práticas, as quais eram possíveis de serem escolhidas pelo acadêmico em intercâmbio, desde que as disciplinas fossem semestrais. As aulas, no entanto, não foram exclusivamente ministradas na sala de aula. Foram realizadas visitas técnicas a hospitais públicos e privados e clínicas de procedimentos, diagnósticos e outras, todas privadas. **Resultados:** A experiência ofertada ao acadêmico foi única e diversa em todo período de intercâmbio, desde a partida até o momento de retorno. A recepção dos professores da UA foi



muito atenciosa e calorosa, demonstrando grande compromisso por todos profissionais envolvidos no ensino. As rotinas de estudos, sempre muito intensas, proporcionaram ao acadêmico ampliar seu conhecimento frente a um ritmo diferente. Dentre todos estudos, adquiriu-se novos conhecimentos teóricos sobre o uso de tecnologias de informação e comunicação em uma disciplina específica, a qual visava ensinar sobre as mais diversas tecnologias de informação presentes na realidade nacional. Analisava-se as inúmeras vantagens da automatização dos serviços, bem como a necessidade de implementar sistemas integrados em ambientes de saúde, os quais podem tornar mais eficazes e precisos os registros de enfermagem, sendo possível, inclusive, simular o desenvolvimento de um sistema que melhora os serviços de saúde. A realidade da saúde comunitária de Portugal também pôde ser conhecida ao ser estudada toda estrutura organizacional de saúde pública desde o Ministério da Saúde até às Unidades de Saúde Familiar (equivalentes às Unidades Básicas de Saúde da Família no Brasil). As políticas públicas de saúde europeia e portuguesa foram explanadas, assim como a apresentação dos programas, planos e projetos de saúde que visam à prevenção (em todos seus níveis). Houve, também, a oportunidade de aprimorar as técnicas de investigação em saúde e desenvolver mais os conhecimentos em epidemiologia, bem como desenvolver trabalhos de análise crítica e científica. Com a abertura de vagas de cursos de línguas estrangeiras, foi possível reforçar os conhecimentos em outro idioma, além de poder aprender mais ainda. O aprendizado não fluiu apenas do ambiente acadêmico, mas também fora dele. A troca de experiências com cidadãos de outros países e observação crítica e reflexiva da nova realidade auxiliou a desenvolver uma visão globalizada de sociedade, cultura e da importância de saúde em todos os âmbitos. **Discussão:** Durante esse processo de constante aprendizagem, pôde-se perceber o desenvolvimento de uma visão holística em relação à sociedade, ao entrar em contato com pessoas de diversas classes sociais estrangeiras, e à saúde, ao trocar experiências com colegas de classe, docentes e profissionais de saúde. Não houve uma limitação de aprendizado durante o processo, pois tudo que era visto como novo era motivo para instigar, refletir e buscar conhecer mais. A oportunidade de poder interagir e participar no ambiente acadêmico e em outros ambientes funcionou como facilitador no período da mobilidade. **Conclusão:** A participação como acadêmico de enfermagem em um programa de mobilidade acadêmica possibilitou a expansão do conhecimento e o desenvolvimento de novos saberes, tanto para o acadêmico quanto para as



pessoas com quem interagia. Constatou-se que, durante o período de graduação, a possibilidade de realizar intercâmbio é de extrema valia, em vista que possibilita abrir um leque de novos conhecimentos e estimular a formação de realidades diferentes, contribuindo para o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem sólida e variada, propiciando uma interconexão de saberes e aprendizados. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** Este trabalho tem o intuito de expandir aos acadêmicos de enfermagem as oportunidades disponíveis dentro do contexto universitário na FURG, demonstrar a capacidade que existe em todo estudante de poder buscar sempre mais, expandir os conhecimentos e incentivar profissionais e acadêmicos de enfermagem e demais áreas da saúde quanto à importância de divulgar o conhecimento adquirido, estimulando-os a compartilhar aprendizados.

Descritores: Enfermagem. Intercâmbio Educacional Internacional. Aprendizagem.

REFERÊNCIAS

- 1.Sulzbacher MM, Santos FP, Goi CB, Matter PS, Herr GEG, Kolankiewicz ACB. Contributos para o agir da enfermagem: descrição de uma prática na formação acadêmica. Revista Baiana de Enfermagem. 2016 jul/set; 30(3):1-7.
- 2.Holland S, Magama M. Evidence based practice translated through global nurse partnerships. Nurse Education in Practice. 2015 set; 22(2017):80-2.



ESTRATÉGIAS DE RESISTÊNCIA UTILIZADAS POR ESTUDANTES DE ENFERMAGEM DIANTE DE SOFRIMENTO MORAL

**Simoní Saraiva Bordignon; Edison Luiz Devos Barlem; Jamila Geri Tomaschewski
Barlem; Aline Marcelino Ramos; Bruna Ruoso da Silva Neutzling**

Introdução: Frequentemente nos cenários de formação acadêmica de enfermagem, os estudantes vivenciam conflitos e problemas morais, que pode ser deflagrados principalmente frente a situações de desrespeito, de si mesmos, dos colegas, usuários, trabalhadores de enfermagem e de saúde, reconhecendo-se, desencorajados, receosos e impotentes para reagir e manifestar questionamentos e indignação⁽¹⁾. Desse modo, estudantes de enfermagem vivenciam situações moralmente angustiantes, ao testemunharem circunstâncias de prestação de cuidados e comportamentos moralmente inadequados no ambiente acadêmico, incompatíveis com seus valores, princípios e padrões pessoais aprendidos durante sua formação acadêmica, possivelmente vivenciando sofrimento moral. O conceito de Sofrimento Moral idealizado por Andrew Jameton refere-se como um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando o indivíduo não pode executar ações moralmente adequadas, segundo sua consciência. Nesse contexto, os estudantes podem encontrar dificuldades de exercer resistência frente a mecanismos disciplinares do poder, que visam formar corpos dóceis, com máximas de obediência e submissão a normas e hierarquia⁽²⁾. Assim, a vivência de Sofrimento Moral por estudantes de graduação em enfermagem desperta a necessidade de refletir sobre sua formação acadêmica, sob a ótica de conceitos de Michel Foucault, como poder, resistência e poder disciplinar. Para tanto, poder numa perspectiva foucaultiana é entendido como uma multiplicidade de relações de forças e de resistências, estando presente em todas ações humanas e em todas suas organizações sociais⁽³⁾. O poder disciplinar é facilmente exercitado em instituições, como a universidade⁽⁴⁾, pois visa a disciplinarização, a normalização e o estabelecimento de modelos hierárquicos⁽⁵⁾. Ainda, as técnicas disciplinares podem conduzir o estudante ao medo da repressão, capaz de suscitar a observância rigorosa das instruções e, sob os olhares de seus supervisores, fragilizar sua capacidade de julgamento moral e ético^(6,7,8). Diante do exposto, buscou-se compreender



as questões que envolvem o fenômeno do sofrimento moral em estudantes de enfermagem.

Objetivo: compreender as estratégias de resistência adotadas pelos estudantes de graduação em enfermagem, diante de situações de sofrimento moral. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva. O estudo foi desenvolvido em três universidades localizadas no sul do Brasil – duas públicas e uma privada, mediante entrevistas semiestruturadas com 21 estudantes de graduação em enfermagem, entre dezembro de 2015 e fevereiro de 2016. Optou-se por identificar as universidades estudadas pela letra U seguida de um (U1, U2 e U3). Os dados foram submetidos à análise textual discursiva e referencial teórico foucaultiano. Para tanto, os critérios de inclusão restringiram-se a ser: estudante de graduação em enfermagem, e ter disponibilidade para responder ao guia de entrevista gravado. Foram asseguradas as exigências éticas e científicas preconizadas para pesquisas com seres humanos, mediante a Resolução 466/2012, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde. **Resultados:** A partir da análise dos dados, emergiram duas categorias: Inação frente ao Sofrimento Moral: construção de corpos dóceis e a fragilização moral do estudante e Estratégias de resistência ao Sofrimento Moral: exercício de poder. Desse modo, a inação frente ao SM relaciona-se à construção de corpos dóceis e à fragilização moral do estudante, devido ao exercício de poder disciplinar; e as estratégias de resistência ao SM associam-se ao exercício de poder das estudantes. No que tange a caracterização dos participantes, 19 eram mulheres, com idades entre 21 e 50 anos, 13 estudantes de universidades federais; matriculados em sua maioria no décimo semestre (6), seguido do oitavo semestre (5); sete nunca reprovaram em alguma disciplina e seis uma vez. A maioria dos acadêmicos era solteira, branca, de religião católica, que afirmava não trabalhar, sendo que três trabalham na área da saúde. Ainda, sete estudantes referiram ter formação anterior como técnicas de enfermagem. Os estudantes de enfermagem referiram diferentes estratégias de enfrentamento diante de situações que podem lhes gerar sofrimento moral, contemplando atitudes de ação e inação e, conseqüentemente, vivenciando repercussões. Nesse sentido, ao observar as relações de poder presentes em uma situação indesejável, o estudante pode, ou não, se sentir capacitado a enfrentá-la. A inação entendida também como estratégia de enfrentamento ao sofrimento moral parece ter sido utilizada por diferentes motivações entre os estudantes. Nesse sentido, o poder disciplinar na universidade pública U1 foi evidenciado por meio do comportamento docente autoritário, que aparentemente visa moldar e normalizar



a conduta dos estudantes. Já as relações de poder e por conseguinte o SM vivenciado por estudantes nas universidades pública U2 e privada U3, pareceram mais associadas ao seu desestímulo para defenderem o que acreditam, fortalecendo hegemonias e hierarquias profissionais. **Discussão:** o poder disciplinar pode ser entendido como um mecanismo de controle no contexto acadêmico, ao dominar os corpos dos indivíduos, para torná-los governáveis. Assim, a disciplina e suas sanções permitem uma continuidade do exercício de poder disciplinar sobre os indivíduos e um maior controle coercitivo sobre suas atitudes^(7,9), influenciando a percepção de falta de poder nos estudantes e, conseqüentemente, tornando a inação a única opção diante do sofrimento moral⁽¹⁾. A posição que os estudantes declaram ocupar na hierarquia acadêmica é percebida como inferior, e parece favorecer sua fragilidade e impotência em um jogo de relações de poder, apesar das suas implicações morais. Do mesmo modo, em outros estudos, estudantes atribuíram sua inação à falta de um modelo profissional, percebendo que seus instrutores pareciam tolerar ou perpetuar determinadas situações não éticas, o que pareceu absolvê-los de um sentido de responsabilidade^(1,2). Para tanto, o poder disciplinar na formação de corpos dóceis parece inibir processos de tomada de decisão que resultem em atos de resistência, ao suscitar comportamentos de passividade nos estudantes. A segunda categoria evidenciou as estratégias de resistência diante do SM utilizadas pelos estudantes de enfermagem. Na universidade U2, os estudantes agiram motivados por um senso de autonomia e liberdade para resistirem a práticas eticamente questionáveis, estabelecidas no ambiente de estágio. Desse modo, quando o SM se faz presente e o estudante se percebe impotente para enfrentar o contexto que provoca seu sofrimento, sua atitude voluntária de mudança de campo de estágio pode constituir-se em possibilidade de resistência positiva, na tentativa de preservar valores e princípios, evitando um aparente conformismo ao estabelecido. Já na U1, os estudantes utilizaram, como mecanismo de resistência, o diálogo com o docente sobre as situações que consideraram moralmente inadequadas. À semelhança dos achados desse estudo, a justificativa para os estudantes de enfermagem resistirem está ligada à influência do seu papel como advogados do paciente⁽¹⁰⁾. Nesse sentido, para exercer a advocacia, seja dos pacientes, seja do colega, torna-se necessário realizar constantemente julgamentos éticos, o que implica questionar e confrontar valores, normas e práticas instituídas, de modo a garantir respeito aos envolvidos⁽¹¹⁾. Em consequência, as ações de resistência podem ter repercussões negativas



para todos os envolvidos: docentes, usuários e estudantes. Assim as sanções ocorreram em domínios como: ameaça e represália ao estudante; do processo de demissão do docente e da prestação de um descuido ao usuário. Tais situações demonstram que o exercício da defesa de si e dos outros implica em uma tomada de posição que geralmente gera riscos e conflitos, já que desequilibra as relações de poder⁽¹⁰⁾. Do mesmo modo, repercussões positivas também foram evidenciadas pela maioria dos estudantes que resistiram, como seu fortalecimento moral mediante o exercício de poder, o pedido de desculpa docente e o reconhecimento da equipe de saúde. Assim, as ações dos estudantes podem estar diretamente vinculadas à intensidade de SM, uma vez que aqueles que resistiram referem menor SM, enquanto que aqueles que expressaram arrependimento por não terem resistido referem experimentar mais SM⁽⁸⁾. Por outro lado, as possíveis repercussões do exercício de resistência dos estudantes, com punições e retaliações sem o alcance das rupturas desejadas, podem ampliar seu sofrimento. **Conclusão:** Foi possível identificar que o tipo de universidade, sendo ela pública ou privada, independe da vivência de sofrimento moral no ambiente acadêmico, requerendo seu enfrentamento. Além disso, o exercício de poder disciplinar sobre os estudantes parece contribuir para sua fragilização moral, dificultando a implementação de estratégias de resistência no enfrentamento do sofrimento moral. Dessa forma, as estratégias de resistência dos estudantes, mediante seu exercício de poder, parecem favorecer seu fortalecimento moral. **Contribuições para enfermagem:** As atitudes de resistência assumidas pelos estudantes poderão não apenas contribuir para reorganizar o contexto de ensino e saúde em prol de uma formação acadêmica e uma prestação de serviços baseadas no respeito e na ética, mas contribuirão para sua própria formação e fortalecimento moral. Nesse sentido, é a prática de liberdade que ganha positividade, possibilitando a constituição do novo, mediante a ruptura com relações de poder tradicionais, consideradas normais e aceitáveis.

Descritores: Estudantes de Enfermagem. Poder. Moral.

REFERÊNCIAS

1. Wojtowicz B, Hagen B, Daalen-Smith CV. No place to turn: Nursing students' experiences of moral distress in mental health settings. *Int J Ment Health Nurs*. 2014; 23(3):257-264.



2. Wiggleson C, Petrusa E, Loomis K, Tarpley J, Tarpley M, O'Gorman ML, et al. Medical Students' Experiences of Moral Distress: Development of a Web-Based Survey. *Acad Med*. 2010; 85(1):111-117.
2. Theobald A. Moral Distress in Baccalaureate Nursing Students. *Ky Nurse*. 2013; 61(2):5-6.
3. Albuquerque VS, Batista RS, Tanji S, Moço ETM. Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre saber e poder. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(31):261-272.
4. Castro E. Vocabulário de Foucault. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009 15 Carneiro AD, Costa SFG, Pequeno MJP. Disseminação de valores éticos no ensino do cuidar em enfermagem: estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(4):722-730.
5. Foucault M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. 42. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.
6. Lomis KD, Carpenter RO, Miller BM. Moral distress in the third year of medical school; a descriptive review of student case reflections. *Am Surg*. 2009; 197(1):107-112.
7. Machado R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 26. ed. São Paulo: Edições Graal, 2008.
8. Wright A, Hawkes G, Baker B; Lindqvist M. Reflections and unprompted observations by health care students of an interprofessionals shadowing visit. *J Interprof Care*. 2012; 26(4):305-311.
9. Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Ramos AM, Silveira RS, Vargas MAO. Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? - uma perspectiva foucaultiana. *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25(1):e2560014.



OCORRÊNCIA DE SOFRIMENTO MORAL EM ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DE UNIVERSIDADES DO SUL DO BRASIL

Simoní Saraiva Bordignon; Edison Luiz Devos Barlem; Jamila Geri Tomaschewski-Barlem; Bruna Ruoso da Silva Neutzling; Gabriela do Rosário Paloski; Larissa Merino de Mattos

Introdução: O sofrimento moral (SM), na prática da enfermagem, foi descrito inicialmente como desequilíbrio psicológico, surgindo quando a pessoa sabe moralmente qual a decisão mais adequada a ser tomada, porém, por pressões externas ou de outrem, tem dificuldades de assumir tais decisões. Geralmente, as decisões de enfrentamento não podem ser adotadas por obstáculos institucionais, constrangimentos legais, políticas das instituições de saúde e/ou desequilíbrios nas relações de poder¹. O interesse por essa temática na atualidade vem ampliando o seu campo de pesquisa, passando das primeiras investigações direcionadas aos profissionais de saúde para estudantes da área da saúde. Dessa forma, é relevante explicitar que os estudantes enfrentam problemas morais próprios no ambiente de formação em que estão inseridos, podendo revelar o enfrentamento de circunstâncias dúbias relacionadas ao exercício da autonomia, da ética e da moral². Nessa perspectiva, elucidar as situações que causam SM nos estudantes de graduação em enfermagem, nos ambientes de formação, poderá fornecer uma descrição das fragilidades universitárias e refletir diretamente na defesa e valorização do próprio estudante, como na qualificação da sua formação³. Os estudantes, do mesmo modo que profissionais enfermeiros, ao testemunharem circunstâncias de prestação de cuidados e comportamentos antiéticos, incompatíveis com seus valores, princípios e padrões aprendidos durante sua formação acadêmica, percebem o SM, validando e justificando a necessidade de investigar sua ocorrência em outras configurações, como a academia.

Objetivo: analisar a ocorrência de sofrimento moral em estudantes de graduação em enfermagem de diferentes universidades do Sul do Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, com delineamento transversal, realizado em três universidades localizadas no sul do Brasil – dois cursos pertencem a universidades públicas e um a uma universidade privada.



Participaram do estudo 499 estudantes de graduação em enfermagem, matriculados da primeira à última série. Os critérios para a inclusão dos participantes se restringiram a ser estudante do curso de graduação em enfermagem das universidades selecionadas, ter disponibilidade e interesse em responder ao instrumento. Já os critérios de exclusão foram limitados à ausência do estudante no local e no momento de coleta de dados (por mobilidade acadêmica, regime de exercício domiciliar, trancamento) e por falta de disponibilidade ou de interesse em participar da pesquisa. Para a seleção dos participantes, foi utilizada a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência, de forma que os informantes foram selecionados de acordo com sua presença e disponibilidade no local e no momento em que o processo de coleta de dados foi implementado. A coleta de dados foi realizada no período de novembro a dezembro de 2015, por meio da Escala de Sofrimento Moral para Estudantes de Enfermagem (ESMEE), validada previamente, com estudantes de enfermagem de três universidades do Brasil. A ESMEE foi validada previamente contendo 41 itens, apresentando duas escalas Likert de sete pontos, uma medindo a intensidade de SM, a qual variava de 0 (nenhum) a 6 (para sofrimento muito intenso), e a outra medindo a frequência com que as situações que geram SM ocorrem, a qual variou de 0 (nunca) a 6 (frequente). A análise dos dados foi realizada a partir do software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 22.0. Os resultados referentes à amostra estudada foram submetidos a diferentes tipos de análises: estatística descritiva, testes de associação (teste t e Anova) e regressão. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (Parecer n. Nº 097/2013). **Resultados:** A amostra foi constituída por 499 estudantes de enfermagem: 384 de universidades públicas e 115 de universidade privada; 232 estudantes estavam matriculados entre o sexto e o décimo semestre, 56,3% nunca reprovou em alguma disciplina e 57,7% ingressou no curso nos últimos três anos. Dentre os estudantes, 440 (88,2%) eram do sexo feminino. Com relação à idade, obteve-se uma média correspondente a 24,8 anos, variando entre 17 e 60 anos, sendo 22 anos a moda de idade entre os participantes. A maioria dos acadêmicos era solteira, 387 (77,6%). Verificou-se também que a maioria dos estudantes afirmava não trabalhar 389 (78%) e, do restante, (13,4%) relatavam trabalhar na área da saúde. Ainda, 110 estudantes (22%) referiram ter formação anterior e desses 99 (19,8%) como técnicos/auxiliares de enfermagem. Os seis constructos obtidos correspondem a diferentes situações que o estudante de enfermagem pode vivenciar



no ambiente de formação acadêmica e que podem gerar SM. Nesse sentido, o constructo *C1-Comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário* é definido por questões relacionadas aos direitos dos usuários à privacidade, segurança e cuidados adequados. Já o constructo *C2-Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário no sistema de cuidados no âmbito institucional e organizacional* relaciona-se a problemas de incompetência profissional, acesso a cuidados adequados, falta de continuidade de cuidados e alocação de recursos. Em relação às *C3-Práticas docentes autoritárias*, são referidas questões de relacionamentos interpessoais entre estudante e docente, nos quais, os docentes de enfermagem demonstram falta de apoio e comportamento excessivamente crítico, contribuindo para um ambiente de aprendizagem desconfortável. Ainda, o constructo *C4-Falta de competência do docente* inclui fatores relativos ao comprometimento da qualificação docente, no uso de metodologias adequadas, assim como na distribuição dos conteúdos curriculares, na consistência das disciplinas ofertadas e similaridade dos conteúdos ministrados com a realidade prática. O constructo *C5-Desrespeito à dimensão ética da formação profissional* abrange situações de plágio, alteração de notas e comportamentos inadequados. E o constructo *C6-Opção profissional* compreende a escolha do curso de graduação, a permanência no curso e sentimentos de desvalorização profissional. As médias de intensidade de SM nos constructos variaram de (1,60) a (2,55). Em relação às frequências de ocorrência de situações que conduzem ao SM nos constructos variaram de (1,21) a (2,43). Estudantes de graduação em enfermagem das três universidades pesquisadas apresentaram uma maior média de SM no constructo *C2- Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário*. Na análise dos níveis de SM por universidade pesquisada e de cada universidade em relação aos seis constructos, observou-se que as universidades federais (U1 e U2) apresentaram médias de SM mais elevadas do que as da universidade privada (U3). Igualmente, médias mais elevadas foram identificadas nos constructos *C2- Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário*, *C3-Práticas docente autoritárias*, *C4- Falta de competência docente* e *C6-Opção profissional*. **Conclusão:** Ao pesquisar SM em estudantes de graduação em enfermagem, de três universidades brasileiras, através da ESMEE, com seis constructos que podem gerar SM no ambiente acadêmico, as médias obtidas de intensidade e frequência não foram expressivas. Tal resultado pode estar relacionado ao fato dos estudantes não reconhecerem determinada situação como um



problema moral, identificando-a como algo comum, recorrente no seu cotidiano, possivelmente, ainda, como algo próprio da prática da profissão, inquestionável e imutável, demonstrando assim certo grau de conformidade e passividade ao vivenciá-la.

Contribuições/Implicações para enfermagem: Valorizar e discutir problemas e conflitos éticos e morais, percebidos no período de graduação acadêmica, é uma oportunidade de criar alternativas para mudanças necessárias, como o enfrentamento do SM, condizente com uma atuação crítica e ativa da profissão enfermagem, comprometida com uma realidade educacional e de saúde norteada pelo respeito à vida dos usuários, estudantes e profissionais.

Descritores: Estudantes de Enfermagem. Educação em Enfermagem. Moral. Ética.

REFERÊNCIAS

1. Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWNONNS Clin Issues Prenat Womens Health Nurs.* 1993; 4(4): 542–51.
2. Wojtowicz B, Hagen B, Daalen-Smith CV. No place to turn: Nursing students' experiences of moral distress in mental health settings. *Int J Ment Health Nurs.* 2014; 23(3):257-264.
3. Wiggleton C, Petrusa E, Loomis K, Tarpley J, Tarpley M, O'Gorman ML, et al. Medical Students' Experiences of Moral Distress: Development of a Web-Based Survey. *Acad Med.* 2010; 85(1):111-7.



DIMENSÃO ESPIRITUAL NA PERSPECTIVA DA TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL

Larissa Lemos Silva; Cíntia Camila Santos de Souza Costa; Diéssica Roggia Piexak.

Introdução: A visualização do ser humano de forma integral exige que o profissional de saúde perceba as dimensões que estão presentes em cada indivíduo: biológica, psicológica, histórica, social e espiritual. Para isso são necessários conhecimentos que oportunizem ao profissional de saúde a identificação e o reconhecimento dessas dimensões a fim de se compreender no processo de cuidado em saúde e assim compreender o outro ser cuidado, numa relação mútua. É notório o aumento do interesse da comunidade científica pela pesquisa relacionada especialmente a dimensão da espiritualidade e suas correlações com a saúde e o cuidado¹. Nessa perspectiva e por reconhecer que as teorias de enfermagem fornecem subsídios para os estudantes e profissionais na prática assistencial, enfatiza-se nesse estudo a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson como uma estratégia em potencial para auxiliar o processo de estabelecimento de outras possibilidades de cuidar, uma vez que a autora sugere a inserção da dimensão espiritual durante o cuidado de enfermagem². Para Watson, o cuidado transpessoal começa quando o enfermeiro entra no campo fenomenológico de outra pessoa, detectando sua condição de ser (espírito, alma), sente essa condição no seu íntimo e responde à ela de tal forma que o receptor liberta seus sentimentos e pensamentos que deseja libertar há muito tempo², ou seja, o cuidado efetivo é consolidado por meio da relação transpessoal, de um processo que realmente modifica a situação. A autora considera de suma importância a relação entre o *self* do profissional com o *self* do paciente, ou seja, a conexão entre corpo/mente/espírito para execução de uma prática de atenção em saúde de qualidade. Watson é uma enfermeira americana que alcançou os títulos de doutorado e pós-doutorado na década de noventa, na área da Psicologia da Educação. Watson ressignificou diversos conceitos relacionados ao modo de fazer enfermagem, destacando o cuidado como sendo construído através do relacionamento íntimo entre dois seres distintos em personalidade, mas com essências semelhantes³.



Elaborou a Teoria do Cuidado Transpessoal após encontrar subsídios em diversos teóricos, como Carls Rogers, Yalom e Peplau³. Além disso, a teoria de Watson subsidia o profissional para a realização do principal eixo de prática da enfermagem: o cuidado, com ênfase no cuidado espiritual. Identifica-se, porém, que esse tipo de assistência é de abordagem consideravelmente difícil devido às diversas lacunas existentes no ensino da enfermagem, dentre elas a carência do conteúdo na academia e a falta de orientação no que diz respeito às habilidades necessárias para realizar uma assistência espiritual, sistematizada e conforme as necessidades de cada indivíduo⁴. Assim, justifica-se a realização desse estudo a fim de buscar subsídios numa teoria de enfermagem que compõe a base científica da ciência de enfermagem e que poderá auxiliar no entendimento da dimensão espiritual no cuidado em saúde. **Objetivo:** Refletir acerca da dimensão espiritual na perspectiva da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. **Metodologia:** Trata-se de um estudo teórico-reflexivo desenvolvido a partir das questões norteadoras: como a espiritualidade aparece na Teoria do Cuidado Transpessoal e qual a relação entre a dimensão espiritual e o cuidado em saúde. Esta reflexão foi realizada a partir da leitura minuciosa e crítica da literatura da enfermagem que aborda a referida teoria. **Resultados e discussão:** Os valores éticos e morais de cada indivíduo são compostos por um fenômeno humano de relações entre os elementos: cuidado – saúde – pessoa – natureza – universo³. Nessa perspectiva, surgem novas propostas oriundas da teoria transpessoal para abordar a espiritualidade. Jean Watson discorre que para o cuidado ser efetivo deve ter a qualidade de um momento de encontro, de troca e de transformações, uma vez que um indivíduo é o reflexo do outro.⁵ Além disso, Watson traz o olhar do cuidado para além do corpo físico, considerando os pressupostos fenomenológicos de cada indivíduo⁶, ou seja, a manifestação do *self*. Essa manifestação ocorre por meio das emoções, do comportamento, do corpo físico e suas características, constituindo e caracterizando o Campo Fenomenológico. Todavia, o *self* oferece elementos para caracterização da pessoa mas não é objetivamente confinado/restrito na relação espaço-tempo sendo, dessa forma, completamente modificável e influenciável pelo meio. A teoria propõe o resgate do cuidar enquanto prática sagrada⁵ e aborda a espiritualidade como sendo o “Mundo do Espírito”, a qual é acessada através das relações humanas desenvolvidas através do cuidado, uma vez que este é considerado o nível mais



elevado de conexão através do reconhecimento de forças ou campos energéticos que permeiam as relações interpessoais e as experiências espirituais². O “Mundo do Espírito” pode ser vivido através de um campo fenomenológico de interação entre dois seres, podendo ser descrito após a ocorrência de Experiências da Consciência (ou espirituais)². A fenomenologia tem sido vista como um importante método de aproximação para compreender a experiência de cuidar⁷, não estando circunscrito apenas às experiências físicas³, mas abordando também todas as outras áreas humanas. Vale ressaltar que para haver congruência entre o eu/*self* de cada um e a experiência atual, o agora, é preciso que exista harmonia entre a mente, o corpo e a alma; entre a pessoa e o mundo. Quanto maior for a vivência do verdadeiro eu de cada um, mais harmonia será desencadeada e, conseqüentemente, existirá um grau mais elevado de saúde². Além disso, o “Mundo de Espírito” se torna mais importante à medida que a pessoa cresce e amadurece enquanto indivíduo, da mesma forma que a humanidade evolui coletivamente. Ainda, é citado por Watson que o “Mundo”, dentro dessa expressão, simboliza todas as forças do universo, assim como o ambiente em que a pessoa está inserida, considerando os fatores internos, externos, humanos, artificiais, naturais, cósmicos, psíquicos, passados, presentes e futuros². Para que o Cuidado Transpessoal com caráter espiritual venha a ser desenvolvido o profissional deve apresentar cinco características: I) compromisso moral de proteger e realçar a dignidade humana; II) afirmar e compreender o significado da subjetividade das pessoas; III) possuir habilidades para identificar sensações e condições de subjetividade dos indivíduos e de si mesmo através de ações, palavras, comportamentos, cognição, toque, intuição, linguagem corporal, etc.; IV) possuir capacidade de sentirem-se unidos com os outros e com o universo em um movimento de harmonização mental, física e espiritual, procurando direcionar energias promotoras de saúde; V) ter a capacidade de utilizar seus sentimentos, edificados através de experiências vivenciadas, como forma de conexão com outros indivíduos⁸. Diante da clareza obtida por Watson ao tratar de tais características, considera-se importante ressaltar que apenas com a conexão dos *selves* e com a compreensão de todas as dimensões humanas, principalmente dando atenção à subjetividade, o cuidado será desenvolvido com qualidade. Tanto o *self* do profissional quanto o *self* do paciente estão interligados pelo “Momento Presente”, ou seja, todas as experiências obtidas pelo corpo físico enquanto intermediário na captação de estímulos



são fundamentais para a ocorrência do cuidado em saúde/de enfermagem². Porém, esse cuidado só é instaurado a partir do momento em que há uma verdadeira conexão entre os *selfs*. Assim, Watson ressalta que a enfermagem deve se preocupar em como a desarmonia pode afetar o processo de cuidado, enfatizando a necessidade do *self* e da essência espiritual de cada um estarem interligados e representarem uma coerência de pensamentos e sentimentos. Quando há desarmonia em qualquer um dos componentes desse ciclo, seja porque o indivíduo que recebe o cuidado ou o profissional que designa o mesmo não encontram congruência entre o seu *self* e sua essência espiritual, ou porque, de alguma forma, não permitem que a espiritualidade permeie essa ação, ocorre um considerável afastamento do desenvolvimento da saúde, pois Watson considera que a desarmonia está intimamente associada à doença e, em contrapartida, a harmonia está associada à saúde². A transação do cuidado contribui para o desenvolvimento da essência espiritual da pessoa ou do verdadeiro eu, assim como para maior autoconhecimento, auto respeito, autocontrole e auto restabelecimento, tanto para o enfermeiro como para o paciente². Os seres que se unem num momento de cuidar estão, ambos, num processo de ser e de se tornar, ou seja, a conexão firmada através dessa relação e a entrega ao momento e à necessidade do indivíduo gera a modificação mútua⁵. **Conclusão:** O Cuidado Transpessoal ocorre numa ligação de *selfs*, sendo essa relação, capaz de libertar energia e força interior, auxiliando a formação de harmonia na tríade mente-corpo-alma e potencializando o processo de auto restabelecimento². Dessa forma, todas as forças interiores e a energia vital necessitam se conectar com o infinito campo universal para que o cuidado seja estabelecido e para que a conexão de *selfs* ocorra de forma a permitir a intervenção espiritual. Watson propõe o cuidado físico e os procedimentos como indiscutivelmente importantes, porém, cita que o nível mais elevado do cuidado ultrapassa esses aspectos facilmente palpáveis, expandindo-se para os planos emocional e espiritual³. **Contribuições/implicações para a enfermagem:** Essa teoria traz subsídios fundamentais para o ser/fazer em enfermagem, auxiliando na identificação e reconhecimento de elementos fundamentais para promover harmonia e saúde do próprio profissional assim como do paciente, resgatando a essência espiritual dos seres humanos e indo muito além dos aspectos técnicos e físicos que envolvem o cuidar em saúde.

Descritores: Espiritualidade. Teoria de Enfermagem. Enfermagem.



REFERÊNCIAS

1. Dal-Farra RL, Geremia C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. Rev. bras. educ. med. 2010; 34(4).
2. Watson J. Enfermagem: ciência humana e cuidar - uma teoria de enfermagem. Loures (POR): Lusociência; 2002.
3. Penha RM. A espiritualidade na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: Análise de conceito. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.
4. Castelo Branco MZ, Brito D, Fernandes Sousa C. Necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada: revisão integrativa Aquichan. 2014; 14(1):100-08.
5. Resende TM. Acupuntura para pacientes oncológicos ambulatoriais: um cuidado espiritual de enfermagem. Juiz de Fora. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem; 2014.
6. Favero L, Meier MJ, Lacerda MR, Mazza VA, Kalinowski LC. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. Acta Paul Enferm 2009;22(2):213-8.
7. Sadala MLA. A fenomenologia como método para investigar a experiência vivida: uma perspectiva do pensamento de Husserl e de Merleau-Ponty. In: Seminário internacional de pesquisa e estudos qualitativos, 2004, Bauru.
8. Watson J. Nursing: human science and human care: a theory of nursing. New York: National League for Nursing; 1988.



O CONFLITO NA REALIDADE DE ACADÊMICOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Bárbara da Silva Gama; Cintia Camila Santos de Souza Costa; Munique Pimentel Gomes; Lorrane Nogueira de Carvalho; Paula Pereira de Figueiredo; Évilin Diniz Gutierrez

Introdução: Os profissionais que trabalham na área da saúde, principalmente dentro dos hospitais, estão expostos a inúmeros fatores de risco que podem desencadear alterações biossocioculturais¹. Dentre essas alterações, destaca-se o estresse, tendo como fatores desencadeadores as precárias condições de serviço, longas jornadas e excesso de trabalho, o que também, pode gerar situações de conflito¹. O conflito é entendido como um estado de divergência entre ideias, objetivos e/ou interesses pessoais, interferindo no andamento do processo de trabalho e nas relações interpessoais, caso não seja examinado e gerenciado de maneira apropriada². Existem três tipos de conflitos: pessoais, interpessoais e organizacionais³. O conflito pessoal caracteriza-se pelas aflições e discordâncias pessoais, gerando divergências entre o que se diz, o que se pensa e como se age; o conflito interpessoal é aquele que acontece entre duas ou mais pessoas, e ambas encararam a situação de maneiras diferentes e; o conflito organizacional não subsidia-se em princípios e valores pessoais, mas nas dinâmicas organizacionais, externas à instituição³. A ocorrência do conflito pode apresentar perspectivas positivas e negativas, quando o mesmo é compreendido e solucionado positivamente, pode incentivar a criatividade e autonomia nos sujeitos envolvidos, despertando maior atenção para os problemas desencadeadores². Porém, quando o conflito é ignorado, resolvido parcialmente ou de forma inadequada, pode gerar sentimento de frustração, hostilidade e ansiedade, afetando o bem-estar das pessoas². O enfermeiro, nesse cenário, deve capacitar-se e aperfeiçoar-se para desenvolver competências e habilidades de liderança, como a comunicação, escuta, observação, negociação, criticidade e empatia, bem como, a análise crítica do contexto⁴. Essas habilidades auxiliam o profissional a encontrar possíveis soluções e estratégias para o enfrentamento do conflito, tendo em vista, que a falta de resolutividade do conflito influencia sobremaneira na produtividade e motivação



profissional, interferindo na qualidade da assistência prestada ao cliente⁵. **Objetivos:** relatar a experiência de um conflito vivenciado por acadêmicos de enfermagem em uma unidade de atendimento ao adulto no âmbito hospitalar, cuja instituição é cenário de atividades práticas no decorrer do Curso de Graduação. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência, ocorrido durante atividade prática obrigatória do Curso de Graduação em Enfermagem, na disciplina “Enfermagem nas Intercorrências Clínicas do Adulto”. Essa disciplina tem como um de seus objetivos desenvolver o raciocínio clínico e a tomada de decisões em cenários de assistência ao adulto em intercorrências clínicas e teve suas ações realizadas no período de setembro a dezembro de 2016, divididas entre dois campos de atuação. A unidade, na qual ocorreu a situação de conflito, caracteriza-se pelo atendimento da demanda espontânea de urgência e emergência. Destaca-se que há a superlotação de leitos, sendo necessário a acomodação de clientes nos corredores que circundam a unidade e que, a quantidade de profissionais que integram a equipe de enfermagem é insuficiente para atender a demanda sem que os mesmos não sejam sobrecarregados. Cabe destacar que as relações interpessoais nessa unidade já demonstravam ser, comumente, conflituosas. Como metodologia da Disciplina, as atividades desenvolvidas pelos estudantes são registradas em diário de campo, a fim de subsidiarem a construção de um portfólio final com a experiência mais significativa e cujo produto é requisito de avaliação parcial das atividades práticas. **Resultados:** Foram oito dias de atividades nesse campo de prática, realizadas no período da tarde, duas vezes por semana. A proposta era a prestação do cuidado integral do acadêmico a um cliente, das 13h00 às 17h00, sendo que, no horário de encerramento, as prescrições deveriam ser devolvidas à técnica de enfermagem responsável pelo cliente, naquele turno, segundo escala feita pela enfermeira. O conflito ocorreu, aproximadamente, na quinta semana de atividade prática. Este relato foi dividido em três momentos. 1) Motivação pré-conflito: uma técnica de enfermagem, responsável por um dos clientes, foi procurada por acadêmicos para que sanasse dúvidas à respeito de um cuidado específico, porém, a mesma não foi encontrada na unidade e as colegas de trabalho disseram que ela havia se ausentado do posto de enfermagem e que não sabiam informar onde encontrá-la. Essa técnica não foi vista pelos acadêmicos durante todo o período de prática. No momento da devolução das prescrições, foi questionado, novamente, onde a técnica se encontrava e a resposta foi a mesma. Espontaneamente, uma acadêmica expressou reprovação acerca da ausência dessa profissional do posto de enfermagem. Após



alguns minutos, a técnica retornou ao seu local de trabalho e foi informada pelas colegas sobre a expressão negativa da acadêmica. 2) O conflito instalado: após ter conhecimento sobre o ocorrido, a técnica começou a dirigir palavras e gestos ofensivos aos acadêmicos presentes no local. Todos os acadêmicos e a professora mantiveram-se em seus locais e optaram por não responder aos insultos da técnica, naquele momento. 3) Tentativa de resolução do conflito: após o ocorrido, em momento diferente das ações práticas, as professoras responsáveis pela Disciplina procuraram a enfermeira da unidade para informar o ocorrido acerca do conflito e solicitaram que houvesse uma conversa com a técnica para que o infortúnio não se repetisse. A enfermeira da unidade explicou que essa técnica, frequentemente, se ausentava da unidade e que era uma situação individual de excepcionalidade, consentida pela equipe. No intuito de resolver o conflito, foi assegurado pela enfermeira às professoras que o ocorrido seria discutido com a funcionária e que não se repetiria, o que de fato, aconteceu. **Discussão:** neste relato, identificou-se que a motivação pré-conflito se caracterizou por falha na comunicação. Nesse sentido, um estudo destaca quatro características essenciais para o processo comunicativo⁶. A primeira característica envolve a fonte e o receptor da mensagem sendo esta, intimamente relacionada à habilidade de relacionamento entre os envolvidos⁶. É importante salientar que o relacionamento entre os acadêmicos e as técnicas de enfermagem da unidade era extremamente limitado e pouco íntimo, o que pode ter levado à má interpretação da mensagem transmitida pela acadêmica. A segunda e terceira características dizem respeito à mensagem propriamente dita e ao canal de interpretação da mensagem, a visão e a audição, que se trata da observação capaz de identificar emoções e sentimentos, visto que, a mensagem pode estar carregada de movimentos corporais e expressões faciais que induzem a interpretações prejudiciais⁶. Corroborando com essas características, a partir do relato, foi possível perceber que a expressão negativa da acadêmica gerou nas técnicas de enfermagem o sentimento de injustiça, que as levaram a informar o ocorrido à técnica que estava sendo procurada, ocasionando a instalação do conflito. Reafirma-se que a comunicação respalda-se nas relações interpessoais, que se constroem a partir das interações entre os envolvidos⁶. No tocante à instalação do conflito, este se caracterizou pelo descontrole emocional dos envolvidos, tendo em vista que, o estresse, o cansaço e a frustração nas unidades de saúde são corriqueiros e diariamente presentes na vida dos profissionais, levando-os à exacerbação de alguns sentimentos e



atitudes⁷. Dentre as motivações que levam ao estresse, estão a grande demanda de clientes, a sobrecarga de trabalho, o número insuficiente de profissionais e a fragilidade na oferta de recursos materiais⁷. A realidade da Unidade relatada, infelizmente, apresenta todas essas motivações. Na tentativa de resolução do conflito, destaca-se a importância do enfermeiro como líder, visto que, a liderança em conjunto com a comunicação é capaz de promover a resolução de problemas e mudanças pertinentes e necessárias à organização do grupo⁸. O enfermeiro que exerce esse papel assume uma posição imparcial e justa frente ao conflito, se utilizando de habilidades que contribuem para a tomada de decisão satisfatória e favorável à todos, contribuindo, diretamente, na qualidade dos serviços prestados ao cliente⁸. No relato descrito, a decisão da enfermeira em conversar com a técnica de enfermagem corroborou com a característica de um enfermeiro líder. **Conclusão:** conclui-se que o conflito dentro dos serviços de saúde está comumente presente, tendo como principais motivações a falha na comunicação, as fragilidades nas relações interpessoais e as más expressões e interpretações acerca da mensagem transmitida. Destaca-se, também, que o estresse é um fator determinante para que o conflito se instale, sendo que muitas vezes, ele é ocasionado pelo próprio ambiente de trabalho e precárias condições de serviço. Além disso, salienta-se a necessidade da atuação de um enfermeiro líder que saiba manejar o conflito eficientemente, com vistas à manter a produtividade do trabalho em grupo à favor do cliente. Sugere-se que a Instituição programe medidas que diminuam o estresse nessa Unidade e que promova a reflexão crítica dos profissionais acerca de suas práticas nas relações interpessoais. Espera-se que novos estudos sejam realizados contemplando a temática, com o intuito de estimular o pensar crítico sobre as relações que se estabelecem nos serviço de saúde, proporcionando continuamente o aperfeiçoamento e a melhora das mesmas. **Contribuições/ Implicações para a enfermagem:** espera-se com este trabalho contribuir para que o profissional de enfermagem repense suas atitudes, principalmente, no que tange à contribuição do enfermeiro como líder para a equipe. Destaca-se também a importância do conhecimento sobre essa realidade dentro dos cursos de graduação em enfermagem e cursos técnicos de enfermagem com a intenção de direcionar o futuro profissional a identificar fatores que levam ao conflito e a desenvolver habilidades que os solucionem eficientemente, ressalta-se também, a importância do incentivo a boas relações interpessoais e à liderança.



Descritores: Comunicação. Liderança. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Oliveira RJ, Cunha T. Estresse do profissional de saúde no ambiente de trabalho: causas e consequências. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*. 2014 Jul/Dez;3(2):78-93.
- Silva LHB, Iida PTS, Valadão RS. Os gestores e os conflitos organizacionais: um estudo em lojas de eletro eletrônico situado na cidade de Pereira Barreto-SP. *Revista InterAtividade*. 2016 Jun/Dez;4(2):4 – 23.
- Friedrich TL, Weber MAL. Gestão de conflitos: transformando conflitos organizacionais em oportunidades. *Conselho Regional de Administração do Rio Grande do Sul*. 2014
- Spagnol CA, Monteiro LAS, Paula CL, Bastos JM, Honorato JAG. Vivenciando situações de conflito no contexto da enfermagem: o esquete como estratégia de ensino-aprendizagem. *Esc. Anna Nery*. 2013 Mar; 17(1): 184-189.
- Amestoy SC, BackesVMS, ThofehnMB, Martini JG, MeirellesBHS, TrindadeLL. Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar. *Rev. GaúchaEnferm*. 2014 Jun; 35(2):79-85.
- Broca PV, Ferreira MA. Características do processo de comunicação na equipe de enfermagem. *Revenferm UFPE online*. 2015 jun; 9(Supl. 5):8428-36.
- Simões JS, Otani MAP, Siqueira Júnior AC. Estresse dos profissionais de enfermagem em uma unidade de emergência. *REGRAD*. 2015 Ago; 8(1):75-95.
- Moura GMSS, Inchauspe JAF, Dall’Agnol CM, Magalhães AMM, Hoffmeister LV. Expectativas



da equipe de enfermagem em relação à liderança. Acta Paul Enferm. 2013; 26(2):198-204.



ENFERMEIRO: INTERAÇÃO COM A FAMÍLIA E O ADULTO TERMINAL INTERNADO EM UTI

**Larissa Merino de Mattos; Edison Luiz Devos Barlem; Aline Belletti Figueira; Amanda
Guimarães Ferreira; Alex Sandra Ávila Minasi; Caroline Bettanzos Amorim**

Introdução: A enfermagem está diretamente envolvida com os cuidados de saúde em diferentes contextos de forma a promover melhorias na saúde das pessoas¹. O cuidado tomado como objeto de conhecimento e prática da enfermagem se configura como ato realizado no campo da ação com fins de promover conforto e bem estar, mantendo a saúde das pessoas e dos ambientes². Neste meio, proporcionar o cuidado aos pacientes terminais é direcionado ao alívio da dor, do sofrimento e da angústia, bem como, nos casos mais graves, ao preparo da família e do paciente para a morte. Necessário nestas situações que os profissionais de saúde identifiquem fragilidades e delineiem estratégias de enfrentamento, visto proporcionar assistência de qualidade em momento tão difícil². À luz deste paradigma, as pessoas precisam estar inseridas no processo de cuidado. Participar, criar e recriar modos de pensar e agir em prol da saúde². Este cuidado exige participação social, consciência cidadã, reflexão e ação para que de fato ocorra¹. Para isso, se faz necessário desenvolver uma visão compreensiva e interativa das questões sociais e da saúde, em consonância com a complexidade e pluralidades da sociedade atual¹. Assim, o enfermeiro pauta suas ações na reflexão ética, visto que o agir ético contempla conhecimentos práticos, técnicos, teóricos a fim de proporcionar um cuidado humanizado³. Desta forma, o trabalho em Unidade de Terapia Intensiva - UTI, além de habilidades e competências técnico-científicas, se configura pela exigência de habilidades e competências emocionais, relacionais, éticas e políticas nas diferentes relações com os pacientes, família e demais profissionais da equipe multidisciplinar³. **Objetivo:** Refletir acerca dos dilemas éticos do profissional enfermeiro nos cuidados ao adulto terminal internado em UTI e sua família. **Metodologia:** Reflexão teórica com pesquisa na literatura, em diferentes bases de dados nacionais e internacionais acerca do assunto. A busca foi realizada entre os meses de março a julho de 2016. Para tanto, os descritores utilizados foram:



Ética; Enfermagem; Doente Terminal. Por fim realizou-se a análise aprofundada dos textos selecionados, identificados para tal assertiva com a finalidade de maior imersão na temática.

Resultados e Discussão: Conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem o profissional enfermeiro deve estar comprometido com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. Ao estimular a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e de acordo com os preceitos éticos e legais. Porém o mesmo não é claro no que diz respeito a assistência do enfermeiro nos cuidados de pacientes em situações de terminalidade, fato que gera angústia dos profissionais nestas situações⁴. As quais são agravadas quando se trata de um paciente adulto que de forma repentina tem sua saúde agravada, levando-o de forma rápida a condição de paciente terminal. Causa frequente de angústia e tristeza da equipe multiprofissional e familiares. Diante desta situação é frequente o sentimento de impotência e desilusão dos enfermeiros que devem assistir a este paciente sem chances de cura e ainda prestar a assistência a família que recebe notícia tão difícil. Neste momento, o cuidado deve ter respeitado a autonomia do profissional e do paciente. Torna-se eminente também adotar ações no cuidado, por vezes desvalorizadas, como o toque terapêutico, o estar presente, esclarecer dúvidas em relação à medicação, a própria doença, cuidados, patologia, bem como sinais e sintomas que o paciente tem ou poderá apresentar². Diz respeito à resignificação nas relações de cuidado, ao enfatizar valores éticos como a confiança e a autonomia² e a valorização do paciente independente de sua situação. Entre as ações de cuidado, o acolhimento e a escuta devem ser características evidentes nos profissionais de enfermagem, as quais tornam a presença deles essencial na relação com os pacientes, de modo que tanto a família quanto o próprio paciente possam extravasar suas dores, angústias, tristezas, medos, dentre outros aspectos envolvidos no cenário de terminalidade⁵. Por outro lado, nas situações de terminalidade dos pacientes sob seus cuidados, o enfermeiro com frequência enfrenta momentos de sofrimento moral, por lidar diretamente com o sofrimento das pacientes e da família frente à terminalidade. São situações éticas difíceis com relação ao melhor cuidado a fornecer a eles, além das dificuldades com relação as suas percepções sobre como lidar com situações de morte e morrer⁶. Sofrimento moral que é definido como sentimento doloroso e / ou o desequilíbrio psicológico que ocorre quando os enfermeiros são conscientes da ação moralmente adequada exigida pela situação, mas não podem realizar esta ação por causa dos obstáculos como institucional ou de outros



profissionais, por exemplo⁶. Neste meio, os profissionais se utilizam de mecanismos de enfrentamento para conviver com o sofrimento que estão em dois extremos, por um lado distanciar-se dos pacientes e evitar o envolvimento, o que representa a incapacidade de lidar com a carga emocional resultante desse convívio⁶. Por outro lado, a satisfação em promover o alívio no sofrimento do outro indiretamente traduz a reposição de energias, o bem-estar e a amenização da dor, além de criar novas possibilidades de enfrentamento e melhor desempenho no trabalho². Esta última situação certamente é a mais saudável a tomar e ela só terá êxito quando o profissional estiver capacitado para trabalhar com a terminalidade. Ainda como forma de apoiar o enfermeiro para lidar com estes enfrentamentos é criar estratégias de prevenção do sofrimento moral por meio da educação e do desenvolvimento de competências éticas. Isto se torna fundamental tanto para a satisfação no trabalho e disponibilidade no cuidar quanto para a permanência dos profissionais no ambiente de trabalho². Assim, assuntos referentes à terminalidade devem ser inseridos nos contextos de ensino e assistência à saúde, a fim de propor a familiarização com a temática, por vezes, tratada de maneira velada pelos profissionais da saúde⁷. **Conclusão:** Diante deste contexto, se considera de fundamental importância o envolvimento e participação do enfermeiro nos debates que envolvem o cuidado intensivo a pacientes terminais e a interação com as famílias, ao objetivar proporcionar melhor conforto. Ações estas que buscam aprimorar as questões de morte e morrer a fim de trabalhar tal momento de forma a beneficiar tanto o paciente e a família, como preparar o próprio profissional nestas situações. **Contribuições/implicações para enfermagem:** Os enfermeiros quando desenvolvem suas ações pautadas na ética, terão efeito benéfico no cuidado aos pacientes terminais e sua família que enfrenta momento tão difícil, além de atuar de forma consciente na prestação direta do cuidado para que o paciente tenha um fim de vida com menor dor e sofrimento possível.

Descritores: Ética; Enfermagem; Doente Terminal.

REFERÊNCIAS

1. Zobolo ELCP; Schweitzer MC. Valores da enfermagem como prática social: uma



metassíntese qualitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2013;21(3):695-703.

2. Luz KR et al. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. **Rev. Bras. Enferm.** 2016;69(1):67-71.

3. Vargas MAO et al. Internação por ordem judicial: dilemas éticos vivenciados por enfermeiros. **Rev. Gaúch. Enferm.** 2013;34(1):119-25.

4. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [Citado em 2012 fev. 08]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4158>.

5. Santana JCB; Pessini L; Sá AC. Desejos dos pacientes em situação de terminalidade: uma reflexão bioética. **Enfermagem Revista**. 2015;18(1):28-50.

6. Corley MC. et al. Nurse moral distress and ethical work environment. **Nursing Ethics**. 2005;12(4):381-90.

7. Cogo SB; Lunardi VL. Diretivas antecipadas de vontade aos doentes terminais: revisão integrativa. **Rev. bras. Enferm.** 2015;68(3):524-34.



O ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS

Fernanda Pires Freire; Suelen da Cunha Dias; Jeanie Fonseca Pinheiro;
Laurelize Rocha

Introdução: A assistência de enfermagem, realizada de forma intervencionista no ambiente pré-hospitalar sempre foi um grande motivador dos profissionais que se identificam com a área de Emergência. A justificativa para a realização deste estudo se dá, uma vez que se acredita na possibilidade de esclarecer a população quanto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, bem como quanto ao papel do enfermeiro no pré-hospitalar. **Objetivos:** Analisar o papel do Enfermeiro no Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Urgência (SAMU); Demonstrar o atendimento do Enfermeiro no Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Urgência; Apontar desafios e perspectivas dos enfermeiros no APH Móvel; Especificar o preparo necessário para que os enfermeiros possam atuar no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão literária, que terá como população-alvo, enfermeiros, acadêmicos de enfermagem e comunidade em geral. Optou-se por uma revisão integrativa, na qual foram seguidos os seguintes passos: Foi estabelecido um problema a ser estudado e a partir daí, foram formulados três questões que enfatizam o problema: Qual o papel do enfermeiro no APH? Quais os desafios e perspectivas dos enfermeiros que trabalham no APH? Qual a formação necessária para trabalhar com Atendimento de Urgência pré-hospitalar? Após elaborar as perguntas norteadoras, definiu-se os como critérios de inclusão os artigos atualizados (até 5 anos de publicação) Busca de dados; Análise dos dados; Interpretação e apresentação dos resultados. Foram pesquisados os descritores (Serviços Médicos de Emergência; Enfermagem em Emergência; Socorristas), nas seguintes bases de dados: LILACS, SCIELO, BDNF e MEDLINE.), entre os meses de junho e setembro de 2016, obtendo-se 42 artigos pertinentes a temática. É importante salientar que não existem muitas publicações relacionadas ao Pré-hospitalar, pois a temática ainda é muito recente no Brasil. **Resultados/Discussão:** O modelo brasileiro de atendimento pré-hospitalar móvel é o SAMU, que atende nacionalmente, gratuitamente 24h, através do número 192. O Ministério



da Saúde através da Portaria nº.2048 norteou todos os aspectos pertinentes a Rede de Atenção às Urgências no Brasil¹. No Atendimento Pré Hospitalar (APH) móvel de Urgência, o enfermeiro tem papel fundamental na prestação do atendimento às vítimas das mais diversas situações, motivo pelo qual, o profissional que atua nesta área deve estar preparado para a realização de uma intervenção precisa. O APH é o serviço que procura chegar o mais rápido possível à vítima e os seus profissionais devem receber habilitação via Núcleo de Educação em Urgência (NEU), uma vez que a formação na graduação é considerada ineficaz para o preparo do profissional em relação ao APH, sendo necessário a realização de cursos preparatórios, tais como BLS, PHTLS, para que se tenha a qualificação². No Brasil há dois serviços públicos que prestam atendimento pré-hospitalar móvel de Urgência: o SAMU/Bombeiros(193), sendo o SAMU a referência população³. A grande maioria dos enfermeiros compreende que o objeto de seu trabalho são as pessoas com risco de vida e afirmam que possuem equipamentos e materiais necessários para a realização da prática assistencial⁵. No APH, o enfermeiro é o profissional capacitado tecnicamente para a realização de supervisão de enfermagem, assistência a pacientes graves, procedimentos de enfermagem de maior complexidade e tomada de decisões, tornando sua atuação complexa e de extrema importância. A ausência do enfermeiro nas Unidades de Suporte Básico (USB), causa desconforto em auxiliares e técnicos de enfermagem, pois sentem a necessidade de receber a orientação do enfermeiro na prática assistencial⁵. O papel do enfermeiro não se restringe ao atendimento prestado às vítimas graves, em risco de morte. Cabe ao enfermeiro a responsabilidade de instruir as equipes para a manutenção da qualidade do atendimento de urgência, além atuar na elaboração de materiais educativos e na revisão dos protocolos utilizados no APH, sendo essencial que estes profissionais tenham estrutura emocional, além de capacidade técnica para enfrentar as mais diversas situações encontradas no APH. A criação e o fortalecimento do NEU, possibilita o aperfeiçoamento dos recursos humanos para a realização de uma intervenção eficaz frente às necessidades do paciente crítico⁶. O enfermeiro deve possuir tanto habilidades práticas, quanto de gestão. Conseguir reconhecer problemas que estejam comprometendo o ambiente de trabalho e consequentemente conseguir resolver os impasses, promovendo uma reflexão quanto a assistência prestada, contribui para a melhoria do cuidado ofertado ao paciente no APH. O gerenciamento baseado em uma organização hierárquica, nos remete a um modelo ultrapassado, engessado, na qual o



enfermeiro realiza apenas a supervisão das ações de enfermagem. O modelo de gestão contemporâneo, tem por base a horizontalidade, na qual é compartilhado informações e discutido com a equipe as tomadas de decisões⁷. O enfermeiro possui autonomia para a realização dos procedimentos de Enfermagem estabelecidos em lei, porém devem estar capacitados para a intervenção em situações complexas, possuindo formação compatível com a autonomia que possuem para a tomada de decisões⁸. A Portaria GM/MS nº. 2048/2002, que dispõe sobre a Rede de Urgências, aborda em seu Capítulo IV, aspectos referentes ao Pré-Hospitalar Móvel, dentre eles: o perfil do enfermeiro que atua no APH, os requisitos exigidos para a atuação no serviço e as competências e atribuições do profissional. O enfermeiro que atua no APH, está submetido diariamente a inúmeros riscos. Os locais de trabalho são os mais variados possíveis e as cenas encontradas, nem sempre são favoráveis⁷. São inúmeros os desafios enfrentados pelos enfermeiros que atuam no APH. Um dos principais desafios, sem dúvida é aprender a lidar com a morte. Outro desafio, é o fato de que diversos atendimentos realizados pelas equipes de APH, necessitam de apoio policial. A violência faz parte da realidade dos profissionais que atuam fora do ambiente hospitalar⁹. Outro fator é que o SAMU é solicitado rotineiramente para atendimentos que não caracterizam situações de Urgência e Emergência e que poderiam ser solucionados em Unidades Básicas de Saúde (UBS), sem prejuízo algum ao paciente. Os trotes também são bastante comuns¹⁰. Conclusão: Através deste estudo foi possível identificar os principais desafios e perspectivas que o enfermeiro têm em relação ao APH. A história do APH no Brasil, legislações vigentes, a inclusão do enfermeiro no Suporte Básico de Vida, bem como a sua atuação na Unidade de Suporte Avançado. Questões sobre liderança do enfermeiro como chefe da equipe de enfermagem, além da autonomia existente e os principais fatores de estresse que acometem os profissionais do APH, também foram discutidos. Por fim, se levantou os principais desafios e perspectivas dos enfermeiros em relação ao APH. Se percebeu que o SAMU, é referência em APH no Brasil. O enfermeiro é considerado o líder da equipe, sendo um profissional essencial no APH. A necessidade constante de busca pelo conhecimento, através de cursos de formação e qualificação profissional, é imprescindível. Além disso, demonstra-se a qualificação profissional necessária para o ingresso nos serviços de APH e a atuação do enfermeiro mesmo diante dos mais diversos desafios.



Descritores: Serviços Médicos de Emergência. Enfermagem em Emergência. Socorristas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº.2048/GM, de 05 de novembro de 2002, Brasília-DF.
2. Oliveira DSM, Araújo MDS. Atuação do Enfermeiro no Serviço Pré-hospitalar Móvel (SAMU): analisando a assistência prestada aos usuários. Artigo apresentado a Atualiza Cursos, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Enfermagem em Emergência, 2014.
3. Silva LAAS, Silva GCS. Organização do Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Emergência: Uma questão de gestão dos serviços de Saúde. Rev. Elet. Gestão & Saúde. Vol.06, Nº. 02, Ano 2015 p. 1190-1209.
4. Luchtemberg MN, Pires DEP. O que pensam os enfermeiros do SAMU sobre o seu processo de trabalho. Rev. Cog. Enferm, 2015.
5. Bernardes AMVG, Hetti LBE, Baldin MCS, Gabriel CS. Supervisão do Enfermeiro no Atendimento Pré-hospitalar Móvel. Rev. Elet. de Enferm., 2014
6. Adão RS, Santos MR. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. Rev. Min. Enferm., 2012.
7. Silva OM, Ascari, RA, Schiavinato, Ribeiro MC. Riscos de adoecimento enfrentados pela equipe de enfermagem do samu: uma revisão integrativa. Rev. Saúde Púb. Sta Cat., v.7, n.1, 2014.
8. Junyent RWW, Rodrigues FSM, Júnior ISSO, Wanderlei AG, Tavares JG, Ferraz, RRN,



Errante PR. A autonomia do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar. *Science in Health* maio-ago 2014; 5(2): 86-95.

9.Mello DB. Dispositivos de proteção utilizados por profissionais de atendimento pré-hospitalar móvel frente à violência no trabalho. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, p.49,2013.

10.Tanaka NH. Uma visão crítica do atendimento pré-hospitalar móvel no Rio Grande do Sul. *Rev. Scientia Medica (Porto Alegre)* 2013; volume 23, número 3, p. 147-148.



RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM ACERCA DO CUIDADO PALIATIVO

Laís Farias Juliano, Giane Veiga, Evilin Gutierrez, Paula Pereira de Figueiredo

Introdução: Os pacientes acometidos por agravos que ameaçam a continuidade da sua vida e para os quais não há terapêutica modificadora, comumente, apresentam fragilidades e limitações físicas. Mesmo após certo tempo de tratamento, recebem cuidados focados na incessante tentativa de cura, por meio de métodos invasivos e de alta tecnologia. Essas abordagens, muitas vezes exageradas e desnecessárias, ignoram o sofrimento e são incapazes de tratar os sintomas mais prevalentes, subestimando a dor do paciente¹. No intuito de um novo olhar para o cuidado nessa situação ameaçadora da vida, surge o conceito de Cuidado Paliativo, o qual consiste na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação adequada e tratamento da dor e demais sintomas físicos, psicossociais e espirituais². Para o cuidado a esse tipo de paciente não há protocolos específicos, mas alguns princípios que podem ser considerados. Dentre eles, se podem citar: promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural; não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado; oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o enfrentamento do luto^{1,2}. Tendo em vista essa abordagem conceitual acerca do cuidado paliativo, apresenta-se esse relato de experiência, o qual tem como **Objetivo** relatar a vivência de acadêmicas de enfermagem no cuidado paliativo a um paciente com câncer, durante as atividades práticas de uma Disciplina do Curso de Graduação. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência, ocorrido durante atividade prática obrigatória do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, na disciplina “Enfermagem nas Intercorrências Clínicas do Adulto”. Essa disciplina tem entre seus objetivos identificar necessidades bio-psico-socio-espirituais de pacientes adultos em



situações de intercorrências clínicas e implementar a assistência de enfermagem. No segundo semestre letivo do ano de 2016, teve suas ações realizadas no período de setembro a dezembro, divididas entre dois campos de atuação intra-hospitalar. Como metodologia da Disciplina, as atividades desenvolvidas pelas estudantes foram registradas em diário de campo, a fim de subsidiarem a construção de um portfólio final com a experiência mais significativa e cujo produto é requisito de avaliação parcial das atividades práticas. O Serviço de Pronto Atendimento (SPA), em que ocorreu a situação a ser relatada, caracteriza-se por apresentar um grande e dinâmico fluxo de atendimento, já que se constitui como a porta de entrada do hospital, onde os usuários possuem necessidades diferentes, sendo assistidos por equipes multiprofissionais, segundo sistema de classificação de risco. A Unidade realiza atendimento a pacientes em situação de urgência e emergência e, muitas vezes, permanece com pacientes internados por um longo período, pois devido a intercorrências clínicas ou cirúrgicas, aguardam o tempo necessário até que obtenham leito na unidade de internação. Possui 20 leitos no total, sendo uma enfermaria geral para pacientes adultos, divididos em cinco leitos para cada sexo, uma enfermaria pediátrica com cinco leitos, uma sala de urgência com três leitos e dois leitos de isolamento. Apesar desses números, a unidade possui um expressivo número de leitos localizados no corredor, que são utilizados quando as enfermarias se encontram lotadas, sendo em média ocupada por 35 à 50 pacientes.

Resultados: O acompanhamento do referido paciente pelas acadêmicas aconteceu em um encontro, com duração média de 5 horas. O mesmo possuía 70 anos, sexo masculino, acompanhado pela irmã. Encontrava-se emagrecido, comunicativo, lúcido e orientado, com diagnóstico de Tumor Retal, em cuidados paliativos. Estava abatido e sem vontade de viver, relatando que gostaria de estar em casa e que sentia muita dor. Referia não ter mais utilidade e que preferia morrer. Apresentava-se choroso, abatido e não admitia estar em tal situação, pois sentia-se um homem inválido. O paciente já havia realizado tratamento quimioterápico e cirúrgico, com colocação de drenos na região perianal e bolsa de colostomia, mas o câncer estava em estágio avançado e, por este motivo, incluía-se em situação de cuidados paliativos. Porém, os cuidados prestados ao paciente eram, muitas vezes, invasivos e restringiam-se à administração de medicamentos para dor. No decorrer da assistência, foi possível perceber com os relatos do paciente que ele necessitava de medidas de conforto para além da analgesia. Ao prestar cuidados básicos, como o banho de leito, foi realizada massagem de conforto, a



troca de curativos e a troca de bolsa de colostomia; além de conversa e escuta de forma atenta e acolhedora aos seus relatos de dor e angústia. Após essas medidas simples, o paciente relatou que se sentia mais confortável e relaxado, podendo, assim, dormir sem uso de medicamentos, o que não acontecia há alguns dias. **Discussão:** Nas fases iniciais do câncer, o tratamento geralmente é agressivo, com objetivo de cura ou remissão e isso é compartilhado com o doente e sua família de maneira otimista. Quando a doença já se apresenta em estágio avançado ou evolui para esta condição, mesmo durante o tratamento com intenção curativa, a abordagem paliativa deve entrar em cena no manejo dos sintomas de difícil controle e de alguns aspectos psicossociais associados à doença. Na fase terminal, em que o paciente tem pouco tempo de vida, o tratamento paliativo garante, através de seus procedimentos, qualidade de vida³. Assim, o existir do ser humano demanda cuidado. O cuidado busca resguardar e ressignificar a vida, reconstruindo seu sentido. O cuidado está relacionado com o respeito ao desejo do outro, com a aceitação do outro como é, com o acolhimento de suas necessidades e com o compartilhar de suas angústias. A percepção de suas necessidades envolve um grau de sensibilidade, de reflexão sobre valores, sentidos e relações, o que demanda tempo, interiorização, abertura e exercício de respeito⁴. **Conclusão:** Este trabalho foi importante para uma reflexão acerca dos cuidados não-farmacológicos que podemos prestar aos pacientes que estão em cuidados paliativos, os quais, muitas vezes, necessitam de cuidado diferenciado. Para isso, se requer um conhecimento técnico refinado, aliado à percepção do ser humano como agente da história de vida e determinante do curso de adoecer e morrer. É preciso tratar todos os pacientes com igualdade, dignidade e singularidade, o que torna o trabalho da enfermagem uma assistência com qualidade. Não foi fácil emocionalmente prestar assistência a este paciente, porém, com zelo e carinho, foi possível transmitir a ele, tranquilidade. **Implicações/contribuições para enfermagem:** Constata-se que falar de morte e cuidar dos que morrem, apesar das inúmeras discussões e avanços em torno desse processo, ainda é instigante e, por vezes incômodo, para os profissionais de saúde. A morte é um acontecimento inevitável; no entanto, não estamos e talvez nunca estaremos totalmente preparados para lidar com suas repercussões⁵. Um dos sintomas prevalentes em pacientes em cuidados paliativos é a dor total e, por este motivo, o cuidado de enfermagem que visa ao seu controle com possibilidades não-farmacológicas é de extrema importância e demonstra a preocupação da equipe com a melhora e qualidade de vida do paciente, numa perspectiva



humanizada e holística.

Descritores: Cuidados Paliativos. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.
2. Organização Mundial da Saúde, OMS. Definição de Cuidado Paliativo, 2002.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tratamento para cuidados paliativos, 2017.
4. Coelho, MEM, Ferreira, AC. Cuidados paliativos: narrativas do sofrimento na escuta do outro. Revista bioética, 2015.
5. Cordeiro, FR, Roso, CC. O ensino do cuidado de enfermagem em um núcleo de Cuidados Paliativos: relato de experiência. Revista enfermagem UFPE online. Recife, 2015.



A UTILIZAÇÃO DA TERAPIA REIKI COMO TECNOLOGIA DO CUIDADO PRESTADO PELO ENFERMEIRO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Silvana Possani Medeiros; Adriane Maria Netto de Oliveira; Angélica Bigliardi Veiga Fagundes; Aline Cristina Calçada de Oliveira; Diéssica Roggia Piexak; Sheila de Almeida Pinheiro.

INTRODUÇÃO: A Terapia Reiki é uma prática integrativa que vem ascendendo mundialmente nos últimos anos na esfera ocidental, porém suas raízes orientais são seculares, tendo suas dimensões baseadas em atender o indivíduo de forma global e caracterizada pela imposição das mãos, com a finalidade de reestabelecer o equilíbrio do corpo¹. Trata-se de uma prática energética redescoberta no século XIX pelo monge japonês Mikao Usui, sendo visto como um método de cura natural e seguro, que não demanda de alta tecnologia, proporcionando aumento no bem-estar físico, emocional e mental. É eficaz no tratamento de inúmeras patologias e sintomatologias, como alívio da dor e diminuição do estresse, reduz sintomas e efeitos colaterais de quimioterapia e radioterapia, melhora na autoestima, sendo utilizado amplamente, em vários hospitais em nível mundial^{2,3}. Em vista dos benefícios supracitados e amparados pelo Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Resolução COFEN-197, que estabelece e reconhece as terapias integrativas como especialidades e/ou qualificação do profissional enfermeiro, que em sua formação prezam por prestarem uma assistência humanizada, têm as terapias integrativas como mais uma área de atuação para a prevenção e promoção da saúde⁴. Diante do que foi exposto, este trabalho justifica-se pela relevância social e ainda devido a possibilidade do profissional enfermeiro empoderar-se, alicerçando mais sua prática, através dessa tecnologia de cuidado. Diante do que foi exposto, surge a seguinte questão de pesquisa: Como se apresenta a produção do conhecimento científico acerca da utilização da terapia Reiki como tecnologia do cuidado prestado pelo enfermeiro? **OBJETIVO:** Identificar a produção científica atual acerca da terapia Reiki no contexto da assistência do enfermeiro. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa, onde foi realizada uma busca bibliográfica no período de janeiro a março de 2017,



a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando os seguintes descritores: “reiki” e “enfermagem”. Foi utilizado como critérios de inclusão apenas artigos que tivessem seu conteúdo relacionado ao tema proposto, ainda deveriam ser publicados entre o período de 2011 a 2016 e, estarem disponibilizados online na íntegra. Optou-se por esse período de referência, pois foi quando os estudos acerca dessa temática ganharam maior ênfase, tanto no âmbito nacional, quanto internacional. Foram encontrados a priori 414 artigos, destes, 70 eram disponibilizados na íntegra. Utilizou-se ainda, como critério de refinamento o período supracitado para esta revisão, restando 39 estudos. Assim, após leitura minuciosa foram excluídos 33, ora por incluírem outro tipo de terapia energética que não o Reiki ou ainda se apresentarem de forma repetida na base de dados escolhida, chegando ao número total de seis artigos selecionados para realização desta revisão. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Após análise dos dados coletados quanto ao período dos estudos, observou-se que as pesquisas foram publicadas nos anos de 2011 a 2015, sendo duas em 2011, uma em 2012, uma em 2013, uma em 2014 e outra em 2015. Constatou-se que dois dos artigos incluídos na revisão foram publicados em periódico nacional e quatro em periódicos internacionais. Percebe-se um aumento das publicações nos últimos anos, fato que leva a necessidade de novas práticas ao cuidado de enfermagem, entretanto se evidencia uma carência de publicações no âmbito nacional relacionadas à terapia Reiki. Quanto ao conteúdo dos estudos, três trataram-se de revisões integrativas e outros três realizaram uma intervenção direta da terapia reiki como forma de cuidado/parte do tratamento. Sobre a terapia Reiki, abordada nas revisões, demonstraram que ocorreram mudanças significativas na saúde dos indivíduos, especialmente em relação à ansiedade, dor, estresse, aumento de células de defesa e diminuição da pressão arterial⁵. Outros resultados que merecem destaque são a respeito do número de estudos serem na sua grande maioria concentrados nos Estados Unidos, sendo no Brasil ainda incipiente, tanto no aspecto do número amostral, quanto na aplicabilidade e impacto, necessitando maiores investigações a respeito da temática⁶. Foi verificado também resultados eficazes associando a utilização da terapia Reiki com a melhora dos sintomas, relacionados a clientes oncológicos de modo geral⁷. Estudo corrobora com tais achados, onde a terapia Reiki é capaz de gerar impactos e uma melhor resposta do organismo na prevenção e tratamento de doenças crônicas, a partir do momento que a mesma percebe o indivíduo dentro da sua integralidade, consequentemente melhorando de uma forma geral, sua qualidade de vida^{3,8}. Ainda, em



relação a melhora de qualidade de vida a partir da terapia Reiki, outro estudo de referência utilizado para a discussão, aborda a sua eficácia, no que se refere o restabelecimento no padrão do sono, diminuição dos escores para depressão, no qual se avaliou além disso: fadiga, humor e disposição para o trabalho⁸. Sobre os estudos quantitativos, que elencaram a aplicabilidade do reiki como intervenção em saúde, todos os três trouxeram os aspectos alusivos ao proporcionarem o bem-estar físico e psicológico, alívio da dor, diminuição dos níveis da pressão arterial, conforto e melhora geral no bem-estar físico^{9,10,11}. Os resultados dos estudos quantitativos foram apresentados através de relatos e entrevistas, sendo minimizadas as queixas de dor crônica, além de contribuírem para o equilíbrio das necessidades mentais, emocionais, espirituais e físicas dos participantes das pesquisas^{9,10,11}. Pesquisa quantitativa com resultados similares valida e fortalece os achados, havendo a melhora do estado geral, tanto no receptor da terapia Reiki como no terapeuta: sensação de paz, relaxamento, tranquilidade, qualidade do sono, humor, ainda um aumento no ânimo e disposição às atividades cotidianas¹². **CONCLUSÃO:** Apesar de ser uma prática teoricamente nova no domínio ocidental, e a sua escassez de produção científica em âmbito nacional, refletida nos resultados encontrados acerca de sua utilização como tecnologia do cuidado prestado pelo enfermeiro, a terapia Reiki pode trazer inúmeros benefícios demonstrados ao longo desse trabalho. Mais pesquisas devem ser realizadas, seja por profissionais enfermeiros assistenciais, acadêmicos, professores apropriar-se dessas novas práticas empoderando o nosso saber e atuação. **CONTRIBUIÇÕES/ IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM:** Diante do exposto, é necessário que o profissional enfermeiro conheça as práticas integrativas, dentre elas a terapia Reiki, a fim de agregar outras práticas terapêuticas existentes de modo a ocupar esse espaço, transformando a assistência em um cuidado mais amplo, capaz de potencializar a autonomia do outro e do próprio profissional neste contexto. **DESCRITORES:** Reiki; Assistência Integral à Saúde; Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1 Bessa JHN. As relações estabelecidas entre a terapia Reiki e o bem-estar subjetivo mediadas pelas representações sociais. – [Tese de doutorado em enfermagem] – Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ; 2014:160.



2 Sousa LMM, Severino SSP, Marques-Vieira CMA. O Reiki como um Contributo para a Prática de Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. Nursing. 2013; 289(26):1-29.

3 Ferreira AMA, Magalhães JC, Oliveira RMJ. Relato de experiência do evento científico da terapia Reiki. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2012; 6(7):72.

4 Gnatta JR, Dornellas EV, Silva MJP. O Uso da aromaterapia no alívio da ansiedade. Acta Paul Enferm. 2011; 24(2):257-63.

5 Freitag VL, Andrade A, Badke, MR. O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura. Enferm Glob. 2015; 38(1):346-56.

6 Bessa JHN, Oliveira DC. O uso da terapia reiki nas américas do norte e do sul: uma revisão. Rev. Enferm. UERJ. 2013; 21(1):660-64.

7 Coakley AB, Barron, Anne-Marie. Energy therapies in oncology nursing. Semin. Oncol. Nurs. 2012; 28(1):55-63.

8 Barbosa GP, Silva DS, Silva LO, Peres KDP, Torres JDRV, Souza MS. Reiki como pratica integrativa e complementar: uma revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2016; 8(3):893-97.

9 Díaz-Rodríguez L, Arroyo-Morales M, Cantarero-Villanueva I, Fernández-Lao C, Polley M, Fernández-de-las-Peñas C. The application of Reiki in nurses diagnosed with Burnout Syndrome has beneficial effects on concentration of salivary IgA and blood pressure. Rev Lat Am Enferm. 2011; 19(5):1132-8.

10 Catlin A, Taylor-Ford RL. Investigation of standard care versus sham Reiki placebo versus actual Reiki therapy to enhance comfort and well-being in a chemotherapy infusion center. Oncol Nurs Forum. 2011; 38(3):212-20.



11 Freitag VL, Dalmolin, IS, Badke, MR, Andrade A. Benefits of Reiki in older individuals with chronic pain. *Texto & Contexto enferm.* 2014; 23(4):1032-40.

12 Moreti, GM, et al. A arte de cuidar através do reiki. *Síntese: Rev. Eletr.* 2014; 22(5):198.



AÇÕES DA ENFERMAGEM DE UM SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO A UM SURTO DE DIARREIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Kendra Natasha Sousa Castanha dos Santos; Marlise Capa Verde Almeida de Mello; Marta Regina Cezar-Vaz; Andréia Martins do Couto; Tatiele Roehrs Gelati.

INTRODUÇÃO: A Nutrição Enteral (NE) é empregada para que haja um progresso das condições nutricionais dos pacientes⁽¹⁾, é indicada para pacientes que não devem, não podem ou não querem alimentar-se por via oral, é uma técnica segura e eficaz de apoio nutricional especializado a qual possibilita que pacientes mantenham um estado nutricional adequado. Além disso, permite que o paciente mantenha seu tratamento a nível domiciliar, elevando sua qualidade de vida e poupando custos hospitalares⁽²⁾. A equipe de Enfermagem realiza um papel de extrema importância e responsabilidade na manutenção da nutrição enteral, pois além de promover sua administração, realiza os cuidados necessários, controle de volume com a atenção necessária para prevenir complicações que possam surgir, como por exemplo a desnutrição ocasionada por uma nutrição realizada inadequadamente de forma prolongada⁽³⁾. Surto é denominado como um tipo de epidemia em que os casos se restrinjam à uma área geográfica específica, geralmente pequena e bem delimitada, ou também uma população institucionalizada. O objetivo principal de uma investigação sobre uma determinada doença ou surto é detectar maneiras de interromper a transmissão e prevenir o surgimento de novos casos⁽⁴⁾. As ações de planejamento, elaboração, implementação, manutenção e avaliação dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar são realizadas pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), compostas por profissionais de saúde de nível superior. Entre estes profissionais estão os enfermeiros, cujas atribuições integram: avaliar os riscos de IH; fiscalizar o correto emprego das técnicas assépticas; analisar e orientar a implantação de medidas de isolamento; dispor de medidas que previnam a propagação de microorganismos; estabelecer um vínculo entre setores do hospital; praticar educação em saúde; exercer ações de vigilância sanitária de forma a efetuar medidas preventivas ou corretivas; diagnosticar e notificar os casos de IH, entre outras⁽⁵⁾. Diante disso, se tem como questão norteadora: quais as possíveis etapas que compreendem uma conduta investigativa relacionada à um surto de



diarreia? **OBJETIVO:** Relatar a experiência de uma conduta investigativa de enfermagem relacionada à um surto de diarreia intra-hospitalar. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência de um plano de ação de investigação, frente à um surto de diarreia dentre os pacientes que utilizavam Sonda Nasoentérica (SNE), internados em um hospital da Região Sul do Rio Grande do Sul- Brasil. Esse plano foi vivenciado por uma enfermeira atuante no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) do referido hospital. O SCIH era formado por duas enfermeiras e uma secretária. No momento em que o caso ocorreu, não existiam médicos atuantes na equipe do serviço de controle de infecção. A investigação compreendeu as seguintes etapas: identificação da possibilidade de surto, elaboração de um plano de investigação, levantamento dos pacientes em uso de SNE, ação junto ao Serviço de Nutrição e Dietética (SND), verificação das prescrições, elaboração de um Procedimento Operacional Padrão (POPs) do controle de infecção hospitalar que estabeleceu cuidados com a NE. **RESULTADOS/RELATO DO CASO:** A elaboração do plano de ação de investigação foi realizada por duas enfermeiras, a primeira atuava no serviço há 15 meses e a segunda há 6 meses. A questão foi exposta ao SCIH pela enfermeira supervisora do hospital no ano de 2017, três dias após ser percebido as sintomatologias iniciais de diarreia nos pacientes em uso de SNE em uma determinada ala do hospital. Após, realizou-se uma reunião com a supervisora e a enfermeira responsável pela unidade e, diante da situação exposta, foi elaborado um plano de ação de investigação para encontrar a possível causa das diarreias. Inicialmente a investigação teve como objetivo realizar um levantamento de todos os pacientes internados no hospital em uso de SNE, realizou-se a busca ativa. Primeiramente houve uma conversa com as enfermeiras responsáveis por cada setor, após foram observadas prescrições de enfermagem a fim de verificar início e características das evacuações. Diante deste ponto, contatou-se que somente na ala requerida havia surto de diarreia. Foi então realizada uma visita técnica ao Serviço de Nutrição e Dietética hospitalar com o intuito de verificar procedimentos de armazenamento, preparo, envase e validade dos produtos que estavam sendo utilizados, assim como a possível troca de marca do alimento. Verificado também a temperatura ideal para o transporte da alimentação até a unidade de internação dos pacientes. Foram observadas as prescrições de todos os pacientes presentes na ala em uso de SNE, para identificar a utilização de alguma medicação em comum que pudesse causar o aparecimento de diarreias. Repassou-se, junto a equipe, procedimento para instalação da dieta,



temperatura, tempo de infusão, frequência diária de instalação da dieta e frequência de trocas dos equipos de alimentação, a fim de investigar condutas frágeis. Além disso, averiguou-se a quantidade de água instituída para ser administrada via SNE após cada alimentação, verificado também a procedência da água, a qual mostrou-se de origem duvidosa. Padronizando-se, a partir desta averiguação, que todos deveriam administrar água proveniente da cozinha, previamente fervida. Diante da situação ocorrida, iniciou-se a elaboração de um POP de controle de infecção a ser estabelecido na instituição, que conteria procedimentos relacionados à assistência de enfermagem, inclusive administração de NE. **DISCUSSÃO:** A prática da investigação de surto, foi um procedimento técnico extremamente criterioso e minucioso, uma vez que reduziu o número de possibilidades de ocorrência e facilitou a identificação da causa. Tal investigação se deu com o intuito de minimizar a amplitude dos fatos até chegar a causa final, que foi devidamente solucionada. Este procedimento de investigação foi necessário para dirimir os efeitos prejudiciais e reestabelecer o quadro de estabilidade intestinal dos pacientes acometidos. No momento da investigação, já descrita, foi necessário envolver todos os profissionais responsáveis pela NE, desde o SND até o técnico de enfermagem/enfermeiro que instalavam as dietas. Esse envolvimento proporcionou aos profissionais uma visão mais ampla e conseqüentemente ocasionou uma reflexão sobre sua atuação. Além disso a elaboração do plano de ação de investigação oportunizou, a nós enfermeiros do SCIH, a criação do POP que padronizaria os procedimentos de enfermagem. Sendo assim, a detecção precoce de surtos e epidemias é primordial para que ações de controle sejam estabelecidas, de modo que se previna a proliferação das doenças e possíveis casos de óbito. A investigação deste tipo de ocorrência pode colaborar para a descoberta de novas doenças, novos agentes patógenos e novos tratamentos, ampliando o conhecimento em relação às novas doenças e as já conhecidas⁽⁴⁾. A Nutrição Enteral, pode causar algumas complicações ao paciente, como: depressão, ansiedade, falta de estímulos ao paladar, monotonia alimentar, insociabilidade e inatividade. Além disso, a sede e boca seca que levam à falta de estímulos ao paladar podem causar desconforto⁽⁶⁾. O sistema de Infusão depende da localização gástrica ou intestinal do padrão nutricional prescrito, da tolerância individual (distensão abdominal, diarreia, náuseas) e também das individualidades de cada paciente⁽²⁾. Estudos verificaram⁽³⁾ que a enfermagem, no âmbito de sua assistência, apresenta negligências e limitações no que se refere a teoria. Esse conhecimento se torna crucial para o planejamento



de estratégias que tornem a assistência ao paciente alimentado por sonda isenta de riscos. Um dos principais cuidados a nutrição de pacientes a nível hospitalar é a utilização de água estéril para irrigação da SNE antes e após a nutrição enteral e administração de medicamentos⁽⁷⁾, para evitar a obstrução da SNE e também diminuir o risco de infecção.

CONCLUSÃO: Diante do trabalho realizado, verificou-se a efetividade do processo a partir do momento em que os pacientes voltaram a estabilidade intestinal, e não houve a ocorrência de novos surtos de diarreia por esta causa na instituição. O processo de trabalho deve ser alinhado e conhecido em todos os âmbitos do hospital. Para que isso seja realizado de forma integrada, se faz necessária a elaboração de Procedimento Operacional Padrão (POPs) dentro das instituições de saúde, assim como realização de treinamentos para equipe multiprofissional envolvida. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A**

ENFERMAGEM: Verificou-se a importância da elaboração de POPs, bem como também o aprimoramento da teoria e de questões relacionadas aos cuidados ao paciente. Identifica-se a educação continuada como uma importante aliada para a instrumentalização da equipe diante dos procedimentos realizados rotineiramente, para que a assistência torne-se padronizada e cada vez mais qualificada, refletindo uma melhor e mais rápida recuperação do paciente.

DESCRITORES: Infecção Hospitalar; Enfermagem; Prática Profissional.

REFERÊNCIAS

- 1-Cervo AS, Magnago TSBS, Carollo JB, Chagas BP, Oliveira AS, Urbanetto JS. Eventos adversos relacionados ao uso da terapia nutricional enteral. Rev Gaucha Enferm; 2014; 35(2): 53-9.
- 2- Arribas L, Frías L, Creus G, Juana Parejo, Urzola C, Ashbaugh R, Pérez-Portabella C, Cuerda C. Document of standardization of enteral nutrition access in adults. Nutr Hosp; 2014; 30(1): 1-14.
- 3- Medeiros RKS, Ferreira MAJ, Pinto DPSR, Santos VEP, Vitor AF. Asistencia de enfermería a pacientes sometidos al uso de sonda gastrointestinal: revisión integrativa de las



principales fallas. Rev Cubana Enferm; 2014. [citado 2017 Mayo 08]; Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192014000400006.

4- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde 1. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde; 2016. 773.

5-Negreiros RV, Brasil ML, Freitas JL, Dias JA, Oliveira SP, Medeiros SP. De olho na infecção: narrativa discente sobre o cotidiano do enfermeiro na comissão de controle de infecção hospitalar. Rev Univ Val Verd; 2016; 14(2): 946-954.

6- Sartori TS, Artori T, Rosanelli CLSP, Stumm EM. Vivências de pacientes em uso de sonda para nutrição enteral. Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online); 2013; 5(1): 3276-84. [citado 2017 Mayo 08]; Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental>.

7-Bankhead R, Boullata J, Brantley S, Corkins M, Guenter P, Krenitsky J. Enteral nutrition practice recommendations. J Parenter Enteral Nutr; 2009; 33(2): 122-67.



CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE RECONSTITUIÇÃO DA AORTA: ESTUDO DE CASO

**Priscila de Marco Bandeira; Évilin Diniz Gutierrez; Deciane Pintanela de Carvalho;
Laurelize Pereira Rocha; Rosana Dantas Acosta; Clarissa de Melo da Silva**

INTRODUÇÃO: no Brasil a hipertensão arterial sistêmica possui altas taxas de incidência. Estima-se que atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. Embora as taxas de prevalência de hipertensão arterial entre jovens de 30 a 59 anos encontra-se baixa, ela se faz presente em 20,6% nessa faixa de idade¹. Quando não tratada ela pode gerar problemas de saúde graves nos pacientes. Um dos problemas são as doenças da aorta. A dissecção de aorta acomete com maior frequência indivíduos com idade entre 50 a 70 anos, tendo maior ocorrência em pessoas do sexo masculino². Não há um completo esclarecimento quando a etiologia da patologia, entretanto estudos comprovam que um dos fatores de risco mais importantes é a hipertensão arterial sistêmica estando associada a 90% dos casos de dissecções aórticas². A patologia requer o tratamento imediato, este não ocorrendo resulta em taxas de mortalidade cerca de 50% dos acometidos vão a óbito nas primeiras 24 horas e mesmo após a reversão operatória ainda são elevadas as taxas de mortalidade². As correções das doenças de aorta ocorrem por tratamento cirúrgico de urgência, sendo esta um tipo de cirurgia cardíaca. A circulação extracorpórea é um dos procedimentos realizados durante esse tipo de cirurgia. Ela substitui temporariamente as funções do coração e dos pulmões através de um conjunto de máquinas, aparelhos, circuitos e técnicas, enquanto estes órgãos ficam sem circulação³. Os cuidados de enfermagem no pós-operatório variam conforme o momento imediato, mediato ou tardio. O pós-operatório imediato em unidade intensiva com cuidados de alta complexidade como: monitorização dos parâmetros vitais, ventilação mecânica, administração de hemoderivados e fármacos controlados, balanço hídrico, monitorização de drenos como mediastinal e pleural além da incisão, acarretando assim em uma assistência ininterrupta. Já no pós-operatório tardio em unidade de internação, o paciente se apresenta



estável nos parâmetros hemodinâmicos, hidroeletrólitos e de homeostase, tendo uma assistência com foco em minimizar possíveis complicações, observar cicatrização da ferida, maximizando o conforto do paciente, estimulando o autocuidado buscando preparar e orientar o paciente para alta hospitalar. Neste contexto, surge o interesse por este estudo, com a finalidade de obter conhecimentos acerca do procedimento cirúrgico de reconstituição da aorta, em paciente com dissecção de aorta, visando demonstrar a importância da avaliação e planejamento dos cuidados de enfermagem. **OBJETIVO:** apresentar um estudo de caso de uma paciente em pós-operatório de reconstituição de aorta após dissecção de aorta, bem como os cuidados realizados no período de internação hospitalar. **METODOLOGIA:** trata-se de um estudo de caso realizado na unidade de internação de um hospital de Cardiologia no extremo Sul do Rio Grande do Sul. A referida unidade presta cuidados aos pacientes internados em pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas e implante de marcapasso. O estudo de caso foi realizado durante as atividades práticas do estágio curricular obrigatório para conclusão do curso de graduação em enfermagem. As atividades foram realizadas no período de março a abril de 2017. O sujeito do estudo trata-se de uma paciente do sexo feminino, 31 anos, branca, casada, mãe de um filho, natural e procedente do Rio Grande- RS, profissão atendente de padaria, com diagnóstico prévio de hipertensão, sem tratamento medicamentoso. O estudo de caso desenvolveu-se em quatro etapas: 1- realização do histórico de enfermagem e exame físico, 2- revisão de literatura da patologia, 3- identificação das complicações causadas pela circulação extracorpórea durante o trans e pós-operatório identificados na literatura, 4- identificação dos cuidados de enfermagem necessários no pós-operatório. O estudo de caso foi concluído com a elaboração dos diagnósticos de enfermagem e a construção do plano de cuidados de enfermagem até o recebimento da alta hospitalar da paciente, recebendo orientações e prescrição de cuidados. **RESULTADOS:** paciente interna na unidade no dia cinco de março, proveniente da unidade de terapia pós-operatória após vinte dias de internação. Apresentando os seguintes diagnósticos médicos: hipertensão arterial sistêmica há 4 anos sem tratamento, dissecção de aorta tipo A de Stanford e reconstituição de aorta ascendente com tubo de Dacron, procedimento cirúrgico realizado no dia 16 de março. Refere procurar o serviço de pronto atendimento no dia 15 de março após sentir forte dor torácica e abdominal, apresentando emêse há um dia, pressão arterial inicial de 280x130mmHg, com suspeita inicial de diagnóstico para pancreatite aguda. Paciente



apresenta redução de pulsos em membros superiores, após realização de raio-x de tórax, inicia-se a suspeita de dissecação de aorta. Ao realizar tomografia computadorizada de abdome total no dia 16 de março é confirmado o diagnóstico de dissecação de aorta, logo, é transferida imediatamente ao hospital de Cardiologia para realização de cirurgia de reconstituição da aorta. O período transoperatório teve duração de 6 horas, e a paciente permaneceu em parada total da circulação extracorpórea por 39 minutos e tempo de circulação extracorpórea total 116 minutos. Na unidade de internação apresenta-se lúcida, orientada, comunicativa, restrita ao leito, edema generalizado cacifo ++++/4, sem condição de inserção de dispositivo para acesso venoso periférico, eupneica com ventilação em ar ambiente, boa aceitação via oral, eliminações fisiológicas espontâneas em fralda. Ferida operatória em linha medial do tórax, sem presença de curativo, apresentando boa cicatrização já epitelizada, presença de lesão com bordos irregulares em região inguinal a direita, uma complicação causada pela canulação femoral arterial necessária para o transoperatório, diâmetros 7x6 cm, profundida de 4cm, com abundante exsudato seropurulento, sem odor, grande quantidade de tecido fibrinoso, mantendo troca de curativo 3x ao dia com higienização por soro fisiológico 0,9% em uso de kollagenase para realização de desbridamento enzimático. Manteve boa evolução de lesão em região inguinal, apresentava no momento da alta significativa redução de medidas da lesão, diâmetros 5x4 cm e profundidade de 3 cm, presença de tecido de granulação, exsudato seroso sem presença de odor, troca de curativo 2 vezes ao dia. Após 14 dias de internação, paciente recebe alta hospitalar ainda sem deambulação com dificuldades a movimentação no leito, ainda permanecendo edemaciada, cacifo +/-4, ventilando em ar ambiente, boa aceitação por via oral, eliminações fisiológicas espontâneas em fralda. Recebe orientação e prescrição de cuidados. Identificação de diagnósticos segundo taxonomia II NANDA international: Mobilidade no leito prejudicada, integridade tissular prejudicada, risco de infecção, recuperação cirúrgica retardada e conforto prejudicado. **DISCUSSÃO:** a circulação extracorpórea desencadeia uma reação ao organismo variando a sua intensidade, podendo ocorrer disfunção pulmonar e renal, além de retenção de líquidos aumentando a suscetibilidade a infecções e o tempo de circulação extracorpórea aumenta os riscos envolvidos no procedimento acarretando assim possíveis lesões como os pseudoaneurismas². A identificação dos diagnósticos de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca possibilita o planejamento da assistência adequando-se à necessidade do paciente buscando



obter uma maior resolutividade⁴. É imprescindível/fundamental que paciente e familiares possuam informações suficientes para realização de cuidados e adaptação a nova rotina, acarretando diretamente a melhora do paciente⁵. Assim, continuamente a equipe de enfermagem deve desenvolver competências a fim de implementar ações eficazes com vistas no cuidado diário aos dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. Além disso, tanto os gestores quanto as instituições formadoras tem o papel de buscar estratégias que promovam a capacitação desses profissionais, com a finalidade de preparar os profissionais para atuar nesse cenário⁶. **CONCLUSÃO:** conclui-se a grande importância da necessidade das orientações aos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, visando assim o controle e a prevenção da doença. Salienta-se ainda a necessidade do conhecimento da patologia visando a sua assistência específica, observando sempre a necessidade do imediatismo para o tratamento desta. Além disso, reforça a importância da atenção a assistência durante o período de internação visando uma alta com maior rapidez tendo o objetivo de diminuir os riscos a exposição do paciente a infecções. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM:** a cirurgia cardíaca é de alta complexidade, devido à severa instabilidade hemodinâmica que ocorre no paciente, além das diversas complicações pós-operatórias causadas tanto pelo procedimento cirúrgico, quanto pela circulação extracorpórea exigindo da equipe de enfermagem um cuidado especializado e qualificado para atender a grande demanda de cuidados assistenciais, estando sempre com o foco na fusão dos cuidados clínicos e cirúrgicos, dessa forma este estudo proporcionou uma avaliação crítica sobre a necessidade do planejamento do cuidado ao paciente cirúrgico cardíaco.

DESCRITORES: Cuidados de Enfermagem; Cirurgia Cardíaca; Enfermagem;

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. 2016; 107(3).
2. Souza MHL, Elias DO. Fundamentos da Circulação Extracorpórea. Segunda Edição. Rio



de Janeiro: Centro Editorial Alfa Rio, 2006.

3. Braile DM, Godoy MF. História da cirurgia cardíaca no mundo. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2012; 27(1):125-34.
4. Carvalho IM, Ferreira DKS, Nelson ARC, et al. Sistematização da assistência de enfermagem no pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca. J. res.: fundam. care. Online. 2016, 8(4):5062-5067.
5. Duarte SCM, Stipp MAC, Mesquita MGR, Silva MM. Enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Esc Anna Nery (impr.) 2012; 16(4):657 – 665.
6. Santos APA, Laus AM, Camelo SHH. O trabalho da enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma revisão integrativa. ABCS Health Sci. 2015; 40(1):45-52.



CONSULTA DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA: relato de experiência

Tatiane Lobato Gasque Bandeira; Évilin Diniz Gutierrez; Deciane Pintanela de Carvalho; Laureliz Pereira Rocha

Introdução: ao receber o diagnóstico de câncer o paciente passa por um momento de várias dúvidas e incertezas, que vão além das preocupações em relação ao tratamento e efeitos colaterais. Ele também enfrenta uma imensa carga emocional que envolve autoestima, família, trabalho e amigos, seus sentimentos passam por constantes transformações que vão desde o sentimento de morte, raiva, indignação, conformismo, até vir à aceitação que é reforçada através da fé. Os pacientes são tratados de forma individual, cada paciente é único no enfrentamento do câncer, devido às suas crenças, valores e forma de ver o mundo, embora existam aspectos semelhantes no viver com câncer¹. Os sentimentos que os pacientes referem com frequência são: medo, tristeza, possibilidade de perda do controle de sua própria vida, a incerteza quanto à cura, a terapêutica e a recidiva. Torna-se necessário estabelecer uma relação com o paciente de maneira que possibilite expressar seus sentimentos. Estudo² relata a atuação do enfermeiro influenciando o processo de transição do paciente, desde a preparação no pré-operatório até às estratégias de intervenção formuladas para que o paciente possa lidar com as possíveis morbidades cirúrgicas no pós-operatório. Essas informações devem ser dadas de acordo com as necessidades, compreensão e interesse da pessoa, de modo a minimizar problemas e facilitar o processo de tratamento e qualidade de vida. Nesse sentido, a consulta de enfermagem foi criada a partir da necessidade de uma atividade baseada em metodologia científica, a qual permite ao enfermeiro realizar o diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados, avaliação e intervenções de enfermagem, buscando auxiliar e ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado. A consulta de enfermagem é praticada desde 1920, mas só foi instituída formalmente em 1968, no atendimento a um grupo materno-infantil, posteriormente, foi ampliada a outros grupos². Sua regulamentação se deu por meio da Lei n.7.498/86 e do Decreto n. 94.406/87³. A atuação da enfermagem deve partir de um processo de humanização visando atender necessidades dos pacientes, sejam elas



religiosas, físicas, psicológicas, sociais ou sexuais facilitando que o vínculo seja criado, facilitando a expressão e exposição de anseios e medos⁴. A consulta de enfermagem se constroi a partir de estratégias, respaldada por lei, que oferece vantagens na assistência à saúde, preocupando-se com a melhoria da assistência e do processo de cuidar⁵. **Objetivo:** relatar experiência vivenciada nas consultas de enfermagem aos pacientes atendidos no serviço de Oncologia de um hospital no Sul do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** estudo do tipo relato de experiência vivenciada no estágio do 9º semestre do curso de graduação em enfermagem na unidade de oncologia de um hospital no sul do Rio Grande do Sul. A unidade é composta por recepção, sala de espera, sala de administração, sala de agendamentos e arquivamento, três consultórios, sala de quimioterapia com dois leitos, uma sala para recebimento da infusão de quimioterápicos, consultório de enfermagem, sala com capela para preparo da quimioterapia, sala para procedimentos, expurgo e sala de materiais. Também fica no mesmo ambiente outro anexo com sala de radioterapia com aparelho, consultório, e sala onde são preparados os materiais utilizados para cada paciente, vestiário, sala dos profissionais de radiologia e setor administrativo. Os profissionais que compõe o quadro de funcionários dispõem de: uma recepcionista, dois técnicos administrativos, quatro técnicos de enfermagem, quatro técnicos em radiologia, seis médicos, um bioquímico, dois enfermeiros e funcionários da higienização. Nesta unidade são atendidos somente pacientes que já tem diagnóstico de câncer com encaminhamento, são atendidos apenas pacientes adultos, sendo as crianças encaminhadas para um serviço de referência da região. A consulta de enfermagem tem média de uma hora de duração onde o profissional ouve a história de vida do paciente, como foi receber o diagnóstico da doença, qual é o contexto familiar que o paciente está inserido e como foi à chegada dele na unidade para o tratamento. A consulta de enfermagem ocorre antes do início do tratamento onde o paciente recebe o acolhimento sendo este imprescindível para o atendimento personalizado ao paciente. Estas consultas são realizadas uma vez por semana com agendamento prévio, por meio de acolhimento permitindo que o paciente se sinta à vontade para esclarecimento sobre suas dúvidas e tratamentos. O estágio foi realizado nos meses de março e abril de 2017. **Resultados:** o atendimento de pacientes que procuram o serviço de saúde especializado em oncologia acontece primeiramente a partir do encaminhamento médico da Unidade Básica de Saúde, para que seja realizado o agendamento da primeira consulta. O primeiro atendimento na oncologia é realizado pelo



médico especialista onde é avaliado o tipo de câncer a necessidade de exames complementares e o tipo de tratamento que será realizado. O tratamento é diferenciado para cada paciente, sendo uma particularidade dessa unidade, pois cada paciente recebe indicações de tratamento individualizadas mesmo tendo tumores semelhantes e mesma localização. Durante a realização das consultas de enfermagem aos pacientes oncológicos destacam-se as histórias de vida relatadas pelos pacientes, suas queixas, dúvidas e medos, sendo a consulta de enfermagem importante no processo de cuidado, no controle da doença e no processo de cura. Um aspecto importante revelado nas consultas de enfermagem por meio dos relatos dos pacientes foi a contribuição das campanhas preventivas como o “março lilás”, que segundo eles tiveram grande importância para a descoberta e diagnóstico de alguns tipos de câncer. Outro fator observado foi o fator hereditariedade, vários pacientes relatam casos de câncer na família de parentes próximos como mãe, pai e tios. Durante a consulta de enfermagem é enfatizando a importância do autocuidado, alimentação equilibrada, manutenção das atividades de vida diárias e realização dos exames periódicos durante todo o processo de tratamento. Após as consultas, todas as informações são registradas nos prontuários dos pacientes. Quando os pacientes iniciam o tratamento e percebem uma melhora no seu estado de saúde inicial, os pacientes referem bem-estar e tranquilidade por estarem sendo ouvidos, tratados com atenção e individualidade. Muitos pacientes na sala de quimioterapia fazem amizades, conversam entre si, assistem televisão e trocam suas experiências de vida.

Discussão: o câncer é uma das causas de morte mais significativas, superado apenas pelas doenças cardiovasculares. De acordo com estimativas relatada pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) o Brasil deverá informar no próximo ano 596.070 novos casos de câncer. Entre os homens, são esperados 295.200 novos casos, e entre as mulheres, 300.870., que anuncia as estimativas nacionais e regionais de casos novos da doença para 2016 (válida também para 2017) esses dados foram informados na solenidade em comemoração ao Dia Nacional de Combate ao Câncer, em novembro, na sede do Instituto.

Prevalecendo o tipo câncer mais incidente em ambos os sexos está o de pele não melanoma (175.760 casos novos a cada ano, sendo 80.850 em homens e 94.910 em mulheres), que corresponde a 29% do total estimado. Depois, para os homens, os cânceres mais incidentes são os de próstata (61.200 novos casos/ano), pulmão (17.330), cólon e reto (16.660), estômago (12.920), cavidade oral (11.140), esôfago (7.950), bexiga (7.200), laringe (6.360) e



leucemias (5.540). Entre as mulheres, as maiores incidências estão os cânceres de mama (57.960), cólon e reto (17.620), colo do útero (16.340), pulmão (10.860), estômago (7.600), corpo do útero (6.950), ovário (6.150), glândula tireoide (5.870) e linfoma não-Hodgkin (5.030)⁶. Devido essa realidade, a consulta de enfermagem é uma prática eficaz para a detecção precoce de várias doenças e problemas de saúde, sendo assim, viabiliza o acompanhamento de medidas para evitar o agravamento das mesmas, as quais se proporcionam o bem-estar das pessoas. O trabalho do enfermeiro de acordo com a necessidade de cada paciente, durante a assistência prestada é um facilitador com atendimento⁷. A partir das consultas podemos instituir um atendimento com vistas às prioridades de cada paciente, proporcionando um tratamento mais direcionado e efetivo. Outro fator importante, é o controle e registro da continuidade das consultas que deve ser um método que auxilie no processo de formulação e acompanhamento da evolução de modo que o cuidado de enfermagem aconteça adequadamente, seja individualizado e efetivo⁸.

Conclusão: partindo do impacto que o diagnóstico e o tratamento para o câncer causam no paciente, visualiza-se a importância que tem um profissional habilitado e preparado para atender as necessidades dos pacientes. Dessa forma, cabe aos enfermeiros ajudar e orientar o paciente e sua família a enfrentar os impactos dos tratamentos, efeitos físicos e psicológicos, bem como a agressividade de seus efeitos colaterais e tóxicos, permitindo que seus pacientes se sintam confiantes para expressar seus sentimentos e dúvidas. O profissional deve sempre explicar, ouvir e fornecer informações a respeito da doença e da importância da continuidade do tratamento. A consulta de enfermagem no serviço de oncologia mostrou-se eficiente no apoio, acolhimento e atendimento continuado tanto ao paciente em tratamento quimioterápico, radioterápico quanto aos seus familiares.

Contribuições/implicações para enfermagem: na consulta de enfermagem com pacientes oncológicos são percebidos sentimentos de morte, medo e insegurança, além dos efeitos colaterais decorrentes do tratamento, com isso os profissionais de enfermagem devem estar preparados, ter conhecimento e realizar um acolhimento que vá além da técnica, que envolva um atendimento diferenciado, um cuidado humanizado, com atenção, empatia, buscando o bem-estar do paciente.

Descritores: Enfermagem Oncológica; Cuidados de Enfermagem; Ambulatório Hospitalar.



REFERÊNCIAS

1. Rennó CSN, Campos, CJG. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia. Rev. Min. Enferm. 2014; 18(1):106-15.
2. Carvalho JMS, Cristão ASM. O valor dos cuidados de enfermagem no homem submetido à prostatectomia radical. Revista de Enfermagem Referência, 2012; 3(7): 103-12.
3. Conselho Federal de Enfermagem. Portaria 741 de 19 de dezembro de 2006. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/PORTARIA+N%C2%BA+741-2005.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 12 abril. 2017.
4. Chernicharo IM, Freitas FDS, Ferreira MA. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. Rev Bras Enferm, 2013; 66(4): 564-70
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/2009. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 19 abril 2017.
6. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Pro-Onco/Inca, 2015. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br>>. Acesso em: 20 abril 2017.
7. Oliveira, SKP; Queiroz, APO; Matos, DPM; et al. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Revista Brasileira de Enfermagem. 2012; 65(1)
8. Mertins, SM; Scarton, J; Kolankiewicz, ACB; et al. Consulta de enfermagem: um relato de experiência. Revista Contexto e Saúde, 2011; 10 (20): 837-840.





CULTURA DE SEGURANÇA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Catharine Silva de Souza, Jamila Geri Tomaschewski-Barlem, Laureлизe Pereira Rocha, Thiago Lopes Silva, Gabriela do Rosário Paloski, Larissa Merino de Mattos

INTRODUÇÃO: A abordagem da segurança do paciente no ambiente hospitalar associada à busca das instituições de saúde pela melhoria na qualidade da assistência vem adquirindo força nos últimos anos, o que gerou uma intensificação na busca de desenvolver ações que visem adequar às necessidades de segurança dos pacientes hospitalizados¹. No âmbito nacional, uma das iniciativas relacionadas à promoção da segurança do paciente refere-se à Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, a qual lança o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que possui como um de seus objetivos qualificar o cuidado em saúde, promovendo e apoiando a implementação de diversas iniciativas de práticas seguras, fundamentadas em protocolos básicos². A partir de inúmeras ações realizadas com o objetivo de conseguir reduzir a um mínimo aceitável o risco de qualquer dano considerado desnecessário ao longo da assistência a saúde prestada, tem-se buscado implementar uma nova cultura de segurança nas instituições de saúde, de forma a tentar modificar a representação social de que os profissionais de saúde não erram³. A cultura de segurança é definida pelo Ministério da Saúde como um “conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança”². Além disso, a cultura de segurança incentiva os profissionais a serem responsáveis por seus atos, e a desenvolverem um novo olhar sobre os incidentes, assegurando a imparcialidade, e o abandono de práticas punitivas e de culpabilização dos profissionais que cometem algum erro não intencional. Desse modo, a cultura de segurança incentiva os profissionais a desenvolverem um novo olhar sobre os incidentes ocorridos durante o processo de trabalho, e a se tornarem ainda mais responsáveis pela sua própria segurança, de seus pacientes, familiares e demais membros da equipe². Entre os diferentes ambientes de cuidado, destaca-se a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que por suas próprias características é considerada um cenário assistencial de alto risco, devido principalmente a complexidade dos pacientes



atendidos⁴, o que demanda uma maior atenção aos aspectos relacionados à cultura de segurança do paciente. **OBJETIVO:** Conhecer a percepção de profissionais de saúde acerca da cultura de segurança em unidades de terapia intensiva. **MÉTODO:** Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva. O contexto de investigação se refere às UTI - Gerais de duas instituições hospitalares, sendo um hospital universitário e um filantrópico do extremo sul do Brasil. Os critérios para a seleção dos participantes limitaram-se a ser profissional enfermeiro, técnico de enfermagem ou médico; atuar profissionalmente há pelo menos seis meses; desejar participar da pesquisa; ter disponibilidade para responder ao guia de entrevista e não se encontrar em férias, afastamento ou licença. Foram respondentes da pesquisa cinco enfermeiros, vinte e quatro técnicos de enfermagem e cinco médicos, selecionados por meio de amostragem não probabilística por conveniência. A coleta de dados ocorreu no período de setembro e outubro de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas, com duração média de 30 minutos. O processo de análise dos dados, obtidos através das transcrições das entrevistas, foi realizado a partir da análise textual discursiva, a qual valoriza os participantes em seus momentos de expressão dos fenômenos, buscando redes coletivas de construção subjetiva de significados, os quais serão compreendidos, descritos e interpretados. Os aspectos éticos foram respeitados conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo 'foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (Parecer n. 100/2016). **RESULTADOS:** A partir da análise dos dados, em resposta às questões abertas, emergiram três categorias apresentadas a seguir: percepções sobre o erro; gestão do erro e estratégias para prevenção do erro. **Percepções sobre o erro:** Nessa categoria, foi possível evidenciar como ocorre a percepção dos diferentes profissionais de saúde sobre a questão do erro humano no processo de trabalho. Foi possível perceber que os profissionais de saúde, de forma geral, ainda apresentam certa dificuldade em aceitar ou reconhecer a existência de erros em seu local de trabalho. Contudo, o fato de ser uma UTI proporciona que o processo de trabalho seja realizado de forma mais organizada e controlada, quando comparada a outras unidades de trabalho, o que gera uma maior segurança para os profissionais e, por vezes, dificulta a ocorrência de erros. **Gestão do erro:** Nesta categoria, são apontados aspectos relativos à ação do profissional diante da ocorrência de um erro ou evento adverso no seu setor. Os profissionais de saúde relataram que a punição individual não seria a melhor



consequência diante de um erro; entretanto, acreditam que em determinadas situações é necessário adotar uma conduta mais severa. Assim, a ocorrência do erro também pode ser visualizada como um fator positivo para que ocorra um aprendizado de forma coletiva, servindo como um sinal de alerta para os demais membros da equipe de saúde. **Estratégias para prevenção do erro:** A segurança do paciente é um componente essencial da qualidade do cuidado e diversas ações são necessárias para que se possa minimizar a ocorrência de danos a partir da identificação dos fatores de risco existentes. Foi possível verificar que algumas estratégias são visualizadas pelos profissionais como uma forma de prevenção de eventos adversos e promoção da segurança do paciente, como a adoção de rotinas, a educação permanente e a conscientização dos membros da equipe de saúde. **CONCLUSÃO:** A melhoria na segurança do paciente é uma busca constante e requer um entendimento aprofundado da cultura organizacional, para que assim, possam ser planejadas estratégias de reconhecimento de erros e implementadas ações de aprendizado, avaliação e melhorias, buscando uma cultura não punitiva. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Para que se realize uma assistência à saúde realmente voltada a segurança do paciente é de extrema importância entender a cultura organizacional e a cultura dos profissionais atuantes nos diversos cenários de saúde existentes, para que seja possível identificar os fatores que apresentam falhas e implementar barreiras que possam atuar prevenindo erros. Acredita-se que os achados deste estudo poderão contribuir para a produção de pesquisas e conhecimentos em enfermagem/saúde, ampliando a compreensão dos diferentes elementos da cultura de segurança do paciente presentes nas Unidades de Terapia Intensiva.

DESCRITORES: Cultura Organizacional; Enfermagem; Segurança do Paciente.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
2. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.



3. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010; 42(2): 156-65.
4. Duarte SCM, Queiroz ABA, Büscher A, Stipp MAC. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Revista Latino-America de Enfermagem*. 2015; 23(6) 1074-81.



TECNOLOGIAS DE AVALIAÇÃO MUSCULAR NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM: UM ESTUDO PILOTO

Hadã Wellington Lima de Lima; Marta Regina Cezar-Vaz; Marlise Capa Verde Almeida de Mello; Michele Nunes Fenzke; Mirian Leda Carvalho Xavier; Camila Quadros Dias

Introdução: O exame físico é um dos instrumentos que compõe as atividades de avaliação aos pacientes e faz parte dos cuidados prestados por enfermeiros. Compreendido como o levantamento das condições de saúde do paciente, visando subsidiar a assistência a ser prestada, baseado nos agentes e condições dos mesmos, buscando estabelecer o perfil de saúde e necessidades do paciente¹. Nesse foco temos como etapa integrante do exame físico a avaliação muscular, que por sua vez apresenta uma visão mais específica das condições dos mesmos. Esta, por sua vez, pode ser realizada por meio da inspeção, palpação, tecnologias de avaliação do sistema musculoesquelético com ou sem integração à função neuromuscular, bem como de técnicas de avaliação da amplitude de movimentos, de estabilidade articular e de testagem da força muscular². **Objetivo:** Identificar as tecnologias utilizadas por enfermeiros no processo de avaliação muscular, conforme a literatura científica. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Foram realizadas buscas nas bases de dados nos idiomas Inglês ou Português: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), no período de novembro de 2016. Na pesquisa foram utilizados descritores – Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MESH): Muscles, Nursing e Evaluation respectivamente. Os critérios de inclusão foram: artigos completos, gratuitos e originais; relacionados a avaliação muscular e enfermagem; ser o enfermeiro o realizador da avaliação; apresentar avaliação desenvolvida por uma equipe multiprofissional, na qual o enfermeiro seja participante. O critério de exclusão foi: não ser o enfermeiro o executor da avaliação muscular. Após cruzamento dos DeCS e Mesh nas bases, se obteve 282 artigos/estudos os quais foram refinados a partir dos critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** Considerando a exclusão



dos artigos repetidos (n=19), após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão adotados, foram obtidos seis artigos científicos, dos quais cinco foram publicados no idioma inglês e um em português. Dos cinco artigos publicados em inglês, um foi publicado na Austrália, um nos Estados Unidos, um no Japão, um na Espanha e um na Holanda. O estudo publicado em português foi desenvolvido no Brasil. O número de participantes investigados nos estudos variou de 60 até 153 indivíduos. Na presente pesquisa, foi possível identificar as tecnologias utilizadas, bem como a população a quem se destinou a avaliação física e as finalidades de realização. Assim, pode-se encontrar o uso de tecnologias de precisão para auxiliar na avaliação, como o Dinamômetro³, na avaliação da força e preensão em membros, sendo mais específico nas mãos e a Eletromiografia⁵ atuando na avaliação das condições neuromusculares dos pacientes investigados. Um artigo selecionado apresentou diversos testes de funcionalidade: Teste de Funcionalidade Física ICU (PFIT)⁷, Índice de Barthel (BI)⁷, Medida de Funcionalidade Independente (FIM)⁷, Categorias Funcionais de Ambulação (FAC)⁷, Teste de Glittre ADL⁷, Teste de Seis Minutos de Caminhada (6MWT)⁷, Tempo de Ir e Vir (TUG)⁷, Teste de Caminhada Incremental do Transporte (ISWT)⁷. Outros estudos^{3,4} trazem o uso de escalas com o intuito de avaliar as condições mentais e a relação dessas com as condições musculares: Escala de Perturbação do Comportamento e Demência (DBDS)³ e Escala de Avaliação Mini Mental (MMSE)^{3,4}. Com relação ao público de aplicação da avaliação, dois dos estudos selecionados foram realizados com idosos, sendo estes realizados em instituições de longa permanência (ILPI)^{3,4}, na qual uma destas pesquisas foi realizada avaliação muscular em pessoas com Alzheimer (n=60)³, e o outro estudo (n=153)⁴ busca apresentar as condições cognitivo/mental apresentada por essa faixa etária, correlacionadas ao desempenho do sistema muscular e articular. Com relação às finalidades de realização da avaliação muscular, identificou-se que um estudo teve como objetivo conhecer, examinar e avaliar quais instrumentos estão sendo usados na avaliação de pacientes de UTI, e a continuidade ao tratamento pós-hospitalar⁷, e outro estudo⁵ teve como finalidade, analisar a literatura publicada sobre avaliação e comportamento neuromuscular na reabilitação da musculatura orofacial de pacientes queimados, usando a eletromiografia como instrumento de avaliação. Ainda no que tange a finalidade, estudo⁸ teve como propósito identificar literaturas que apresentassem dados sobre o uso do dinamômetro e discutir as medições obtidas pelos mesmos; e outro estudo⁶ visou avaliar criticamente as ferramentas que visam medir a massa



muscular, força e desempenho físico em idosos que vivem em comunidade com o intuito de criar um conjunto válido e confiável de ferramentas que sejam viáveis para futura triagem e identificação da sarcopenia. Pesquisa realizada na Espanha⁴ avaliou as condições musculares e uso das mãos como apoio para desenvolver as atividades do cotidiano, fazendo a relação cognitivo-mental e força. Esta teve como intuito mostrar que pacientes com idades mais avançadas apresentam um declínio cognitivo maior e consequentemente um declínio na força e condição muscular. Relação semelhante pode ser vista em estudo realizado no Japão³ onde verificou-se a relação da demência com as condições físicas, assim como as possíveis interferências que esta patologia pode causar na comunicação sináptica, funcionalidade dos músculos e o impacto que esta pode causar no dia a dia. **Discussão:** O uso da tecnologia na avaliação muscular permite ao profissional que a executa um resultado preciso da saúde muscular do sujeito avaliado, segundo os presentes estudos pôde ser visualizado como tecnologias de avaliação o eletromiógrafo e o dinamômetro. A eletromiografia é um instrumento que permite mostrar precisamente as condições neuromusculares da área onde aplicado, através de gráficos que podem ser analisados a partir de parâmetros pré-estabelecidos, juntamente com as características fisiológicas das doenças apresentadas e condições físicas do sujeito. A Dinamometria por sua vez, verifica a força de membros superiores através da preensão manual onde é capaz de aferir a força máxima voluntária, este tem por objetivo atestar a plena condição clínica e física do membro ou grupo muscular avaliado. Outras formas de avaliação muscular que se apresentaram nestes estudos foram os testes de funcionalidade, estes avaliam as condições físicas dos indivíduos ao desempenharem suas atividades diárias, por sua vez visam avaliar as condições da capacidade funcional em doenças respiratórias ou cardíacas (6MWT; ISWT), avaliação de força e perda muscular, resistência muscular, capacidade de exercício e capacidade funcional (PFIT; FIM; TUG; FAC). Os testes de funcionalidade quando realizados separadamente, não apresentam resultados que possam avaliar a condição física que o paciente se encontra, Portanto, estes testes devem e são realizados de forma complementar um ao outro, propiciando ao profissional uma avaliação com inúmeras características da situação muscular dos investigados, como fadiga, perda de força, entre outras situações, as quais podem estar diretamente ligadas a patologias, a condições resultantes das atividades desempenhadas e as condições de saúde do indivíduo. **Conclusão:** A partir do presente estudo foram identificadas



que a enfermagem se utiliza de tecnologias de avaliação muscular que articula o resultado de avaliação, planejamento de cuidados e de acompanhamento a médio e longo prazo ao indivíduo avaliado, podendo basear-se nas particularidades apresentadas individualmente. Da mesma forma pôde-se constatar a necessidade da ampliação da avaliação muscular com o uso de tecnologias para qualificar o cuidado prestado ao paciente. **Implicações para Enfermagem:** verifica-se a importância de fortalecer a avaliação muscular com tecnologias que auxiliem no processo de avaliação e promoção de saúde muscular, que permita planejar, executar e acompanhar a evolução dos cuidados prestados aos pacientes, na relação com a saúde muscular no processo do exame da funcionalidade física e motora.

Descritores: Músculos; Enfermagem e Avaliação.

REFERÊNCIAS

1. Tannure MC, Pinheiro AM. Sistematização da Assistência de Enfermagem. 2th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2010.
2. Delisa JA, Gans BM. Tratado de Medicina de Reabilitação. 3th ed. São Paulo: Manole: 2002.
3. Suzuki M, Yamada S, Inamura A, Omori Y, Kirimoto H, Sugimura S, Miyamoto M. Reliability and validity of measurements of knee extension strength obtained from nursing home residents with dementia. Am J Phys Med Rehabil. 2009; 88:924–933.
4. Pedrero-Chamizo R, Albers U, Tobaruela JL, Meléndez A, Castillo MJ, González-Gross M. Physical strength is associated with Mini-Mental State Examination scores in Spanish institutionalized elderly. Geriatr Gerontol Int. 2013; 13: 1026–1034.
5. Borges GRA, Santos VA, Silva HJ. Uso da eletromiografia de superfície e análise do comportamento da musculatura orofacial. Rev Bras Queimaduras. 2016;15(1):58-63.
6. Mijnaerends DM, Meijers JMM, Halfens RJG, Borg ST, Luiking YC, Verlaan S, Schoberer D, Jentoft AJC, Loon LJC, Schols J.M.G.A. Validity and Reliability of Tools to Measure Muscle Mass, Strength, and Physical Performance in Community-Dwelling Older People: A Systematic Review. JAMDA. 2013;14: 170–178.
7. Elliott D, Denehy L, Berney S, Alison JA. Assessing physical function and activity for



survivors of a critical illness: A review of instruments. Australian College of Critical Care Nurses. 2011; 24: 155—166.

8. Bohannon RW. Literature reporting normative data for muscle strength measured by hand-held dynamometry: A systematic review. Isokinetics and Exercise Science. 2011;19: 143–147.



TRABALHOS COMPLETOS



O ENFERMEIRO FRENTE OS DILEMAS ÉTICOS ENFRENTADOS NO CUIDADO DE ADULTOS EM TERMINALIDADE NA UTI

Larissa Merino de Mattos; Edison Luiz Devos Barlem; Aline Belletti Figueira; Alex Sandra Ávila Minasi; Gabriela do Rosário Paloski; Thiago Lopes Silva

RESUMO: O estudo tem como objetivo refletir acerca dos dilemas éticos do profissional enfermeiro no cuidado frente às situações de terminalidade de adultos internados em Unidade de Terapia Intensiva. Para tanto, realizou-se uma reflexão teórica a partir do aprofundamento da literatura nas diferentes bases de dados nacionais e internacionais acerca da temática. A busca foi realizada entre os meses de março a julho de 2016. Torna-se inquestionável que o cuidado prestado pelos profissionais de saúde satisfaz os princípios bioéticos da beneficência, não maleficência e do respeito à autonomia do próprio paciente. Com destaque os cuidados paliativos enquanto melhor alternativa para o paciente terminal na busca pelo alívio da dor e do sofrimento. Cabe ao enfermeiro estar comprometido com o cuidado integral ao paciente terminal, visto proporcionar um cuidado de qualidade e de acordo com os princípios éticos que permeiam a profissão.

Descritores: Ética; Enfermagem; Doente Terminal.

ABSTRACT: The study aims to reflect on the ethical dilemmas of the nurse practitioner in the care given to the terminality situations of adults hospitalized in the Intensive Care Unit. A theoretical reflection was made from the deepening of the literature in the different national and international databases on the subject. The search was conducted between March and July 2016. It is unquestionable that the care provided by health professionals satisfies the bioethical principles of beneficence, not maleficence and respect for the patient's own autonomy. With emphasis palliative care as the best alternative for the terminal patient in the search for relief of pain and suffering. It is the duty of the nurse to be committed to the integral care of the terminally ill patient, by providing a quality care and in accordance with



the ethical principles that permeate the profession.

Key words: Ethics; Nursing; Sick Terminal.

INTRODUÇÃO

O cuidado ao ser humano ocorre em diferentes momentos da vida tanto em condições de promover a vida da melhor maneira possível, com a promoção da saúde e diminuição de agravos, como em situações de terminalidade e morte quando os investimentos em uma vida com qualidade não surtem mais efeito¹.

Na situação de pacientes terminais, com grande frequência internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), estes são rodeados por um arsenal tecnológico o qual objetiva proporcionar o restabelecimento, a manutenção e a melhoria da saúde e o aumento da expectativa de vida².

Porém é necessário refletir até que ponto prolongar à vida traz benefícios para o paciente e para a família que assiste tal sofrimento? Nestas situações a terminalidade levanta uma infinidade de dilemas éticos, geradores de conflitos que envolvem profissionais de saúde, pacientes e seus familiares³. Dilemas como qual deve ser a participação do usuário nas decisões sobre o fim da vida? Quais os melhores procedimentos e cuidados a prestar nestas situações? A dúvida quanto à permanência ou não junto a sua família, entes queridos, pessoas que o conhecem e entendem suas necessidades?

Desta forma, os dilemas éticos são frequentes com relação a qual o melhor caminho a seguir e irão ocorrer em momentos onde existem diferentes percepções sobre determinada situação que colocam o indivíduo entre duas proposições opostas. Normalmente nestas situações há valores morais em conflito e a decisão por uma opção inválida a outra².

Sendo que as consequências dos dilemas éticos são em grande parte angústia e sofrimento nos profissionais que prestam a assistência. Destaque dado ao profissional enfermeiro que fica grande parte do tempo na prestação direta de assistência ao paciente e a família e presencia diariamente o sofrimento de todos em situações de terminalidade².

Momentos estes que independente da formação, dizem respeito à humanização com que os enfermeiros e demais profissionais ligados à assistência prestam seu trabalho em



ambientes de UTI com respeito a fornecer qualidade de vida aos pacientes enquanto houver vida. Com este enfoque, o cuidar com responsabilidade deve caracterizar o agir dos profissionais no que tange os aspectos humanos e de excelência no cuidado⁴.

Assim, observa-se que os dilemas éticos vividos pelos profissionais enfermeiros diante da terminalidade de adultos em UTI é uma questão que, embora já explorada e analisada, ainda deixa lacunas, em especial quanto aos aspectos éticos na prestação de cuidados neste momento tão singular².

Além de a temática ser destaque nas prioridades da Agenda Nacional de Pesquisas em Saúde, razões pela qual se justifica esta reflexão. Assim questiona-se: Como ocorrem os dilemas éticos enfrentados pelo profissional enfermeiro ao trabalhar com o cuidado frente situações de terminalidade dos pacientes adultos internados em UTI?

OBJETIVO

Refletir acerca dos dilemas éticos do profissional enfermeiro no cuidado frente às situações de terminalidade de adultos internados em UTI.

METODOLOGIA

Realizou-se uma reflexão teórica a partir do aprofundamento da literatura nas diferentes bases de dados nacionais e internacionais acerca da temática “Dilemas éticos do profissional enfermeiro no cuidado frente às situações de terminalidade de adultos internados em UTI”. A busca foi realizada entre os meses de março a julho de 2016. Sendo que o desenvolvimento desse estudo deu-se em três momentos. No primeiro foi escolhida a temática de acordo com a Agenda Nacional de Prioridades em Saúde (2014). Para o segundo momento, realizou-se a busca de artigos nas diferentes bases de dados nacionais e internacionais. Por fim se deu a análise aprofundada dos textos selecionados, identificados para tal assertiva com a finalidade de maior imersão na temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO



Nesta perspectiva decidiu-se direcionar os olhares da pesquisa para dois aspectos de cuidados recorrentes pelos enfermeiros no tratamento de pacientes terminais em UTI.

Enfermeiro e a interação com os demais profissionais frente o cuidado de adultos em condição de terminalidade em UTI

A qualidade na assistência será reflexo em grande parte das interações positivas entre os diferentes profissionais que compõe a equipe multidisciplinar, visto que juntos traçam planos para o cuidado singular a cada indivíduo que o necessita. Assim, o cuidado de qualidade com respeito à individualidade de cada paciente é uma necessidade da equipe de saúde que cuida dos pacientes terminais em UTI.

Destaca-se que o enfermeiro quando trabalha em UTI cuida, junto à equipe, para que o doente não sinta dor, esteja em boas condições de higiene e nutrição, receba conforto físico e se mantenha livre de riscos com prestação de um cuidado integral e seguro. Além de comunicar-se efetivamente com ele, escuta-lo, o ajudando a expressar seus sentimentos e vontades, tanto quanto a compreender melhor a experiência pela qual está passando³. Proporcionar que o paciente tenha o mínimo de conforto e amparo no fim da vida.

Desta forma, decisões conjuntas sobre a escolha pela manutenção da vida do paciente ligada a aparelhos é uma decisão que deve ser tomada pelos profissionais que prestam o cuidado, além de sua família e dele mesmo quando se encontra em condições para tal. Estudos observam que a maioria dos pacientes em cuidados paliativos deseja exercer autonomia, ao preferir participar na tomada de decisão sobre o tratamento em algum grau quando existe condições para ser feito⁵.

Neste momento, os cuidados paliativos surgem como melhor alternativa para o paciente terminal na busca do alívio da dor e sofrimento. Logo, torna-se inquestionável que o cuidado prestado pelos profissionais de saúde satisfaça os princípios bioéticos da beneficência, não maleficência e do respeito à autonomia do próprio paciente, além da coerência quanto à utilização de recursos na definição do melhor cuidado³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares frente a problemas associados à doença terminal, através da prevenção e alívio do sofrimento, com



identificação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais³. E ainda promove o alívio de outros sintomas que geram sofrimento, ao reafirmar a vida e ver a morte como um processo natural.

Não antecipar nem postergar a morte envolve aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado, além de auxiliar o paciente a viver da melhor forma possível até o fim da vida, inserindo a família nestes momentos com amparo durante todo o processo da doença e luto⁶. Sendo que nestes momentos os princípios éticos irão influenciar diretamente no processo de tomada de decisão da equipe referente aos cuidados paliativos, ao considerar que pouco se sabe sobre as decisões a serem tomadas quanto os pacientes que recebem este cuidado, sobretudo com relação à sua autonomia.

O cuidado pautado na ética será realizado de forma a considerar, sobretudo, a dignidade humana e as questões relacionadas à vida e à morte de forma multidisciplinar⁷. A questão que se apresenta diz respeito a como saber se a decisão tomada pela equipe de saúde é a mais adequada para o paciente, ao considerar que ela não implica apenas a pertinência técnica, científica, mas também o melhor benefício para o paciente, sempre que possível na perspectiva dele mesmo na tentativa de reestruturar a relação profissional-usuário numa tomada de decisão compartilhada⁸.

Ainda, atitudes como estas, são uma das múltiplas formas que os enfermeiros encontram para expor seu conhecimento técnico-científico e sua autonomia perante a equipe, demonstrando que o papel do enfermeiro na equipe de saúde é indispensável¹. Desta forma, é de suma importância unir os cuidados paliativos a uma proposta de cuidados mais humanizada, um ato de respeito e solidariedade com o paciente e seus familiares, ao proporcionar alívio do sofrimento ocasionado pela doença. Embora a dor física seja a fonte mais comum de sofrimento, a dor do paciente terminal vai além do físico, tendo conotações culturais, subjetivas, sociais, psíquicas e éticas¹. Assim, irão depender também das experiências e interações que o paciente teve durante a vida.

Logo, interações e atividades da equipe de saúde, em especial o enfermeiro, pautadas na ética terão efeito benéfico no cuidado aos pacientes terminais e suas famílias, os quais passam por momento tão difícil, além de atuarem de forma consciente na prestação do cuidado a fim de que o paciente tenha um fim de vida com menor dor e sofrimento.



Aspectos éticos no cuidado aos pacientes em terminalidade

Entende-se por paciente terminal, aquele que se encaminha para a morte, a partir do seu diagnóstico e da falta de reação positiva ao tratamento⁹. Suas funções orgânicas não respondem bem à terapêutica realizada, e ele inevitavelmente se aproxima da possibilidade de morrer, exigindo dos profissionais que o acompanham uma assistência humanizada e pautada em princípios éticos⁹.

Nesta hora, é preciso reconhecer possibilidades e/ou limitações que fazem parte da realidade a fim de garantir o conforto necessário enquanto há vida, mesmo que a cura já não seja mais possível, surge como elemento fundamental o cuidado paliativo, termo bastante associado ao conforto e alívio do sofrimento no fim da vida¹⁰.

Desta forma, os cuidados paliativos são reconhecidos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos indivíduos e de sua família, quando da presença de doenças terminais, e se caracteriza por um conjunto de atos profissionais que têm como objetivo o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social que afligem o homem em sua finitude¹⁰. Sendo assim, exercer o cuidado é essencial a qualquer profissional de saúde comprometido com o bem-estar do paciente, principalmente em situações de terminalidade, onde se fazem necessárias ações que promovam o bem estar destes, os quais exigem tratamento e cuidado especial diante da situação vivenciada^{9,10}.

É necessário neste momento, também evitar a obstinação terapêutica, a qual consiste no investimento de um tratamento exaustivo, mesmo quando o paciente não tem condições de sobreviver¹¹. E priorizar a qualidade de vida e o conforto do paciente, com substituição de uma visão obstinada de manter o paciente vivo, sem que este tenha condições para tal¹⁰.

Destaque é dado ainda às diretivas antecipadas de vontade (DAV), a qual consiste em dois documentos para validar as pretensões do paciente: o primeiro como sendo uma declaração previa da vontade do paciente terminal, também pode ser chamado de testamento vital, e o segundo é o mandato duradouro, utilizada a fim de amenizar o sofrimento dos envolvidos¹¹. O testamento vital é um documento que o paciente pode registrar quais tratamentos deseja receber ou não diante de uma enfermidade incurável, de acordo com sua vontade¹¹. O mandato duradouro consiste em nomear um ou mais indivíduos, que tenham conhecimento sobre o caso do paciente, como seus procuradores, para agirem diante da



incapacidade do paciente de acordo com sua vontade. Cabe salientar que o testamento vital e o mandato duradouro são apresentados juntos em um único documento¹¹.

As decisões que envolvem as famílias são motivadas em grande parte pela percepção da falta de dignidade, devido à deterioração progressiva, dor mal controlada, abandono do paciente, crueldade terapêutica e uso desnecessário de medidas que adiam a morte^{5,10}. Logo, é preciso respeitar suas escolhas manifestas quando capaz, ou abdicar das decisões dos familiares ou responsáveis que tenham conhecimento do paciente, de modo a auxiliar as condutas, além de considerar as vontades do paciente, sua autonomia e dignidade.¹⁰

Essas mudanças trazem a oportunidade de pacientes sem prognóstico evoluírem para uma morte menos sofrida, além de criar uma relação honesta entre os envolvidos com apoio emocional e comunicação com o doente e seus familiares¹¹. As ações de cuidado devem sempre estar pautadas pelos princípios bioéticos de respeito à autonomia a qual consiste na faculdade para governar a si mesmo; de beneficência que é a obrigação de proporcionar o bem-estar aos outros, sendo extremamente necessário levar em conta os desejos, as necessidades e os direitos de outrem; o princípio da justiça o qual visa um tratamento justo a qualquer indivíduo e o de não maleficência que é o de não acarretar danos ao indivíduo advindos com frequência de tratamentos exaustivos^{9,12}.

Assim, assuntos referentes à terminalidade devem ser inseridos em todos os contextos de ensino e assistência à saúde, ao proporcionar a familiarização com a temática, por vezes, tratada de maneira velada pelos profissionais da saúde¹⁰. O enfermeiro tem papel importante frente ao cuidado a estes pacientes, com prestação de uma assistência qualificada, para tanto, é essencial que estabeleça uma relação de vínculo/diálogo de confiança, que integre aspectos psicológicos, espirituais, clínicos e possibilite a problematização da morte como um processo natural^{1,9}.

Ressalta-se que o cuidado deve ser direcionado tanto ao paciente quanto à família, sendo indispensável incentivá-la a permanecer em contato com o paciente, auxiliando a enfrentar a doença e as fragilidades decorrentes do atual estado de saúde^{13,14}. E ainda, é importante conduzir discussões entre diferentes profissionais da equipe de saúde, o paciente e/ou familiares, sempre considerando os pressupostos éticos e legais, sem perder de vista a particularidade de cada situação e as vulnerabilidades dos indivíduos, fato capaz de comprometer seu adequado processo de decisão⁵.



Ao fim, se observa que questões referentes a pacientes terminais devem ser pautadas pelos princípios éticos, haja visto que os mesmos conduzem estratégias acertadas durante o processo de terminalidade humana.

CONCLUSÃO

A partir das leituras observa-se que os dilemas éticos são percebidos frequentemente nestes momentos. Assim, cabe aos profissionais de saúde, em especial ao profissional enfermeiro, por sua longa permanência junto aos pacientes terminais, discutir com a equipe multidisciplinar sobre quais condutas mais acertadas a tomar nestes momentos, além de perceber que existem cuidados mais efetivos e menos traumáticos, fato que afasta os profissionais de possível sofrimento moral.

Assim, cabe ao enfermeiro estar comprometido com o objeto máximo de seu trabalho, qual seja, o cuidado ao paciente para desta forma proporcionar o melhor cuidado possível em fim da vida, com vistas ao conforto do paciente e dos familiares que se encontram em sofrimento, de acordo com os princípios éticos que permeiam a profissão.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

Diante da complexa problemática apresentada, considera-se de fundamental importância o envolvimento e participação do enfermeiro nos debates que envolvem pacientes em terminalidade, ao possibilitar o aprimoramento das questões de morte e morrer para num futuro trabalhar esse tipo de situação de forma a beneficiar o paciente que se encontra em tal situação. Com a formação acadêmica, com a formação de vida de cada profissional e as experiências particulares que o enfermeiro vivencia, implicará em uma melhor forma proporcionar conforto aos pacientes e seus familiares.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira EC; Santos TVS; Monteiro TG. Aspectos éticos e legais da ordem de não ressuscitar – percepção do enfermeiro. Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente. 2015; 3 (3):



39-48.

2. Vargas MAO et al. Internação por ordem judicial: dilemas éticos vivenciados por enfermeiros. Rev. Gaúch. Enferm. 2013; 34 (1): 119-25.
3. Silva JAC. et al. Conhecimento de estudantes de medicina sobre o testamento vital. Revista Bioética. 2015; 23 (3): 563-71.
4. Oliveira MAN; Santa R; Oliveira D. Conflitos e dilemas éticos vivenciados pelo enfermeiro no cuidado perioperatório. Ciência, Cuidado e Saúde. 2015; 14 (2): 1149-56.
5. Abreu CBB; Fortes PAC. Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. Revista Bioética. 2014; 22(2):299-308.
6. World Health Organization. Health topics: Chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2013. [accessed 10 Mar 2017]. Available from http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/
7. Rates CMP; Pessalacia JDR. Enfermagem brasileira frente às questões bioéticas: revisão integrativa. 2014; 4 (1): 1936-47.
8. Batista RS. et al. Modelos de tomada de decisão em bioética clínica: apontamentos para a abordagem computacional. Rev. Bioét. 2014; 22 (3): 456-61.
9. Celedón C. Sufrimiento y muerte en un paciente terminal. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. 2012; 72 (3): 261-6.
10. Oliveira SAT. et al. Cuidados paliativos com pacientes terminais: um enfoque na Bioética. Rev. Cubana Enfermer. Ciudad de la Habana, 2010; 26 (3):123-35.
11. Cogo SB; Lunardi VL. Diretivas antecipadas de vontade aos doentes terminais: revisão



integrativa. Rev. Bras. Enferm. 2015; 68(3):524-34.

12. Bordignon, M et al. Oncology nursing professionals' job satisfaction and dissatisfaction in Brazil and Portugal. Texto & Contexto-Enfermagem. 2015; 24 (4): 925-33.

13. De Lacerda Nunes, L; Trindade, GG. Princípios de ética biomédica: a abordagem principialista de Beauchamp e Childress e a resolução de conflitos morais. Cognitivo-estudos: Revista Eletrônica de Filosofia. 2013; 10(1): 55-66.

14. Instituto Nacional do Câncer. História do INCA. [Acesso em 11 mar. 2017]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=235.

15. Capello EMCS et al. Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar/cuidador frente à terminalidade de vida. J health sci inst. 2012; 30(3):235-40.



ADVOCACIA POLÍTICA PELO ENFERMEIRO DIANTE DAS RELAÇÕES DE PODER

Alex Sandra Avila Minasi; Aline Belletti Figueira; Bárbara da Silva Gama; Larissa Merino de Mattos; Edison Luiz Devos Barlem; Aline Marcelino Ramos

RESUMO: Introdução: Por meio da consciência crítica o enfermeiro busca conhecimento para interagir nas relações de poder, com possibilidades de ações na advocacia política a fim de defender usuários nas questões de saúde. **Objetivo:** Refletir sobre o processo de advocacia política pelos enfermeiros diante das relações de poder. **Metodologia:** Reflexiva a partir de aprofundamento teórico acerca do conceito de advocacia política pelo enfermeiro diante das relações de poder. **Resultado/discussão:** A enfermagem diante das relações de poder possibilita instrumentar-se para a advocacia política a fim de promover melhorias a saúde das pessoas. **Conclusão:** O ambiente onde o enfermeiro atua é fator preponderante no desenvolvimento de habilidades relacionais para melhor advogar em saúde. **Implicações para a enfermagem:** Possibilita ações proativas dos enfermeiros para a promoção da saúde, através da atuação na defesa política para com os usuários. Além de compreender o processo de advocacia política pelos enfermeiros diante das relações de poder.

Descritores: Advocacia Política; Enfermagem; Poder.

ABSTRACT: Introduction: Through critical awareness, the nurse seeks knowledge to interact in power relations, with possibilities for political advocacy in order to defend users in health matters. **Objective:** To reflect on the process of political advocacy by nurses in the face of power relations. **Methodology:** Reflective from a theoretical background on the concept of political advocacy by nurses in the face of power relations. **Outcome / discussion:** Nursing in the face of power relations makes it possible to be instrumental in political advocacy in order to promote improvements in people's health. **Conclusion:** The environment where nurses work is a preponderant factor in the development of relational skills to better advocate in



health. **Implications for nursing:** Enables proactive actions of nurses to promote health, through acting in the political defense towards users. In addition to understanding the process of political advocacy by nurses in the face of power relations.

Keywords: Political Advocacy; Nursing; Power.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos a enfermagem desponta como a profissão especializada no cuidado ao ser humano nos diferentes momentos da vida. Para tanto, qualifica a profissão a partir de estudos aprofundados sobre o cuidado, guiados pela ética e a moral nas relações com outros enfermeiros, demais profissionais de saúde e usuários.

Aliadas as ações de prevenção de doenças, promoção da saúde, reabilitação e em especial nas situações de defesa pela saúde das pessoas. Ação esta, percebida como um ato de defesa, de advogar em prol do outro^(1,2).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) para a advocacia em saúde é necessário a combinação de ações individuais e coletivas destinadas a obter apoio, compromisso político, aceitação social e suporte de sistemas em prol de uma meta de saúde particular ou programa, através de vários meios interpessoais, instituições e mídia, indo além da defesa jurídica propriamente dita⁽¹⁾.

Desta forma, não diz respeito apenas à relação entre usuário e enfermeiro, mas uma tríade: enfermeiros, usuários e demais pessoas no ambiente de saúde. Logo, o enfermeiro, além de desempenhar com excelência suas atividades, deve possibilitar um contato direto com situações que o levem a agir como agente político, em busca de mudanças em defesa dos usuários e comunidade⁽²⁾.

A defesa traz luz a questões de justiça social, e fortalecimento do exercício da cidadania, pois defende ao nível social mudanças significativas relacionadas ao bem-estar das pessoas. Logo, a enfermagem no exercício da advocacia política tem foco na defesa dos direitos humanos e visa à criação de ações que permitam a igualdade e justiça nas relações sociais, além de acesso igualitário às oportunidades para todos⁽²⁾.

Na advocacia política a defesa enquanto ação tem finalidade de promover a justiça



social e a saúde dos indivíduos, comunidade com reflexos direto na redução de iniquidades em saúde e riscos socioambientais, como no acesso deficiente a cuidados de alta qualidade, habitação precária, entre outros^(3,4).

Neste meio, o sujeito se relaciona com o mundo a partir das relações de poder e saber, sendo que a neutralidade das ações não existe. Logo, a qualquer um é possibilitado o exercício do poder e o que o determinará é a capacidade de produzir conhecimentos e utiliza-los em seu favor⁽⁵⁾.

Na ótica de Foucault o poder advém do conhecimento do sujeito que é construído e transformado através das relações de poder e de sua posição política, não é algo definido e previamente estruturado⁽⁵⁾. O poder é construído das relações e vivências do indivíduo. Neste contexto, cabe ao enfermeiro fomentar relações que possibilitem ampliar seu conhecimento e vivências a fim de tomar frente nas questões que envolvem a garantia dos direitos das pessoas.

OBJETIVO

Refletir sobre o processo de advocacia política pelos enfermeiros diante das relações de poder.

METODOLOGIA

Reflexão a partir do aprofundamento da literatura nas diferentes bases de dados nacionais e internacionais acerca da temática “Advocacia política na enfermagem diante das relações de poder”. O autor que serviu de base para a reflexão foi Michel Foucault, em especial, as escritas sobre as relações de poder, aplicada no processo de advocacia política pelo enfermeiro.

A busca foi realizada entre os meses de março a julho de 2016. Sendo que o desenvolvimento desse estudo se deu em dois momentos. No primeiro ocorreu a escolha do filósofo para fazer a reflexão. No segundo momento, houve a busca de artigos nas diferentes bases de dados nacionais e internacionais com os descritores: Advocacia Política; Enfermagem; Poder, com a finalidade de maior imersão na temática, tendo em vista



possibilitar uma análise aprofundada dos textos selecionados, identificados para tal assertiva.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Enfermagem na advocacia política: múltiplos atores

A enfermagem esta diretamente envolvida na criação de um futuro construído com responsabilidade, sustentabilidade e consciência crítica em relação aos cuidados de saúde em diferentes contextos de forma a promover melhorias na saúde da população ⁽²⁾.

Logo, o cuidado, tomado como objeto de conhecimento e prática da enfermagem se configura como ato realizado no campo de ação com a finalidade de promover e manter a saúde, o ambiente, o conforto e bem-estar. À luz deste paradigma, as pessoas precisam participar do processo de cuidado, criarem e recriarem modos de pensar e agir em prol da saúde. Este cuidado exige participação social, consciência cidadã, reflexão e ação para que de fato ocorra ^(6, 12).

Desta forma, a enfermagem se configura enquanto profissão social, dinâmica, sujeita a constantes transformações e à incorporação de reflexões e ações sobre novos temas/problemas guiados pelo princípio ético de manter ou restaurar a dignidade da vida. Para isso, necessita desenvolver uma visão compreensiva e interativa das questões sociais e da saúde, em consonância com a complexidade e pluralidades da sociedade⁽²⁾.

Desta forma, se evidencia no trabalho da enfermagem uma longa trajetória nas mobilizações para tratar de questões políticas com relação aos usuários. Sendo que muitas vezes, estas ações influenciam diretamente as escolhas políticas do governo para melhorar a saúde e o bem-estar da população ⁽⁷⁾.

Além disso, a compreensão de questões complexas nas políticas públicas requer atenção para as redes de intervenção que vão além das fronteiras locais, nacionais e internacionais, com a interação de ideologias, interesses, comodidades e dinâmicas de poder ⁽⁷⁾.

Logo, a saúde será beneficiada a partir da visão política do enfermeiro, observada a força da profissão e o valor de seu trabalho na sociedade. A partir do fortalecimento das influências em enfermagem, com o ensino e trabalho em políticas públicas compartilha



experiências e conhecimentos com um grande número de pessoas, além de aprimorar seu conhecimento nas questões relacionadas ao cuidado ⁽³⁾.

Sendo assim, a solução de problemas e os ganhos em saúde são mais propensos a ocorrer com a união de diversos setores (governo, equipe de saúde, enfermagem em especial, a comunidade, entre outros) visto trazer conhecimentos em saúde diretamente relacionados as populações alvo. Além de visualizar a enfermagem como a profissão com grande capacidade de interações, o que os torna, muitas vezes, os maiores provedores de saúde e os primeiros a reconhecer os problemas de saúde e necessidades de mudanças políticas para tratar de questões relacionadas a mesma ⁽⁷⁾.

Considera-se, portanto, o papel político como uma extensão da ideia de advocacia em saúde, já que, para advogar pela saúde, é necessário um trabalho de articulação em defesa de uma causa, população ou grupos ⁽⁸⁾.

Neste contexto, o exercício da advocacia, pela enfermagem, surge como uma ferramenta para promover autonomia e mudanças positivas as pessoas, através de articulações sociais estabelecidas entre os envolvidos ⁽⁸⁾.

O ato de advogar exige do enfermeiro a existência prévia de conhecimentos e competências, características pessoais de liderança e proatividade, bem como, a união da equipe multidisciplinar, bom nível de comunicação, bom relacionamento com o usuário e família e o reconhecimento das necessidades e dos desejos destes, o que denota maior compromisso/envolvimento na defesa política ⁽⁹⁾.

Trabalhar na perspectiva da advocacia política pelos atores sociais se dá na validação do direito coletivo e individual, na busca da reivindicação dos direitos básicos em saúde, os quais não são garantidos em lei ou não são respeitados pelo Estado por intermédio de estratégias políticas, com fins de influenciar a tomada de decisão das autoridades ⁽¹⁰⁾.

Logo, as características dos profissionais terão influência direta e de modo positivo no exercício de advogar, como quando demonstram maior confiança proveniente do seu valor profissional, de seus conhecimentos e de sua responsabilidade ⁽⁹⁾.

Desta forma, a advocacia é uma competência fundamental para o enfermeiro desenvolver o papel político e as diretrizes de promoção da saúde enquanto prática para cidadania ativa e ainda dar continuidade e sustentabilidade às suas ações ⁽¹¹⁾.

Cabe reforçar que a advocacia política ajuda as pessoas na obtenção de serviços de



qualidade, benefícios e direitos não promovidos que tragam melhorias na qualidade de vida dos mesmos. Assim, são intervenções com vistas a mudanças nas políticas de saúde em instituições, comunidades e governo que defendam melhorias no bem estar de um número significativo de usuários⁽¹²⁾. É a oportunidade dos enfermeiros advogarem por um número significativo de pessoas.

Sendo assim, necessita definir prioridades e urgências relacionadas aos direitos não atendidos dos pacientes, além de discutir com os demais participantes essas prioridades. Logo, defini-las ajuda o enfermeiro a ampliar o leque de ações, e traçar objetivos mais claros de acordo com cada necessidade⁽⁷⁾.

Além de a advocacia política ter o potencial de prevenir problemas dos usuários relacionados a violação dos direitos éticos, má qualidade dos serviços, falta de capacidade de resposta cultural, falta de cuidados preventivos, tratamentos caros, incapacidade para resolver problemas de saúde mental, impossibilidade de prestar cuidados às famílias e à comunidade (12, 13).

Deste modo, a promoção da saúde a partir da advocacia política pelo enfermeiro se expressa nas ações de grupos e/ou indivíduos organizados que buscam a saúde, intervindo no seu modo de viver e de sobreviver ⁽⁷⁾. Sendo que estas ações terão reflexo na consciência crítica pelo enfermeiro e no poder enquanto pratica de saber deste profissional.

Assim, o enfermeiro conhece e experiência diretamente as condições dos usuários, com aquisição e organização de recursos para o melhor cuidado e ainda adquire confiança e competência no trabalho enquanto facilidades para perceber as necessidades dos usuários, com aumento de poder político em defesa na saúde da população ⁽⁷⁾.

A ENFERMAGEM E O EXERCÍCIO DO PODER: Possibilidades de exercício da advocacia política

Existe um nível de percepção que permite compreender uma tênue linha que o poder perpassa a vida de cada enfermeiro, em suas múltiplas relações com os demais profissionais. Esta percepção induz o enfermeiro a uma postura moral condizente com a prática a ser exercida enquanto cuidado ao ser humano⁽¹⁴⁾.

Assim, o enfermeiro enquanto profissional que está na linha de frente em relação a



advocacia política necessita ampliar constantemente a consciência do seu poder na sociedade, no intuito de atuar tanto em defesa da categoria quanto nos direitos dos cidadãos/usuários na qualificação da saúde ⁽⁸⁾.

Nessa perspectiva, o conhecimento para atuar na advocacia política muda de acordo com o progresso das relações de força e de poder, sendo que não existe neutralidade na produção do conhecimento, sempre haverá relações de poder em um binário poder/saber. Nessa relação, quem detém o conhecimento assume lugar mais elevado, embora estas relações sejam cíclicas, circulares, hora uns detém o poder, hora outros tendo em vista que ele muda de acordo com as interações entre os diferentes ⁽¹⁴⁾.

Desponta ainda no exercício da enfermagem a ética do cuidado de si enquanto maneira pela qual o indivíduo se constitui como sujeito de suas próprias ações, suas responsabilidades com relação direta aos seus atos para com os outros ⁽¹⁵⁾. Logo, o enfermeiro deve prestar cuidado de excelência a fim de atingir o maior número de pessoas possível com consequente melhoria da saúde em um contexto global.

Não existe relação de poder sem resistência, sem a possibilidade de uma inversão na intensidade das relações de força. Assim, toda relação de poder implica, ao menos, no desejo de luta, do enfrentamento que busca estabelecer uma nova relação de poder, transformando barreiras por meio de estratégias de resistência ⁽¹⁵⁾.

O sujeito se constitui ao longo do seu saber, sendo o poder fruto de suas relações e de sua vontade de exercer-lo, de tomar para si a defesa pelo outro ^(14,15). Neste viés o enfermeiro, nas relações de poder, estabelece contexto de ser sujeito capaz de instrumentar-se para a advocacia política, através das relações que são estabelecidas.

A enfermagem detém mecanismos conquistados a partir de suas relações de poder e do conhecimento adquirido nesse contexto, onde o ato de advogar torna-se capaz de proporcionar/propiciar condições melhores e positivas para os pacientes. Com isso, é imprescindível que o profissional tenha consciência de seu papel e sua responsabilidade perante a sociedade.

CONCLUSÃO

Percebe-se ao fim, que a contribuição deste estudo está para além do estímulo às ações



de advocacia política pelos enfermeiros diante das relações de poder, cabe reforçar o potencial do profissional de interagir nas diferentes relações com ampliação do conhecimento nas questões de saúde. Fundamento a ser constantemente desenvolvido para promover saúde e garantir a qualidade de vida dos envolvidos.

Além de o conhecimento do profissional quanto os locais de atuação, permitir reavaliação constante de seu processo de trabalho, com vistas a qualificar o cuidado, com benefícios a saúde.

Assim, o enfermeiro comprometido com a advocacia política estará em condições de intervir positivamente na melhoria da saúde do indivíduo, comunidade a nível nacional ou internacional atingindo um maior numero de pessoas.

CONTRIBUIÇÕES/ IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

Com este trabalho possibilitou compreender e instigar o processo de advocacia política pelos enfermeiros diante das relações de poder. Com subsídios para desempenhar ações proativas pelos enfermeiros para a promoção da qualidade de vida do ser humano, através da atuação na defesa política.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Advocacy Strategies for Health and Development: Development Communication in Action. Geneva: WHO, 1995.
2. Ventura CAA. et al. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. Rev. Bras. Enferm. 2012; 65(6):893-8.
3. Shamiami J. O papel da enfermagem na atenção à saúde. Rev Bras Enferm. 2014; 67 (6): 869-70.
4. Taylor, Melissa RS. Impact of Advocacy Initiatives on Nurses' Motivation to Sustain Momentum in Public Policy Advocacy. Journal of Professional Nursing. 2016; 32(3): 235-45.



5. Foucault M. Politics and the study of discourse. In: Burchell G, Gordon C, Miller PM, editors. The Foucault effect: studies in governmentality. London: Harvester. 1991:53-72.
6. Paim J et al. Saúde no Brasil. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Veja. 2012; 6736(11):60054-8.
7. MacDonald JA et al. Priority setting and policy advocacy by nursing associations: A scoping review and implications using a socio-ecological whole systems lens. Health Policy. 2012; 107(1):31-43.
8. Gandra EC. A defesa da saúde e a atuação política do enfermeiro: competências para a promoção da saúde na formação profissional. 2014. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.
9. Tomaschewski-Barlem JG. O exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros: uma perspectiva foucaultiana. Rio Grande: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, 2014.
10. Hanks RG. The medical-surgical nurse perspective of advocate role. Nursing Forum. 2010; 45(2): 97-107.
11. Negarandeh R. et al. Patient advocacy: barriers and facilitators. BMC Nursing. 2006; 5(3):1-8.
12. Brito CM. Advocacia em saúde e as organizações não governamentais do Distrito Federal. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2014; 2(1):22-39.
13. Canel RC; Castro CGJ. A advocacia em saúde como uma estratégia para a promoção da saúde. Revista de Direito Sanitário. 2008; 9(1):74-85.
14. Jansson BS et al. Validation of the Policy Advocacy Engagement Scale for frontline



healthcare professionals. Nursing Ethics. 2015; 0969733015603443.

15. Tomaschewski-Barlem JG et al. How have nurses practiced patient advocacy in the hospital context? A Foucaultian perspective. Texto & Contexto- Enfermagem. 2016; 25(1).



AS CONSEQUÊNCIAS DA SÍNDROME DE BURNOUT EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Mara Rejane Vahl; Samanta Brizolara Coutinho; Bianca Dos Santos; Jéssica Gama Da Silva; Giovana Calcagno Gomes.

RESUMO: Introdução: Os trabalhadores de enfermagem estão vulneráveis a síndrome de *Burnout*, que traz consequências graves ao ambiente laboral. A síndrome de *Burnout*, acomete profissionais que lidam com público, de forma próxima ou direta sendo sobrecarregados pelas suas exigências. **Objetivo:** conhecer as consequências da Síndrome de *Burnout* para os trabalhadores de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa. A coleta de dados foi realizada nas bases de dados LILACS e SCIELO, em abril de 2017. Foram incluídos no estudo, artigos nacionais publicados entre 2009 e 2017, escritos em português, disponíveis online, completos publicados sobre a temática da consequência do síndrome de *Burnout*, em trabalhadores de enfermagem. A amostra foi de 17 artigos. Os dados foram sistematizados e analisados através da análise temática segundo Minayo. **Resultados:** previne-se com a qualidade de vida. **Conclusão:** acomete trabalhadores no ambiente laboral.

Descritores: Enfermagem. Saúde do Trabalhador. Esgotamento profissional.

ABSTRACT: Introduction: Nursing workers are vulnerable to Burnout syndrome, which has serious consequences for the work environment. Burnout syndrome, affects professionals who deal with the public, in a way that is close or direct to their demands. . **Objective:** to know the consequences of Burnout Syndrome for nursing workers. **Methodology:** This is an integrative review. Data collection was carried out in the LILACS and SCIELO databases, in April 2017. The studies included the articles published between 2009 and 2017, written in Portuguese, available online, published on a theme of the consequence of Burnout syndrome, In nursing patients. A sample of 17 articles. The data were systematized and analyzed to analyze the theme according to Minayo. **Results:** prevent yourself with a quality of life. **Conclusion:** it affects workers in the work environment Implications for nursing: to know the



factors, consequences for the diagnosis of Burnout syndrome.

Descriptors: Nursing. Worker health. occupational exhaustion.

Introdução: A síndrome de *Burnout* é um transtorno adaptativo crônico, manifestando-se em trabalhadores que lidam com o público. Essa se apresenta em três expressões de sofrimento psíquico: cansaço emocional, despersonalização, e baixa realização pessoal. O Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho do Ministério da Saúde indica que quando o diagnóstico é confirmado, este deve de ser abordado como evento sentinela, sendo necessária uma investigação mais criteriosa da situação do trabalho. No Brasil, o Ministério da Previdência e Assistência Social⁽¹⁾, apresentou a lista de doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho, na qual doze categorias diagnóstica de transtorno mental referem-se a comportamentos relacionados ao trabalho, sendo que a décima segunda é a Síndrome de *Burnout*, considerada um dos transtornos mentais mais comuns, e sendo um dos males ocupacionais de caráter psicossocial de caráter mais grave na sociedade atual⁽²⁾. A enfermagem é classificada como a quarta profissão mais estressante do setor público⁽³⁾. O profissional de enfermagem que desenvolve a Síndrome *Burnout*, desempenha o papel de advogado do paciente, envolvendo-se em situações dilemáticas entre o cuidado *versus* cura, com questionamentos a equipe médica. A Síndrome é desencadeada por impotência em relação ao trabalho, falta de recursos materiais e sobrecarga de trabalho. Estudo relata que a carga horária ocupacional menor contribui para que o profissional sofra maior pressão para realizar determinado número de atendimento dentro desse tempo. A sobrecarga faz o profissional de enfermagem refletir, sobre a valorização de trabalho, promoção, satisfação com os colegas, salário, chefia, e suporte organizacional. Estes valores junto com a insatisfação, possivelmente causam um impacto negativo sobre o trabalho do dia a dia, sendo um forte fator para desencadear a Síndrome *Burnout*.⁴ Outros fatores que também desencadeiam a Síndrome de *Burnout*, são o excesso de carga horária, descontentamento no trabalho, sentimento de frustração e impotência. A exaustão emocional é um dos primeiros sintomas que o profissional apresenta quando acometido com a Síndrome, dificultando o enfrentamento de mais um dia de trabalho e causando distanciamento, dispersão, desorganização e descomprometimento com horários e tarefas⁽⁴⁾. O trabalhador se sente exausto e adoece com maior frequência, passando a ter dores



de cabeça, insônia, úlcera, também pode apresentar tensão muscular, fadiga crônica, cefaléias, problemas cardiomusculares, ansiedade e depressão⁽⁵⁾. A enfermagem tem o dever de assegurar ao cliente promover a assistência livre de imperícia, imprudência e negligência, lidando com fatores variáveis entre a vida e a morte. Um estudo mostrou que sofrimento moral, e, um problema ético pode desencadear a síndrome do Burnout, pois o enfermeiro reconhece a ação ética e é impedido pela consciência⁽⁶⁾. A obstinação terapêutica dos profissionais de enfermagem causa sofrimento moral e ético quando, principalmente, não concordam com o tratamento prescrito e as prescrições de enfermagem não são relevantes na tomada de decisões, desenvolvendo sentimentos de frustração e impotência. A Síndrome *Burnout*, começa a se manifestar no ambiente associada ao estresse, assim percebe-se como um fenômeno complexo e multifacetado, alterando a qualidade do atendimento prestado. A prevenção da Síndrome de *Burnout* é de grande importância, as instituições devem conhecer a Síndrome de *Burnout*, avaliar quais fatores podem contribuir para o aparecimento dela e a forma que interfere na saúde de seus profissionais, para que possam criar estratégias de intervenção, buscando prevenção de problemas psicossociais. Neste contexto, indica-se a criação de espaços coletivos na instituição, fortalecendo vínculos, com a rede de suporte social, e psicológico, onde os trabalhadores possam refletir amenizando as situações mais estressantes⁽⁷⁾. O enfermeiro gestor tem um papel importante na criação de ambientes para discussão dos colaboradores em questões relacionadas ao ambiente de trabalho, objetivando troca de ideias, confrontando os problemas e colocando limitações, para realização e satisfação de cada um com planejamento coletivo do desenvolvimento de trabalho, com redução de estresse e melhoria no ambiente laboral⁽⁸⁾. Para a prevenção ou tratamento é necessária a programação de atividades físicas laborais por 10 minutos, durante cinco dias da semana, no começo do expediente. O aumento da realização de atividades físicas melhora o humor, prevenindo ou tratando o estresse ocupacional, ansiedade ou depressão⁽⁹⁾. **Objetivo:** conhecer as consequências da Síndrome de *Burnout* para os trabalhadores de enfermagem. **Metodologia:** realizou-se uma revisão integrativa da literatura nacional pautada em seis fases distintas e sequenciais: 1) definição da pergunta norteadora; 2) busca da literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados e 6) apresentação da revisão. A coleta de dados foi realizada em base de dados LILACS, com os descritores: enfermagem, saúde do trabalhador e esgotamento profissional. A busca ocorreu



em abril de 2017. Foram incluídos artigos escritos em português, disponíveis online, completos publicados sobre a temática da síndrome de Burnout, no período de 2013 à 2017. O critério de exclusão utilizado foi ser artigos não disponíveis gratuitamente online, escritos em idioma estrangeiro, repetidos, fora do período estabelecido e não completos. Foram encontrados 54 artigos, que após a leitura na íntegra dos resumos, excluíram-se os que não tinham associação com os critérios de inclusão. A amostra constituiu-se de 17 artigos. Os dados foram sistematizados e analisados pela técnica de análise temática de Minayo⁽¹⁰⁾.

Resultados e Discussão: A Síndrome de *Burnout* foi mencionada pela primeira vez em 1974, pelo psicólogo Herbert J. Freudenberger, que descreveu um quadro observado em jovens trabalhadores de uma clínica de dependentes de substâncias químicas na cidade de Nova York, Estados Unidos. Os funcionários com a síndrome de *Burnout*, não enxergavam mais os pacientes como pessoas que necessitavam de ajuda, pois os mesmos pacientes não se esforçavam para seguir o tratamento, assim os funcionários ficavam desmotivados pouco compreensivos, culpando os pacientes dos problemas que padecem. O atendimento para o paciente se tornava desumanizado e distante, sendo esta uma das características da síndrome de *Burnout* ⁽¹¹⁾. Mais de uma década de pesquisas e outros autores abordaram a síndrome como uma doença laboral crônica. O trabalhador quando é afetado por esta síndrome sente-se exausto, adoece com frequência, passa a ter dores de cabeça, insônia, úlcera, também pode acrescentar tensão muscular, fadiga crônica, cefaléias, problemas cardiomusculares, ansiedade, e depressão, frustração e impotência⁽¹²⁾. O trabalhador com a síndrome de *Burnout* sofre com cobranças, a falta de condições físicas, psicológicas para o trabalho, se torna inadequado para o ambiente laboral, sendo contaminante por atitudes de cinismo e má vontade, tais fatores podem surgir devido a carga horária excessiva, aos limites do organismo, resultando em distúrbios psico-sociais, causando o desequilíbrio de saúde e bem estar e com estes fatores a condição de trabalho fica comprometida. A enfermagem tem o dever de assegurar ao cliente assistência livre de imperícia, imprudência e negligência⁽⁶⁾. Com estas regras o trabalhador com a síndrome de *Burnout*, está impossibilitado para o trabalho, pois a síndrome de *Burnout*, altera a qualidade do atendimento prestado comprometendo não só o cliente como equipe e organização onde trabalha. Estudo mostra que os profissionais contratados são mais acometidos pela síndrome de *Burnout*, pois não tem estabilidade, causando a cada fim de contrato uma ansiedade, insegurança, buscando duplo vínculo



empregatício para garantir compromisso e seguridade familiar, ficando favorável ao estresse, esgotamento físico e mental e a Síndrome de *Burnout*⁽¹²⁾. Por conseguinte, o trabalhador que tem estabilidade no trabalho, não faz dupla jornada de trabalho, e tem recursos de materiais dificilmente vai desenvolver a síndrome de *Burnout*. A síndrome de *Burnout*, acontece por situações ocupacionais em profissionais que executam trabalho de forma próxima e direta com pessoas e exigências, ressaltando a exaustão emocional por ser um dos primeiros sintomas, que apresenta de forma negativa juntamente com os colegas. Trabalhadores com a Síndrome têm dificuldade de enfrentar mais um dia de trabalho, se distanciando, ficando disperso, desorganizado e sem comprometimento com horários e tarefas⁽¹³⁾. Com estes fatores o individuo pode se sentir impotente para o trabalho, o que era para ser prazeroso⁽⁷⁾. Mas devido a diversas questões, nem sempre o enfermeiro tem satisfação no seu trabalho, ou satisfação pessoal, causando desinteresse, irritação e exaustão, interferindo na qualidade de vida e serviço prestado. Estudo identificou três categorias de problemas éticos que caracteriza na ocorrência da síndrome de *Burnout*: sofrimento moral, dilemas morais e incerteza moral. O sofrimento moral sucede quando o enfermeiro entra em conflito entre sofrimento moral e ética, impedido pela consciência, a incerteza moral, é quando o enfermeiro não se sente seguro de ação, não tem certeza do que é eticamente correto, e os dilemas morais é quando as alternativas estão completamente opostas⁽⁶⁾. Estes fatores tornam os trabalhadores vulneráveis à síndrome de *Burnout*. As incertezas e os conflitos geram exaustão e esgotamento, predispondo à ocorrência da síndrome de *Burnout*. A capacitação das organizações, principalmente médicos peritos, para a fiscalização do desenvolvimento do trabalhador, contribuindo para a prevenção, otimizando um ambiente mais organizado, colaborando para um ambiente mais sadio e seguro. A organização para uma boa prevenção começa pela qualificação da saúde ocupacional, para um bom desempenho da empresa e da saúde do trabalhador⁽⁵⁾. A importância de criar espaços coletivos de reflexão na instituição, com intervenção psicológica, programas específicos que fortalecem a rede de suporte social, diminuindo as consequências de situações estressantes, esclarecendo o papel “profissional de saúde”, refletindo e discutindo com os demais colegas, interagindo e tornando o ambiente mais participativo. O conceito de qualidade de vida é motivo de discussão desde a última década, acompanhado pelos vínculos de estrutura pessoal, apontando motivos socioeconomicos, evidenciando em metas empresariais e pressões organizacionais,



evidenciando a insatisfação no trabalho de grande relevância para o diagnóstico da síndrome. Com estes achados, entende-se que apesar do tempo de discussão sobre a qualidade de vida no ambiente laboral, as pressões socioeconômicas, e pela qualidade de vida é muitas vezes de esgotamento físico e mental⁽¹⁴⁾. O enfermeiro gestor tem um papel importante na criação, de ambientes para discussão dos colaboradores em questões relacionadas ao ambiente de trabalho, objetivando troca de ideais, confrontando os problemas e colocando limitações, para realização e satisfação de cada um com planejamento coletivo do desenvolvimento de trabalho, com redução de estresse e melhoria no ambiente laboral. Este planejamento pode fazer com que o trabalhador de enfermagem interaja com a equipe, e discuta as suas dúvidas e coloque as suas dificuldades, limitações objetivando uma melhoria para todos. É de extrema importância o diagnóstico correto da Síndrome de Burnout, sendo que em alguns casos observam-se: doenças como úlceras, dificuldade de concentração, perda de auto respeito, depressão, alcoolismo, perda do autocontrole, hipertensão, devendo ser tratada como uma questão de saúde pública⁽⁵⁾. A vigência da saúde ocupacional para os trabalhadores enfermagem é fundamental para o diagnóstico correto, assim como a prevenção. **Conclusão:** A Síndrome *Burnout*, traz muitas e consequências para o ambiente laboral, não só para o trabalhador de enfermagem como para a equipe de enfermagem e o cliente, causando faltas ao trabalho, e, se for negligenciado, não sendo diagnosticado, o trabalhador poderá também perder o emprego. A qualidade de vida no ambiente laboral é um fator determinante para a satisfação no trabalho e eficiência no trabalho prestado. No dia a dia, corrido cheio de atividades, agitação trazem doenças psicossomáticas, que permitem as defesas indesejáveis, causando conflitos no nosso corpo, e impactos externos que causam sofrimento. Esses fatores podem ser devidos a carga horária de trabalho excessiva, as condições permitidas pelo organismo, resultam em distúrbios psicossociais desequilibrando a saúde e bem estar, é quando o indivíduo fica vulnerável, e pré-disposto a ocorrência da síndrome de *Burnout*, trazendo consequências significativas para o diagnóstico, que deve de ser avaliadas no ambiente ocupacional, afim de estabelecer o diagnóstico situacional e interferir nos fatores determinantes, visando prevenção e melhoria na qualidade de vida dos enfermeiros. Para prevenir a síndrome de *Burnout*, é necessário a fiscalização, e políticas públicas de prevenção, educação em saúde no ambiente laboral, valorização de trabalho, para prevalecer a qualidade do serviço prestado. Os resultados de conclusão da pesquisa sugerem a necessidade de novas



pesquisas, pois, são poucas abordagens sobre a temática, embora a prevalência da síndrome de *Burnout* esteja em alta, e sendo um grande indicador na saúde do trabalhador.

Contribuições para enfermagem: Este estudo visa contribuir para o conhecimento de fatores, consequências da síndrome de *Burnout*, assim como modo de prevenção e diagnóstico.

REFERÊNCIAS:

1. Ministério da saúde do Brasil- Doenças relacionada ao trabalho – Brasília, 2001.
2. Oliveira DJR, et. al. Estresse do profissional de saúde no ambiente de trabalho: causas e consequências. Cad. Saúde e Desenvolvimento. 2014; 3 (2).
3. Moreira, D. D. E. S.; et al. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da região sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2009 25(7).
4. Sá, S. D.; et. al, O impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. Psicologia & Sociedade, Espírito Santo.2014; 26(3).
6. Batista, J. B. V.; et al. Síndrome de Burnout: confronto entre o conhecimento médico e a realidade ds fichas médicas. Psicologia em estudo, Maringá. 2011; 16(3).
7. Dalmolin GL et. al. Sofrimento moral e síndrome de Burnout: existem relações entre estesfenomenos nos trabalhadores de enfermagem? Rev. Latino-Am. Enf. 2014; 22(1).
8. Mota, C. M.; et al. Avaliação da presença da síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde no município de Aracajú, Sergipe, Brasil. Ciências de Saúde Coletiva. 2014; 19 (12).
9. Meneghini, F. et al. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2011. 20 (6).
10. Freitas, A. R.; et al. Impacto de um programa de atividade física sobre ansiedade, depressão, estresse ocupacional e síndrome de burnout dos profissionais de enfermagem no trabalho. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013; 22(2).
11. Minayo, M. C. de S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis(RJ): Vozes, 2010.
- ¹¹ Moreira, et, al, Pevalência da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de hospital de grande porte da região sul, 2009.



¹² Franca, F. M.; de et al . Burnout and labour aspects in the nursing teams attwo medium-sized hospitals. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20(50).

¹³ Sá, A. M. S.; et. al. Burnout: o impacto da satisfação no trabalho nos profissionais de enfermagem. Psicologia & sociedade. 2013; 26(3).

¹⁴ Schimidit, D. R. C.; et al. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. Rev. Basileira de enfermagem. 2013; 66(2).



CARGAS DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: IMPLICAÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Deciane Pintanela de Carvalho; Laurelize Pereira Rocha; Jamila Geri Tomaszewski Barlem; Amanda Guimarães Ferreira; Raissa Garcia Brum; Laís Farias Juliano

RESUMO: objetivou-se com este estudo refletir acerca da relação entre as cargas de trabalho da equipe de enfermagem e suas implicações para a segurança do paciente. Para isso, se utilizou o referencial teórico de Laurell e Noriega para conceituação e identificação dos tipos de carga de trabalho e artigos científicos que abrangessem a temática. A exposição da equipe de enfermagem as cargas de trabalho acarretam o adoecimento e absenteísmo dos trabalhadores, implicando em risco para a segurança do paciente por meio de incidentes, como queda do leito, erro na administração de medicamentos, infecção no cateter venoso central, entre outros. Desta forma, é necessário planejar ações que tornem o processo e ambiente de trabalho seguros e adequados para o desenvolvimento da assistência de enfermagem, visando à redução das cargas de trabalho e consequentemente melhor qualidade da assistência e segurança do paciente.

Descritores: Carga de trabalho. Segurança do Paciente. Enfermagem.

ABSTRACT: The objective of this study was to reflect about on the relationship between the workloads of the nursing team and their implications for patient safety. For that, was used the theoretical reference of Laurell and Noriega to conceptualize and identify the types of workload and scientific articles that covered the theme. The exposure of nursing staff to workloads lead to sickness and absenteeism of workers, implying risk to patient safety through incidents such as bed fall, medication administration error, infection in the central venous catheter, among others. In this way, it is necessary to plan actions that make the process and work environment safe and adequate for the development of nursing care, aiming at reducing workloads and consequently better quality of care and patient safety.



Keywords: Workload; Patient Safety; Nursing.

INTRODUÇÃO

A equipe de enfermagem é caracterizada como a maior força de trabalho nas instituições hospitalares, desenvolve um processo de trabalho desgastante em vistas das condições e cargas de trabalho presentes no ambiente, enfrentando limitações como o número deficiente de trabalhadores e recursos materiais e equipamentos disponíveis⁽¹⁾.

As cargas de trabalho são caracterizadas por elementos presentes no processo de trabalho que ao interagirem com o corpo do trabalhador geram desgastes a saúde, estas cargas podem ser classificadas como cargas físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas⁽²⁾. Os desgastes advindos da exposição às cargas de trabalho são responsáveis pelos acidentes de trabalho e afastamentos, relacionados com o adoecimento dos trabalhadores, por meio de licença médicas⁽³⁾. Desta forma, elas comprometem a saúde e a vida dos trabalhadores de enfermagem, assim como a qualidade da assistência dos pacientes⁽⁴⁾.

O documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente destaca que a qualidade da assistência engloba seis atributos principais: segurança do paciente, efetividade, cuidado centrado ao paciente, oportunidade, eficiência e equidade⁽⁵⁾. Logo, criou-se o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), como forma de promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, envolvendo os próprios paciente e familiares nas ações, ampliando o acesso da sociedade, produzindo e difundindo conhecimento sobre a segurança do paciente⁽⁶⁾.

O PNSP busca propor e validar protocolos e manuais visando à segurança do paciente, abrangendo infecções relacionadas à assistência a saúde, procedimento cirúrgicos, prevenção de quedas, úlceras por pressão, transferência de paciente, uso seguro de equipamentos e materiais, entre outros⁽⁶⁾.

Destaca-se que todas as medidas utilizadas para proteger a saúde do trabalhador de saúde ajudam a proteger a saúde do paciente, da mesma maneira que as condições de trabalho desfavoráveis aos trabalhadores de saúde podem causar intenso sofrimento, gerando a ocorrência de eventos adversos na assistência ao paciente⁽⁵⁾.

Os trabalhadores de enfermagem suportam momentos de desgaste físico e psíquico,



em virtude da dor e sofrimento vivenciados dos pacientes, e a necessidade constante de atualizações a novas tecnologias e adaptação ao processo e ambiente de trabalho, sendo estes fatores que se transformam em cargas de trabalho⁽⁷⁾.

Diante do exposto, compreende-se que o processo de trabalho da enfermagem, em vista da presença das cargas de trabalho podem gerar consequências para a saúde do trabalhador e para a qualidade da assistência prestada, causando implicações na segurança do paciente, com isso, torna-se necessário refletir acerca da relação entre as cargas de trabalho da equipe de enfermagem e suas implicações para a segurança do paciente.

OBJETIVO

Este trabalho teve como objetivo refletir acerca da relação entre as cargas de trabalho da equipe de enfermagem e suas implicações para a segurança do paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo reflexivo que utilizou o referencial teórico de Laurell e Noriega⁽²⁾ para conceituação e identificação dos tipos de cargas de trabalho e artigos científicos que abordam as cargas de trabalho da equipe de enfermagem e a segurança do paciente, baseando-se em discussões realizadas por um coletivo de Enfermeiros, mestrandos e docentes de um Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões serão apresentados por meio de duas categorias: Cargas de trabalho da equipe de enfermagem e Implicações das cargas de trabalho na segurança do paciente.

Cargas de trabalho da equipe de enfermagem

Para iniciar a conceituação e identificação dos tipos de cargas de trabalho e condições de trabalho, na área de saúde do trabalhador, destaca-se a produção de Laurell e Noriega como referencial teórico, que caracteriza as cargas de trabalho, por meio da análise do processo de trabalho, evidenciando que os elementos deste processo interagem dinamicamente entre si e com o trabalhador, gerando novos processos de adaptação,



traduzidos em desgaste, ou seja, perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica⁽²⁾.

Corroborando com esta definição, outro autor⁽⁷⁾ também define as cargas de trabalho como a existência de uma interação dos elementos relativos ao processo de trabalho com o corpo do trabalhador, provocando alterações no processo saúde-doença, por meio de desgastes físicos. Nesse sentido, salienta-se que todo trabalho possui fatores geradores de carga de trabalho, tanto no processo, quanto no ambiente de trabalho, e estas cargas atuam direta e indiretamente na saúde do trabalhador⁽⁸⁾.

As cargas de trabalho se dividem em cinco tipos, diferenciando-se primeiramente em duas categorias, as cargas de materialidade externa e as de materialidade interna, as externas compreendem as cargas físicas, químicas, biológicas e mecânicas; e as internas, as cargas fisiológicas e psíquicas⁽²⁾. Esta divisão é realizada, pois as cargas fisiológicas e psíquicas se manifestam no trabalhador diretamente por meio de um distúrbio ou doença, no entanto as cargas de materialidade externa são suscetíveis de observação no ambiente de trabalho⁽⁹⁾.

As cargas físicas podem ser detectadas sem envolver o corpo humano, por isso apresentam materialidade externas, mas, ao atuar sobre o trabalhador, tornam-se processos intracorporais complexos. As cargas químicas e biológicas também apresentam estas características, adquirem importância pelas transformações que geram por meio da sua interação com os processos corporais. Já as cargas mecânicas são as mais visíveis, uma vez que acarretam na ruptura de continuidade do corpo do trabalhador. As cargas fisiológicas e psíquicas, não apresentam materialidade visível externa ao corpo do trabalhador, e as cargas psíquicas ainda são caracterizadas como sobrecarga psíquica e subcarga psíquica⁽²⁾.

Para as cargas de materialidade externa, são exemplos de cargas físicas, o ruído, as temperaturas, a umidade, a iluminação, entre outros; já as cargas químicas são caracterizadas por medicamentos, fumaça, gases, pós, vapores e líquidos; as cargas biológicas são identificadas pela exposição à microorganismos, provenientes de doenças infectocontagiosas, fluidos e secreções, assim como manipulação de materiais contaminados; para as cargas mecânicas são consideradas a manipulação de instrumentos que acarretam em lesões nos trabalhadores, fraturas, contusões ou feridas^(2,9).

Já nas cargas de materialidade interna, os esforços físicos, posições incômodas e inadequadas, trabalho em turno definem as cargas fisiológicas; e, as cargas psíquicas,



caracterizam-se a monotomia, repetitividade, trabalho parcelado, entre outros, o trabalho com situações de tensão prolongada identificam a sobrecarga psíquica, e o uso limitado do conhecimento e habilidades do trabalhador em desenvolver seu trabalho, as sub-cargas psíquicas^(2,9).

A identificação das cargas de trabalho e desgastes que os trabalhadores de saúde estão sujeitos implicam em subsídio para intervenções direcionadas à saúde, assegurando melhor qualidade de vida ao trabalhador, e ao usuário, por meio da qualidade da assistência prestada⁽¹⁰⁾. Desta forma, entende-se que o conhecimento do processo e ambiente de trabalho são elementos importantes que subsidiam compreendem quais cargas de trabalho os trabalhadores estão expostos e consequentemente quais são as influencias para a saúde do trabalhador, para a instituição e para o paciente.

Na enfermagem, os trabalhadores estão submetidos a diversas cargas de trabalho, que geram processos de desgaste e adoecimento⁽⁴⁾. No ano de 2009, em um hospital universitário, os trabalhadores de enfermagem referiram 160 cargas de trabalho, com prevalência das cargas fisiológicas com 37,5%, seguido das cargas psíquicas com 36,2%, e cargas biológicas com 14,4%, as demais cargas também tiveram relevância, porém com menor número de identificações, como as mecânicas com 7,5%, as físicas com 2,5% e por últimos as cargas químicas com 1,9%⁽¹¹⁾.

Percebe-se que as cargas de materialidade internas, onde seus elementos interagem diretamente no corpo do trabalhador são aquelas mais identificadas pelos trabalhadores de enfermagem, e que podem estar causando adoecimento, porém em vista da baixa identificação das demais cargas, não se pode considerar que elas não estejam afetando a saúde do trabalhador, mas que podem estar não ser percebidas por seu dano não ocorrer de forma aguda, e sim o desgaste ocorrer em longo prazo.

Corroborando com estas identificações das cargas de trabalho, é importante destacar especificamente no trabalho da enfermagem os fatores de risco para exposição das cargas, por exemplo, as cargas mecânicas se caracterizam pela violência física dos pacientes contra trabalhadores, assim como por acidentes causadores de fraturas, torções, hematomas, e com agulhas e materiais perfurocortantes, já as cargas biológicas são identificadas por meio da exposição aos fluidos biológicos provenientes da manipulação de materiais perfurocortantes, que deixa o trabalhador susceptível a aquisição de doenças como as hepatites e Aids, o



preparo e manipulação de medicamentos, utilização de luvas caracterizam as cargas químicas⁽⁴⁾.

As cargas fisiológicas são geradas pelo trabalho em pé, manipulação de pesos, levantamento de paciente e postura inadequada, e as cargas psíquicas são representadas por meio de desgastes relacionados à agressão psíquica, trabalho monótono e repetitivo, alerta constante, trabalho feminino, ritmo acelerado, falta de comunicação, entre outras⁽¹¹⁾.

Em vista dos inúmeros fatores envolvidos no processo e ambiente de trabalho que predisõem a exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas de trabalho, e são responsáveis pelo desgaste deste trabalhador, pode ser uma condição que aumenta a ocorrência de acidentes e problemas de saúde, levando ao adoecimento e consequentemente ao afastamento do trabalhador das instituições de saúde.

Assim, verifica-se que a partir da interação das cargas de trabalho com o corpo do trabalhador, os principais desgastes estão relacionados às dores osteomusculares, incapacidade motora, ansiedade, depressão, estresse e insônia⁽³⁾. As causas dos afastamentos são as doenças do sistema osteoconjuntivo, tecido muscular e os transtornos mentais e comportamentais. Outra característica dos trabalhadores de enfermagem é que se afastam por períodos inferiores a 15 dias, de maneira recorrente, e normalmente pelos mesmos motivos⁽¹¹⁾.

Vislumbrando que as cargas de trabalho causam consequências para a saúde do trabalhador, o trabalhador de enfermagem muitas vezes exerce suas atividades estressado, fadigado, com dor, podendo interferir na maneira em que realiza a assistência, o afastamento em decorrência do adoecimento pode causar influencia na organização do trabalho da instituição, uma vez que ocorre redução do número de funcionário, sobrecarregando os demais trabalhadores. Além disso, tanto o trabalhador que desenvolve atividade doente, quanto àquele que exerce atividades em unidades com número inadequado de funcionários, pode estar colocando em risco a qualidade da assistência prestada.

Por outro lado, mesmo que o trabalhador de enfermagem não apresente problemas de saúde ou se afaste em decorrência das cargas de trabalho, elas encontram-se presentes e também podem colocar em risco a segurança do paciente. Todavia, o ato inseguro do trabalhador nessas condições de exposição às cargas de trabalho, dificilmente pode ser considerada como culpa do trabalhador, mas sim é produto da combinação de cargas determinadas pela lógica global do processo de trabalho⁽²⁾.



Implicações das cargas de trabalho da equipe de enfermagem para a segurança do paciente

Com a finalidade de visualizar as implicações das cargas de trabalho da equipe de enfermagem para a segurança do paciente é necessário identificar os principais conceitos adotados pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente, o qual define segurança do paciente como: “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”, caracterizando como dano, qualquer comprometimento na estrutura ou função do corpo, que pode ser responsável por doença, lesão, sofrimento, morte, entre outros. E, como incidente - evento que poderia ter resultado ou resultou em dano para o paciente, e como evento adverso – qualquer incidente que resulte em dano ao paciente⁽⁶⁾.

Estudo realizado em um hospital de grande porte da região Sul do Brasil identificou 755 casos de notificações de incidentes no período de 2008 a 2012, sendo que 64,8% ocorreram em unidade de internação, destacando como principais incidentes, a queda dos pacientes com 343 (45,5%) casos e os erros de medicações com 151 (20%) casos, representando as administrações de medicamentos por via errada, horário errado, erro na dose, na administração, na prescrição, na medicação, entre outros⁽¹²⁾.

A deficiência no número de trabalhadores implica no aumento das taxas de infecção, extubação acidental, mortalidade, eventos adversos e outros relativos aos cuidados prestados aos pacientes, influenciando nos perfis de morbimortalidade da população⁽¹³⁾. Assim como, o aumento do número de pacientes divididos entre a equipe de enfermagem implica na maior incidência de queda do leito, infecções relacionadas ao cateter vascular central, rotatividade de profissionais e absenteísmo. E, a equipe de enfermagem também destaca os cuidados na administração de medicação, banho de leito e transporte de pacientes, como aquele que representam riscos para a segurança dos profissionais e do paciente⁽¹⁴⁾.

Estudo realizado em dois hospitais universitários buscou apresentar a influência da carga de trabalho da enfermagem no risco de incidentes sem lesão e de eventos adversos, porém utilizou-se o índice *Nursing Activities Score* (NAS) que objetiva mensurar a carga de trabalho, identificando que em ambos os hospitais os enfermeiros apresentaram sobrecarga de trabalho, e detectou que 78% dos incidentes sem lesão e de eventos adversos ocorreram com a equipe de enfermagem⁽¹⁵⁾.



Ainda destacou como incidentes sem lesão, as falhas no seguimento da prescrição de enfermagem, no preparo e administração de medicamentos, problemas na manipulação de sondas e cateteres, na coleta e encaminhamento de exames, no registro de dados no prontuário, na administração de dietas enterais, entre outras. E, quanto a ocorrência de eventos adversos relacionados à enfermagem foram identificadas as dermatites, assaduras e úlceras por pressão, problemas na contenção física de pacientes, flebites, falhas na manipulação de cateteres e sondas e queda de pacientes⁽¹⁵⁾.

Buscando relação com as cargas de trabalho, pode-se justificar as ocorrências de alguns incidentes realizados pela equipe de enfermagem, decorrente do próprio processo e ambiente de trabalho, uma vez que a organização do ambiente, com equipamentos e camas inadequadas, pouco espaço de circulação, predispõem que os trabalhadores utilizem posições inapropriadas para o transporte dos pacientes, estando assim sujeitos as cargas fisiológicas, causando dano a sua saúde e propiciando o incidente da queda no paciente.

Um trabalhador que se encontra com doença relacionada ao trabalho pode não cumprir o período determinado para troca do acesso venoso e troca de curativo, aumentando o risco de infecção e flebite do paciente, ou de úlcera por pressão, pois o trabalhador não tem condições físicas para a realização da mudança de decúbito em virtude do adoecimento. Além disso, quando ocorre o afastamento dos trabalhadores, o ritmo de trabalho para os demais é aumentado, assim como os turnos de trabalho podem ser alterados, aumentando também o número de administrações de medicamentos, por exemplo, que pode gerar os erros de medicamentos já descritos pelos estudos^(12,15).

O documento de referência para o PNSP apresenta o modelo do queijo suíço que demonstra uma abordagem sistêmica para gerenciar o erro, apresentando que quando o queijo não possui camadas (barreiras), os buracos se comunicam, ou seja, o risco não encontra barreira e atinge o paciente. Essas barreiras são formadas por profissionais atualizados, protocolos, uso de *check list* cirúrgicos, dose unitária de medicamentos, entre outros⁽⁵⁾.

Para o estímulo a uma prática assistencial segura o PNSP estabelece um conjunto de protocolos que devem ser elaborados e implantados nas instituições de saúde como os protocolos de uso e administração de medicamentos, identificação de pacientes, prevenção de quedas, entre outros, assim como, a criação de Núcleos de Segurança do Paciente, sistemas de notificação de incidentes, a inclusão da temática segurança do paciente no ensino, por meio de



educação permanente e de pesquisas envolvendo a segurança do paciente⁽⁵⁾.

Nesse contexto, entende-se que as cargas de trabalho são inerentes do processo de trabalho, estão presentes no ambiente das instituições de saúde, e ao mesmo tempo em que atingem a equipe de enfermagem implicam em risco para a segurança do paciente, não bastando apenas buscar formas de reduzir os riscos para o paciente, mas também visualizando a carga de trabalho como fator de risco para a assistência à saúde do paciente. Dessa forma, torna-se necessário à implementação de ações visando à redução da exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas de trabalho.

CONCLUSÃO

A presente reflexão visou apresentar a relação entre as cargas de trabalho, seguindo o referencial de Laurell e Noriega e a segurança do paciente, com destaque para o trabalho realizado pela equipe de enfermagem e as consequências da exposição das cargas de trabalho para a saúde do trabalhador, e suas implicações para a segurança do paciente.

Na literatura não se encontrou estudos que indicassem a ocorrência de incidentes sem lesão ou eventos adversos, em virtude da exposição às cargas, físicas, químicas, mecânicas, biológicas, fisiológicas e psíquicas. Porém percebe-se o destaque dado à sobrecarga de trabalho em decorrência do absenteísmo e ao número inadequado de trabalhadores de enfermagem nas instituições.

Neste sentido, evidencia-se a importância de refletir acerca da relação entre as cargas de trabalho e as implicações para a segurança do paciente, a qual não é identificada na literatura científica, no entanto, pode destacar medidas que possibilitem garantir a segurança dos pacientes. Além disso, sugere-se a realização de outros estudos, com a finalidade de verificar a existência dessa relação.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

As cargas de trabalho as quais os trabalhadores de enfermagem estão expostos influenciam diretamente na qualidade de vida e de trabalho do profissional, refletindo também na qualidade da assistência prestada aos pacientes e na segurança dos mesmos. Juntamente com os riscos presentes nos ambientes hospitalares, o dimensionamento inadequado de pessoal também pode prejudicar o cuidado e colocar o cliente em risco.



Neste sentido, a segurança do paciente é um quesito que destaca a qualidade do cuidado prestado, visto que, um trabalhador que se encontra doente, não consegue executar suas tarefas de maneira adequada e pode, conseqüentemente, aumentar o risco de expor o paciente a possíveis erros. Também, quando um profissional é afastado de suas atividades devido a doenças de trabalho, há uma sobrecarga à equipe, sendo necessário que haja uma redução dessas cargas, de modo que seja possível proteger o profissional e o paciente.

Assim, ao identificar e minimizar as cargas de trabalho pode-se gerar segurança ao paciente, contribuindo para um cuidado e uma assistência de qualidade, humanizada e que seja também, de responsabilidade do profissional executar e estar atento aos cuidados prestados, atentando para sua saúde e do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Silva SM, Baptista PCP, Felli VEA, Martins AC, Sarquis LMM, Mininel VA. Estratégias de intervenção relativas à saúde dos trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários no Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013; 21(1) :09 telas.
2. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
3. Karino ME, Felli VEA, Sarquis LMM, Santana LL, Silva SR, Teixeira RC. Cargas de trabalho e desgastes dos trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola. Cienc Cuid Saude. 2015; 14 (2):1011-1018.
4. Felli VEA. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. Enfermagem em Foco. 2012; 3 (4):178-181.
5. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.



6. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº529, de 1º de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2013.
7. Secco IAO, Robazzi MLCC, Souza FEA, Shimizu DS. Cargas de trabalho de materialidade externa na equipe de enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil. *Ciencia y Enfermería*. 2011; 17(3): 69-81.
8. Rocha LP, Cezar-Vaz MR, Almeida MCV, Borges AM, Silva MS, Sena-Castanheira J. Cargas de trabalho e acidentes de trabalho em ambiente rural. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24 (2): 325-35.
9. Kirchhof ALC, Lacerda MR, Sarquis LMM, Magnago TSB, Gomes IM. Compreendendo cargas de trabalho na pesquisa em saúde ocupacional na enfermagem. *Colomb Med*. 2011; 42 (Supl 1): 113-19.
10. Santana LL, Miranda FMDA, Karino ME, Baptista PCP, Felli VEA, Sarquis LMM. Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34 (1): 64-70.
11. Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19 (2): 09 telas.
12. Lorenzini E, Santi JAR, Bão ACP. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014 jun;35(2):121-7.
13. PENOYER, D. A. Nurse staffing and patient outcomes in critical care: a concise review. *Crit Care Med*. 2010; 38 (7): 504-9.
14. Magalhães AMM, Dall’Agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(Spec): [09 telas].



15. Novaretti MCZ, Santos, EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem em incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. Rev Bras Enferm. 2014; 67(5):692-9.



A VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO NA VISÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

VIOLENCE AGAINST THE ELDERLY IN THE VISION OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT

Juliana Piveta de Lima; Daiane Porto Gautério Abreu; Eliel de Oliveira Bandeira; Aline Rodrigues Costa; Nidia Farias Fernandes Martins

RESUMO: Objetivos: Identificar a percepção dos agentes comunitários de saúde em relação aos diversos tipos de violência contra a pessoa idosa e descrever os principais sinais de violência contra a pessoa idosa identificados pelos agentes comunitários de saúde. **Método:** estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa, realizado em Unidades de Saúde da Família do Município de Rio Grande/RS. Foram realizadas 22 entrevistas com agentes comunitários de saúde de fevereiro a abril de 2016, as quais foram analisadas pelo método de análise textual discursiva. **Resultados:** Os participantes identificaram tanto os casos confirmados de violência, quanto os suspeitos e perceberam os principais sinais de violência contra a pessoa idosa. **Conclusão:** Torna-se importante investir na capacitação dos agentes comunitários de saúde para um melhor atendimento e encaminhamento das pessoas idosas vítimas de violência.

Descritores: Maus Tratos ao Idoso. Estratégia da Saúde da Família. Enfermagem.

ABSTRACT: Objective: To identify the perception of community health workers regarding the several types of violence against the elderly and to describe the main signs of violence against the elderly identified by community health workers. **Method:** This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, performed in the Family Health Units of the City Hall of Rio Grande/RS. We accomplished 22 interviews with community health workers in the period from February and April 2016, which were analyzed by the discursive textual



analysis methodology. **Results:** Participants have identified both the confirmed cases of violence and the suspects and perceived the main signs of violence against the elderly. **Conclusion:** It is important to invest in the training of community health workers to provide a better care and referral of elderly affected by violence.

Keywords: Elderly Abuse. Family Health Strategy. Nursing.

INTRODUÇÃO

A taxa de fecundidade no país, segundo dados do Censo 2010, pelo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), está abaixo da taxa de reposição da população, invertendo a pirâmide etária: o Brasil tende a se tornar um país de idosos¹. Esse aumento da população idosa traz consigo uma questão importante, que é o aumento da incidência de violência contra esses indivíduos e, portanto, a necessidade de pesquisas nesse campo, levando-se em consideração os riscos a que estes estão expostos².

Define-se violência como o uso intencional de força física ou de poder, seja de modo concreto ou através de ameaças, podendo resultar em lesão, óbito, e em danos à integridade física ou psicológica. Observa-se, portanto, que os atos violentos podem ser tanto de natureza física e sexual quanto psicológica ou de privação e negligência. Essa violência ocorre nos diversos âmbitos da sociedade, podendo ser tanto familiar quanto comunitária, porém observa-se que ela é mais prevalente no próprio domicílio da vítima³.

O agente comunitário de saúde (ACS) tem um papel fundamental nesse meio, sendo visto como um facilitador comunitário, pois ele está perto da comunidade e dos problemas que a rodeiam. Seu trabalho é uma continuidade dos serviços de saúde, tendo como objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade, sempre valorizando questões culturais e integrando saber popular e conhecimento técnico. Todas as famílias do seu território são acompanhadas por meio da visita domiciliar onde são identificados os problemas e traçado o perfil destas na área adscrita da Unidade de Saúde da Família⁴.

Todo o trabalho desses profissionais ocorre de forma integrada com a equipe, e é discutido e analisado em conjunto às situações identificadas. Tão importante quanto fazer o cadastramento da população é mantê-lo atualizado⁴. Nesse cenário, o enfermeiro tem como atribuições planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS. Além disso, deve



facilitar a relação entre os demais profissionais da USF com os ACS, contribuindo assim para a organização, acolhimento, vínculo, cuidado e orientação em função das prioridades definidas conforme a necessidade de saúde, vulnerabilidade, risco, etc⁵.

Considerando que o ACS além de possibilitar o fortalecimento de vínculo entre profissional e comunidade, é também um agente transformador de saúde, optou-se por realizar este estudo para analisar a percepção e a conduta dos ACS frente a casos suspeitos ou confirmados de violência contra a pessoa idosa.

Com ele pretende-se contribuir para a construção do conhecimento acerca da conduta que deve ser tomada e dos principais sinais identificados nos casos de violência contra o idoso, potencializando assim as ações de saúde.

OBJETIVOS

Identificar a percepção dos ACS em relação aos diversos tipos de violência contra a pessoa idosa;

Descrever os principais sinais de violência contra a pessoa idosa identificados pelos ACS.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no município de Rio Grande em áreas de cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Este município, segundo dados do IBGE, possui população de 197.228 habitantes¹ e cobertura da ESF de 54% do total da população. A ESF conta com 34 equipes de Saúde da Família destas 20 estão localizadas na zona urbana, 4 na litorânea e 10 na rural. Devido à dificuldade de deslocamento até a zona rural do município o estudo será realizado somente nas equipes da zona urbana e litorânea.

Para que houvesse representatividade das áreas urbana e litorânea participaram do estudo um ACS de cada equipe dessas áreas totalizando 22 participantes. Foram critérios de inclusão: ser ACS, estar vinculado a uma equipe da ESF da zona urbana ou litorânea. Foram excluídos os profissionais afastados por motivo de férias, licença ou falta ao trabalho no período da coleta de dados. Foram excluídas duas ACS que se recusaram a participar da pesquisa.



A coleta de dados foi realizada de fevereiro a abril de 2016 por meio de uma entrevista na qual foi utilizado um roteiro semiestruturado elaborado para este estudo. Para realizar a coleta foi feito contato telefônico com a enfermeira de cada USF para a qual foi solicitada o nome dos agentes que atuam na mesma. Foi realizado um sorteio e o ACS sorteado foi convidado a participar do estudo, foi feito contato com ele, foram explicados os objetivos da pesquisa e agendada a entrevista. Para o ACS que não aceitou outro foi sorteado e assim sistematicamente. A entrevista foi realizada na USF na qual o ACS atua. Após a explanação dos objetivos e com o aceite voluntário dos participantes em fazer parte da pesquisa, foi realizada a leitura e solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Uma via foi entregue ao participante e outra ficou armazenada na escola de enfermagem sob responsabilidade da orientadora do projeto.

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise textual discursiva. Essa abordagem de análise pode ser concebida como um processo auto-organizado de produção de novas compreensões em relação aos fenômenos que examina⁶.

A análise proposta organiza argumentos em torno de quatro focos. Os três primeiros compõem um ciclo, no qual se constituem como elementos principais: desmontagem dos textos, também chamado de unitarização, em que são examinados os materiais e seus detalhes, e fragmentando-os para atingir unidades de significado referentes ao fenômeno estudado; estabelecimento de relações ou categorização, onde reúnem-se as unidades de significado semelhantes, podendo gerar vários níveis de categorias de análise; captando o novo emergente, onde a intensa impregnação nos materiais da análise desencadeada pelo processo anterior possibilita uma compreensão renovada do todo, fechando o ciclo de análise. Por fim, o último foco, um processo auto-organizado, onde após a fragmentação e desorganização proposta na primeira fase, ocorre uma reconstrução com emergência de novas compreensões⁶.

Foi assegurado o anonimato dos participantes sendo que os mesmos foram identificados nas entrevistas pela letra A de agente e um número sequencial conforme a ordem das entrevistas. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande obtendo parecer favorável nº185/2015 e obteve autorização para ser realizado do Núcleo Municipal de Educação e Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio Grande.



RESULTADOS

Participaram do estudo 22 Agentes Comunitários de Saúde. O tempo de trabalho dos ACS na USF foi em média de 8,7 anos. Todas as ACS eram do sexo feminino. Quando questionadas se já haviam atendido algum caso de Violência Doméstica Contra a Pessoa Idosa, 13 responderam que sim e nove que não. A violência sempre ocorreu no âmbito familiar, sendo os filhos identificados como os principais agressores.

Das 13 ACS que responderam afirmativamente, seis referiram outros tipos além da violência física.

“Quando fala violência é qualquer tipo? Violência de total abandono, abandono com os familiares em casa.” (A3)

“Não foi tanto a violência física, foi a pior, que é a psicológica.” (A4)

“Só a violência de abandono, física não, mas de abandono, negligência, isso aí sim.” (A5)

Além de identificarem os casos confirmados de violência, as ACS relataram que também identificam os casos suspeitos.

“Na verdade a violência em si não, a suspeita. Mais de uma vez.” (A1)

Somente uma ACS identificou a violência física como o único tipo de violência existente, não considerando os demais tipos como violência.

“Violência propriamente não, a gente atende alguns casos de negligência, o que é bem diferente, violência mesmo não.” (A2)

Grande parte das entrevistadas relataram não ter participado de nenhuma capacitação sobre o tema violência doméstica contra a pessoa idosa.

A partir da análise textual discursiva foram identificadas duas categorias principais: Percepção das ACS em relação aos diversos tipos de violência contra a pessoa idosa e Facilidades e dificuldades encontradas pelas ACS para identificar a violência contra a pessoa idosa.

Percepção das ACS em relação aos diversos tipos de violência contra a pessoa idosa

Dentro desta categoria as ACS identificaram os diferentes tipos de violência



principalmente através dos sinais e sintomas que atribuíam a cada tipo.

Embora as ACS não consigam nomear os tipos de violência de acordo com a nomenclatura que consta no Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa elas conseguem identificá-los.

As ACS identificaram a violência física em sinais como marcas na pele e lesões.

“O que me faria suspeitar? Marcas?” (A16)

“A primeira coisa acho que os machucados?” (A17)

“Algum sinal, algum machucado sem justificativa.” (A18)

As ACS identificaram o abandono e a negligência na falta de cuidado com a higiene tanto pessoal quanto no ambiente em que o idoso está inserido, pelo descuido com a alimentação e com o tratamento medicamentoso que ele deveria realizar além do fato do idoso estar sempre sozinho:

“Primeiramente o que a gente observa é o abandono mesmo de estarem ali atirados, mal vestidos, sujos bem dizer, falta de higiene mesmo.” (A19)

“Maus tratos quanto a alimentação, quanto a higiene pessoal, quanto ao ambiente aonde o idoso passa o dia inteiro.” (A14)

“Ele era cego, tinha muita dificuldade, morava praticamente sozinho.” (A10)

A violência medicamentosa pode ser observada nas seguintes falas das ACS quando elas descrevem que a pessoa idosa não toma as medicações e que não há nenhum familiar que as auxilie no tratamento:

“Não toma as medicações, ou então a família não traz ou então não solicita atendimento médico.” (A5)

“As gurias tem outros casos de fazer caixinha, botar lua, sol pra eles tomarem a medicação, porque não tem uma pessoa para cuidar, nada, nada...” (A3)

As ACS identificaram a violência psicológica por alterações emocionais, o fato de a pessoa idosa ficar muito chorosa, deprimida ou com receio de falar na frente dos cuidadores:

“A pessoa ter receio de falar alguma coisa diante do familiar ou apresentar, não diria uma depressão, mas muito chorosa.” (A2)

“Se está muito triste, se está muito chorão, choroso, (...) as vezes está deprimido, (...) quando fica muito só, muito abandonado.” (A9)

A violência financeira e econômica é percebida por meio dos relatos das próprias



peessoas idosas. E, também, quando as ACS percebem que as pessoas da família destinam o dinheiro do benefício das pessoas idosas para outros fins que não o de atender as necessidades das mesmas.

“Está faltando dinheiro do benefício, só que a gente foi descobrindo que o benefício na realidade, como a maioria dos casos, não chega nem 30%, eles tiram tudo mais deles, empréstimo.” (A4)

“A gente percebeu que a família estava utilizando da pensão pra outras coisas.” (A11)

A identificação do abuso sexual se deu através do relato verbal da pessoa idosa e depois foi confirmada por exame físico realizado pelo médico da USF.

“E esse outro caso foi abuso sexual, o filho(...). Ela dormia dentro de uma cativieiro, ela trancava tudo a cadeado, porque ele invadia, tinha problemas mentais, mas também tinha toda a questão da agressão e ele estuprava ela diariamente, a mãe de quase 80 anos.” (A3)

Facilidades e dificuldades encontradas pelas ACS para identificar a violência contra a pessoa idosa

Para as ACS morar na área facilita na identificação ou suspeita dos casos de violência, pois isso estabelece uma relação de confiança com as famílias, o que facilita o acesso as residências. Além disso, o olhar atento a mudanças de comportamento, sinais físicos, alterações emocionais, saber ouvir a pessoa idosa torna-se muito relevante na detecção dos casos de violência.

“Por isso que é importante a gente morar na área que a gente trabalha eu acho, porque eu identificaria.” (A20)

“Num primeiro momento eu escuto, tem muita carência de escutar, eu escuto o relato e tento prestar atenção, ficar ligada.” (A3)

Percebe-se também que os ACS têm algumas dificuldades na identificação destes casos devido à dificuldade de acesso ao idoso imposta pela família que com ele reside, o que pode ser observado nas seguintes falas:

“A pessoa ter receio de falar alguma coisa na frente do familiar.” (A2)

Outro obstáculo citado seria, segundo algumas ACS, a tendência do idoso exagerar, então torna-se importante a atenção redobrada para que se diferencie o real do imaginário.

“ Nem sempre o relato, infelizmente, nos ajuda muito porque até mesmo a tendência é



eles exagerarem um pouco.”(A3)

As ACS manifestaram seu sofrimento perante a percepção da ocorrência da violência contra a pessoa idosa através do relato do sentimento de tristeza por parte do profissional durante a realização da visita domiciliária. Esse sofrimento pode facilitar a detecção dos casos de violência quando, a partir dele, o ACS se sente motivado para agir e resolver o caso. Por outro lado, o sofrimento pode representar uma barreira para o ACS atuar no caso, não querendo envolver-se na situação.

“Foi horrível, eu cheguei sair de lá mal.” (A3)

“Pra mim foi um sofrimento, na época eu me apaguei com o idoso.” (A4)

“Ele era cego, tinha muita dificuldade(...)foi muito triste.” (A10)

Esse sentimento fez com que elas ficassem abismados com a falta de cuidados a que os idosos estavam vivenciando e isto fez com que elas lembrassem dos seus pais ou de pessoas idosas da família:

“Eu tenho meus pais, 62 anos, são jovens, Deus me livre, todo tempo eles estão doentes, tem problemas de saúde, então a gente acha que isso aí é uma coisa absurda, uma pessoa idosa tem que ser cuidada como uma criança.” (A3)

“Pra mim foi muito chocante, porque eu tenho dois idosos na minha família. A minha família é de idosos, a mais moça tem 80 anos(...). E me chocou muito essa situação.” (A4)

DISCUSSÃO

A presente pesquisa confirmou o que estudos anteriores apontam como resultado: o filho ou um membro familiar é o principal agressor nos casos de violência contra a pessoa idosa⁷⁻⁸. Esse fato pode estar relacionado à imposição que é prevista pelo Estatuto do Idoso, no qual o familiar é responsável pelos cuidados de seus familiares idosos, podendo causar ao cuidador uma sobrecarga e estresse, que aliado a questões prévias do cuidador com o idoso, podem favorecer a violência⁷.

A partir dos relatos das ACS pode-se observar que a percepção que a maioria apresenta de violência se assemelha ao conceito presente no Manual de Enfrentamento à Violência contra a pessoa idosa, que refere que maus tratos são atos únicos ou repetitivos, que causam ou não algum dano e que ocorrem em qualquer relação em que haja confiança⁹.

No presente estudo a maioria das ACS identificaram casos suspeitos ou confirmados



de diversos tipos de violência: física, abandono, negligência, medicamentosa, psicológica, sexual, financeira e econômica; o que confirma o encontrado na literatura¹⁰⁻¹¹. Contudo, ainda existe ACS que acreditam que só existe violência quando há algum dano físico, o que é prejudicial, pois a pessoa idosa pode estar sofrendo algum tipo de violência, que não a física, e não ter o suporte adequado.

As ACS identificaram a violência física pelos sinais como marcas na pele e lesões o que também foi encontrado em pesquisa que analisou as notificações de violência presentes no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN)¹². Esse mesmo estudo caracteriza como violência física lesões dos tipos corte, laceração, amputação, fraturas, traumas, contusão, entorse e luxação¹².

Em um estudo realizado com 729 idosos, em Minas Gerais, houve uma prevalência nos casos de violência psicológica e violência física, totalizando 20,9% dos idosos entrevistados, ressaltando que todos que sofriam violência física (5,9%) também sofriam a psicológica¹⁰. Esse dado é superior ao que foi encontrado em uma pesquisa internacional, realizada nos Estados Unidos, que analisou 5777 inquéritos, onde a prevalência de violência psicológica foi de 4,6% e a violência física 1,6%¹¹.

No presente estudo, as ACS identificaram a violência psicológica por alterações emocionais, o fato de a pessoa idosa ficar muito chorosa, deprimida ou com receio de falar na frente dos cuidadores. Já um estudo realizado com profissionais do Serviço Social caracterizou a violência psicológica por alterações comportamentais, isolamento, medo ou recusa em assumir seu papel de vítima e excessiva dependência do cuidador¹³.

O Manual para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa traz como sinais abandono ausência dos responsáveis de prestarem socorro a um idoso que necessite de proteção e como sinais de negligência a omissão de cuidados por parte dos seus responsáveis⁹. No presente estudo, as ACS identificaram o abandono e a negligência associados através da falta de cuidado com a higiene tanto pessoal quanto no ambiente em que o idoso está inserido, pelo descuido com a alimentação e com o tratamento medicamentoso, além do fato do idoso estar sempre sozinho. O abandono foi identificado como o segundo tipo de violência mais frequente contra pessoas idosas em um estudo realizado em Juiz de Fora correspondendo a 75,7% dos casos identificados⁸. A negligência foi relatada por 5,9% dos entrevistados em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos¹¹.



Neste estudo, as ACSs identificaram casos de violência medicamentosa relacionados a não utilização dos medicamentos e a falta de auxílio para realizar os tratamentos. Os sinais de violência medicamentosa mais comumente encontrados na literatura são a administração dos medicamentos prescritos, de forma indevida (aumentando, diminuindo ou excluindo medicamentos) por parte de seus responsáveis¹⁴.

A violência financeira e econômica foi percebida por meio dos relatos das próprias pessoas idosas, e, também, quando as ACS percebem que as pessoas da família destinam o dinheiro do benefício das pessoas idosas para outros fins que não o de atender as necessidades das mesmas. O Manual para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa traz como sinais de violência financeira e econômica a exploração imprópria ou ilegal ou ao uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais o que foi evidenciado pelos agentes no presente estudo⁹. Em um estudo realizado em Juiz de Fora o tipo de violência mais frequente foi a financeira (80,3%)⁸.

A violência sexual geralmente é o único tipo de violência que não tem correlação com os filhos como principal agressor em relação a pessoa idosa⁸. Contudo, as ACS identificaram um caso de violência sexual no qual o autor era o próprio filho da vítima. Um estudo realizado nos Estados Unidos a violência sexual aparece com uma prevalência anual de 0,6%¹¹.

As ACS mencionaram que conseguem identificar os casos de violência pelo seu vínculo com a comunidade. Estudo refere a importância desse vínculo para a identificação de casos de violência seja por meio da visita domiciliar ou mesmo através de informações recebidas de outros membros da comunidade, como os próprios vizinhos¹⁵. O contato permanente permite que o ACS conheça a realidade das famílias e isso facilita seu trabalho educativo e a promoção de saúde⁴.

As ACS entrevistadas relataram dificuldades para identificar os casos de violência que vão ao encontro das apresentadas na literatura, que são: o agressor tentar impedir a vítima de ter acesso ao sistema de saúde e serviços sociais para que essa violência não seja detectada; a vítima ter receio em falar na frente do agressor e sofrer futuras represálias, além de o profissional acreditar que a família sempre proporciona amor e apoio aos idosos e isso faz com que não considerem possíveis situações abusivas¹⁴.



CONCLUSÃO

O aumento da população idosa e da sua expectativa de vida torna mais evidente os problemas por eles vivenciados, dentre eles a violência. É necessário que se criem estratégias de atenção aos idosos, focando em sua qualidade de vida e integração social.

A partir dos resultados dessa pesquisa, concluiu-se que foi predominante a violência intrafamiliar, sendo, em sua maior parte, cometida pelo próprio filho da vítima. Pôde-se identificar que os ACS percebem os diversos tipos de violência contra a pessoa idosa a partir de seus principais sinais e sintomas.

Os ACS são peças fundamentais para a identificação, a prevenção, o tratamento e a notificação dessa problemática. Dessa forma, torna-se importante investir na sua capacitação e problematizar tais resultados para que os compromissos sejam assumidos de forma correta, possibilitando o conhecimento da magnitude do problema, bem como atendimento e encaminhamento da vítima. Nesse contexto, o enfermeiro deve atuar juntamente a esses profissionais, valorizando sempre seu saber popular. Salienta-se também a importância do cuidado com a saúde desse profissional em função do sofrimento que pode surgir no desenvolvimento de seu trabalho.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Com este trabalho pretende-se conscientizar sobre a importância do problema, a quebra de preconceitos por parte dos profissionais da saúde, bem como o desenvolvimento de educação permanente, a fim de se obter melhores condições na detecção da violência.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010. Infográficos: evolução populacional e pirâmide etária. Acesso em: 18 setembro de 2015. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=431560&search=rio-grande-do-sul|rio-grande|infogr%E1ficos:-evolu%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria>.
2. Sanches APRA, Lebrão ML, Duarte YAO. Violência contra idosos: uma questão nova? Saude soc. 2008; 17 (3).



3. World Health Organization. World report on violence and health: summary. Geneva, 2002.
4. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília (DF), 2009.
5. Brasil. Portaria nº 2.488, 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). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, n.204, p.55, 2011.
6. Moraes R, Galiuzzi MdoC. Análise textual discursiva. 2. ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2011. 224p.
7. Rodrigues-Pinto FNFR, Barham EJ, Albuquerque PP. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. Estudos e Pesquisas em Psicologia, 2013; 13(3).
8. Lourenço LM, Mota DCB, Carvalho RG, Gebara CFP, Ronzani TM. Crenças dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora em relação à violência doméstica contra idosos. Estudos de Psicologia. Campinas, 2012; 9(29): 427-436
9. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília; 2014.
10. Paiva, MM, Tavares, DMS. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. Rev Bras Enferm. Uberaba-MG, 2015.
11. Ancierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, Kilpatrick DG. Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and



Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistratment Study. Am J Public Health. Fev; 2010.

12. Mascarenhas MDM, Andrade SSCA, Neves ACM, Pedrosa AAG, Silva MMA, Malta DC. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2012; 17(9).

13. Carvalho, MIL. Violência sobre as pessoas idosas e serviço social. Kairós Gerontologia, 14(1), ISSN 2176-901X, São Paulo, março 2011: 43-63.

14. Figueira-Júnior, N. (org.). Caderno de Violência contra a pessoa Idosa: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo, 2007.

15. Shimbo, AY; Labronici, LM; Mantovani, M.F. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da Estratégia Saúde da Família. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. Rio de Janeiro, 2011; 15(3): 506-510.



POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA E O PAPEL DA ENFERMEIRA PARA A MANUTENÇÃO DA FUNCIONALIDADE

NATIONAL HEALTH POLICY OF THE ELDERLY PERSON AND THE ROLE OF THE NURSE FOR THE MAINTENANCE OF FUNCTIONALITY

Sheila Silveira Costa; Francielle Garcia Sena; Marlene Teda Pelzer; Bárbara Tarouco da Silva; Bibiane Moura da Rosa

RESUMO: O envelhecimento populacional no Brasil sugere atentar para as questões de saúde das pessoas idosas, primando pelo envelhecimento ativo, pela manutenção da autonomia e da capacidade funcional. Frente a essa situação, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que objetiva manter, recuperar e promover a autonomia do idoso embasado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. O objetivo do trabalho foi refletir criticamente acerca do papel da enfermeira na manutenção da funcionalidade em consonância com a PNSPI, utilizando produções científicas nacionais e internacionais disponíveis em periódicos online. Os enfermeiros devem conhecer as alterações advindas do envelhecimento para que possam fornecer assistência efetiva, identificando precocemente fragilidades, planejando intervenções que objetivam a manutenção, promoção e recuperação da autonomia do idoso. Assim, a enfermagem concentra-se na instrumentalização dos indivíduos para o viver saudável, por meio do diálogo e da avaliação funcional. Com isso, reflete-se sobre a relevância do papel da enfermeira frente ao cuidado à pessoa idosa na busca de maior autonomia.

Descritores: Idoso. Política de Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT: Population aging in Brazil suggests attention to the health issues of the elderly, emphasizing active aging, maintenance of autonomy and functional capacity. In view of this situation, the Ministry of Health created the National Policy on the Health of the Elderly Person (NPHEP), which aims to maintain, recover and promote the autonomy of the elderly based on the principles and guidelines of the Unified Health System. This study aimed to



reflect critically on the role of the nurse in the maintenance of the functionality in line with the NPHEP, using national and international scientific productions available in online journals. Nurses should be know of the changes coming from aging so, they can provide effective assistance, early identification of weaknesses, planning interventions that aim at maintaining, promoting and recovering the autonomy of the elderly. So, nursing focuses on the instrumentalization of individuals to live healthy, through dialogue and functional evaluation. With this, it is reflected on the relevance of the role of the nurse in the care of the elderly in the search for greater autonomy.

Descriptors: Elderly. Health Policy. Nursing.

INTRODUÇÃO

O crescente envelhecimento populacional no Brasil sugere atentar para as questões de saúde das pessoas idosas, primando pelo envelhecimento ativo, manutenção da autonomia e da independência. Os profissionais de saúde/enfermeiros devem conhecer o processo de envelhecimento para que possam fornecer assistência efetiva aos indivíduos.

Diante do envelhecimento contínuo da população brasileira, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu com a portaria nº 2.528/2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). O objetivo principal dessa política consiste em manter, recuperar e promover a autonomia e independência da pessoa idosa embasado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) ⁽¹⁾.

Com a finalidade de alcançar os objetivos da PNSPI torna-se importante a mobilização das equipes de saúde, em especial àquelas que compõem a assistência primária, como as ações que acontecem na Estratégia Saúde da Família (ESF). Os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, podem contribuir incisivamente quando possuem conhecimentos referentes ao envelhecimento e, para isto, torna-se fundamental o estabelecimento de programas de capacitações com a finalidade de esclarecimentos e construção de planos de ação, instrumentos de avaliação de funcionalidade, conforme prioriza a portaria nº 2.528.

É imprescindível abordar nas temáticas sobre os acidentes ocasionados por quedas



como fator causador de perda de funcionalidade e consequente a dependência da pessoa idosa. A queda “é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade” ⁽²⁾. Dentre as condições desencadeadoras desse evento estão: os fatores ambientais, como os pisos escorregadios, ambientes mal iluminados, móveis dispostos incorretamente, tapetes; fatores cognitivos, como demências, diminuição da memória; fatores em adultos, como as pessoas com mais de 65 anos, indivíduos com histórico de quedas anteriores; fatores fisiológicos, como equilíbrio prejudicado, distúrbios da marcha, incontinência urinária; e utilização de alguns medicamentos como ansiolíticos, antidepressivos, diuréticos. A perda da funcionalidade acarreta em perda de autonomia e torna a pessoa idosa dependente de cuidados ⁽³⁾.

A justificativa dessa reflexão é pautada no crescente envelhecimento populacional e na necessidade de se refletir e clarificar o papel da enfermeira no cuidado às pessoas idosas em consonância com a PNSPI, permitindo conhecimentos relativos às peculiaridades dessa população, bem como sobre a política existente, para que os profissionais possam atuar de forma a garantir a manutenção da funcionalidade, da autonomia e da independência, por meio de uma assistência de qualidade.

OBJETIVO

Refletir criticamente acerca do papel da enfermeira no que tange à manutenção da funcionalidade da pessoa idosa em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

METODOLOGIA

Realizou-se uma reflexão crítica embasada em produções científicas, nacionais e internacionais, as quais constam em periódicos online, mas que foram disponibilizadas pela disciplina obrigatória, do Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGenf-FURG), referentes ao conteúdo programático de Estudos Avançados em Saúde do Idoso, ofertada no segundo semestre de 2013. Dentre os artigos disponibilizados ao longo do semestre, foram utilizados apenas os que abordavam as temáticas sobre funcionalidade, enfermagem e políticas públicas



de saúde.

O eixo que sustenta essa reflexão concentra-se na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. O pensamento crítico-reflexivo permite correlacionar e apreender teoria e prática, compreendendo a realidade social construída e atentando às contradições. Assim, a reflexão crítica possibilita posicionar-se e agir frente ao mundo capitalista, através da reflexividade sóciocrítica e emancipatória ⁽⁴⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No decorrer dos anos de vida acontecem modificações fisiológicas, consideradas normais ao processo de envelhecimento. Contudo, predispõe as pessoas idosas a situações de fragilidade, com considerável potencial de acarretar em incapacidade funcional e déficits cognitivos. Faz-se fundamental conhecer as características desta população, com vistas na identificação precoce dessas fragilidades para que se tornem possíveis intervenções. O processo de envelhecimento abrange a redução da capacidade física e funcional e a diminuição da massa muscular, gerando instabilidade e conseqüentemente, aumento do risco de quedas, uma das principais causas de incapacidades e comprometimentos no que diz respeito às atividades de vida diária - AVD, ao fator psicológico, social e ao financeiro. Além disto, as quedas apresentam-se como uma elevada possibilidade de hospitalização, institucionalização, necessidade de reabilitação ⁽⁵⁾. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa explicita que os idosos acima de 75 anos são considerados frágeis, embora estejam em pleno vigor físico e mental.

Diante do exposto, torna-se imprescindível a identificação precoce do estado de saúde das pessoas idosas para que se possa promover a saúde dessa população, prevenir possíveis agravos e possibilitar, ainda, uma maior qualidade de vida durante a velhice. A fragilidade associada ao envelhecimento pode acarretar em diversos riscos de quedas, uma vez que provoca lentidão da marcha, fadiga, diminuição dos reflexos, dentre outros ⁽⁶⁾.

O medo de cair, principalmente após o evento de queda prévio, faz com que a pessoa idosa torne-se incapacitante e/ou tenha sua mobilidade física prejudicada ⁽⁵⁾. A identificação desses fatores poderá auxiliá-los a preveni-los, utilizando-se, sempre, do diálogo e dos demais recursos para manter, promover e recuperar a autonomia e a independência da pessoa idosa, tão preconizadas pela PNSPI ⁽¹⁾. Assim, “os esforços de diagnóstico e intervenção precoces



nos produtos do declínio normal e patológico do envelhecimento são, inquestionavelmente, uma importante questão de saúde pública”⁽⁶⁾.

Observa-se que o aumento da população idosa exige uma estrutura adequada e articulada do Sistema de Saúde, bem como a capacitação dos profissionais da saúde que prestam assistência, mas principalmente, dos enfermeiros. Deve-se primar pela autonomia e independência dos indivíduos em processo de envelhecimento, e para tal, faz-se necessário a utilização de instrumentos de avaliação da capacidade funcional dos mesmos. Estudos descrevem que o número de pessoas idosas dependentes tem sido elevado, com repercussões nos mais diversos níveis da sociedade. O sistema de saúde necessita estar preparado para dar resposta à procura crescente de cuidados de uma população com características diferentes⁽⁷⁾.

Para avaliação adequada das pessoas idosas propõe-se a avaliação funcional, baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF, criada pela Organização Mundial de Saúde. O objetivo geral da CIF é “proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados a ela relacionados”⁽⁷⁾.

Um estudo realizado no Alentejo, na localidade de Portugal, com um considerável número de idosos participantes e que foram submetidos aos elementos da CIF, investigou as funções do corpo, como as funções mentais globais, considerando orientação e sono; funções sensoriais; estruturas do corpo; atividades de participação; realizar a rotina diária; cuidar de parte do corpo; e cuidados relacionados ao processo de excreção. Constatou-se que após os 75 anos de idade, há uma relativa diminuição das potencialidades, favorecendo o aparecimento de dificuldades quanto à funcionalidade⁽⁷⁾. É imprescindível a identificação precoce do estado de saúde das pessoas idosas, promovendo a saúde principalmente naqueles com idade inferior aos 75 anos, prevenindo, assim, possíveis agravos e possibilitando maior qualidade de vida na velhice. Outro estudo realizado explicita que 10% das pessoas com mais de 65 anos apresentam dificuldade para realização das AVD e 40% apresenta dificuldades no que tange às atividades instrumentais de vida diária - AIVD⁽³⁾.

Com isso, frisa-se que o plano de ação dos profissionais de saúde/enfermeiros, em encontro com a PNSPI, deve se dar a partir da construção, após o levantamento de dados da comunidade idosa, de uma “pirâmide” para efetuar os cuidados. Na base desta pirâmide encontrar-se-ão àqueles indivíduos ativos, que dispõem de condições para realização das AVD



e assim sucessivamente, em que no ponto máximo da pirâmide estarão os idosos dependentes, que serão foco principal da atenção. A assistência será dispensada a toda população idosa, contudo, com diferentes focos. A avaliação das pessoas idosas permite ao enfermeiro e equipe multidisciplinar uma visão mais precisa acerca das condições de saúde, severidade de doenças e impacto das comorbidades ⁽³⁾.

Os profissionais de saúde/enfermeiros devem atuar na prevenção desses eventos, por meio de educação em saúde, conscientizando os indivíduos e seus familiares sobre as condições de risco e sobre as consequências das quedas. A triagem para identificação das pessoas em situações de risco para quedas pode ser efetuada através de realização dos diagnósticos de enfermagem. Por meio desses, é possível ter o conhecimento não só dos fatores de risco, mas também das respostas humanas, que irão contribuir para o cuidado individualizado e pertinente ⁽⁸⁾.

Portanto, considerando o envelhecimento populacional, torna-se importante a mobilização dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, para a atenção/assistência efetiva das pessoas idosas. As ações devem ser pautadas no perfil de cada comunidade, e para isso, mostra-se imprescindível o levantamento de dados e posterior utilização de instrumento de avaliação da funcionalidade, com vistas a promover, manter e recuperar a autonomia e independência das pessoas idosas. Além disso, prioriza-se o envelhecimento ativo, por meio da educação em saúde e da promoção da saúde, objetivando a melhoria da qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Após a leitura do texto acima, refletiu-se, então, acerca do papel da enfermeira no que tange à manutenção da funcionalidade em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Manter, promover e recuperar a autonomia e a independência das pessoas idosas consiste no papel da enfermagem, preconizado pela PNSPI. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais de saúde/enfermeiros disponham de conhecimento no que se refere ao processo de envelhecimento e métodos de avaliação da funcionalidade, como a CIF, com a finalidade de realizar estratégias efetivas e de impacto social relevante. Há necessidade, também, de capacitar esses profissionais para que uma melhor assistência seja prestada. O estudo demonstrou que as quedas constituem-se como importante fator que predispõe a perda



da funcionalidade e, conseqüentemente, a perda da autonomia e da independência, resultando em dificuldades para a realização das ABVD e AVD.

O papel da enfermagem concentra-se na instrumentalização dos indivíduos para o viver saudável, por meio do diálogo e da avaliação funcional, identificando e prevenindo os novos riscos para o evento de queda.

Os profissionais da enfermagem podem desenvolver ações que visam o mantimento da pessoa idosa ativa, com autonomia e com independência. Ainda, a contribuição social desta reflexão encontra-se em demonstrar a relevância do papel do enfermeiro frente ao cuidado à pessoa idosa, o qual deve ser dispensado em acordo com os princípios do SUS e com as diretrizes da PNSPI.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Constata-se a relevância do papel da enfermeira na manutenção da funcionalidade durante o processo de envelhecimento, uma vez que por meio dos diagnósticos de enfermagem e avaliação da funcionalidade é possível elaborar estratégias que promovam a manutenção, a promoção da saúde, a recuperação da autonomia e a independência da pessoa idosa. A assistência deve ser norteadas pelas diretrizes da PNSPI, contemplando os princípios do SUS.

A reflexão traz como contribuição social, explicitar a relevância do papel da enfermeira no cuidado à pessoa idosa, e salientar, também, a necessidade de obtenção de conhecimentos efetivos acerca dessa população e da política existente, com a finalidade de prestar uma assistência efetiva e de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Brasil. Portaria nº 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_2528.pdf. Acesso em: Set de 2014.
2. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes. Queda em Idosos:



prevenção. Org. Buksman S, Vilela ALS, Pereira SRM, Lino VS, Santos VH, 2008.

Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf Acesso: set. de 2014.

3. Santos SSC, Gautério DP, Vidal, Das, Rosa BMD, Zortea B, Urquia BS. (In)dependência na realização de atividades básicas de vida diária em pessoas idosas domiciliadas. Rev Rene. 2013; 14 (3) 579-87.

4. Libâneo JC. Reflexividade e formação de professores: outra oscilação do pensamento pedagógico brasileiro? In: GHEDIN, E. (Org). Professor reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito. São Paulo: Cortez, 2005. p. 53-79.

5. Moreira MA, Oliveira BS, Moura KQ, Tapajós DM, Maciel ACC. A velocidade da marcha pode identificar idosos com medo de cair? Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2013; 16 (1) 71-80.

6. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC. et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. Cad. Saúde Pública. 2013; 29 (4): 778-92.

7. Lopes MJL, Escovel A, Pereira DG, Pereira CS, Carvalho C, Fonseca F. Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013, 21(esp). 09 telas.

8. Santos SSC, Silva MED, Pinho LBD, Gautério, DP, Pelzer MT, Silveira RSD. Risco de quedas em idosos: revisão integrativa pelo diagnóstico da North American Nursing Diagnosis Association. Rev. esc. enferm. USP. 2012; 46 (5): 1227-36.



AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PESSOA IDOSA: INSERÇÃO E ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

PUBLIC POLICY FOR THE ELDERLY PEOPLE: INSERTION AND ACTUATION OF THE NURSE

Nidia Farias Fernandes Martins; Daiane Porto Gautério Abreu; Bárbara Tarouco da Silva; Eliel de Oliveira Bandeira; Juliana Piveta de Lima.

RESUMO: Objetivou-se refletir sobre inserção e atuação do enfermeiro frente às políticas públicas para a pessoa idosa. Ensaio teórico, realizado em dezembro de 2016, que utilizou na discussão dados de algumas políticas públicas para a pessoa idosa, publicações científicas brasileiras sobre as temáticas: políticas públicas, idoso e enfermagem, publicados nos últimos 10 anos, documentos, livros e outros materiais. Emergiram as seguintes categorias: “políticas públicas para a pessoa idosa no Brasil”, “inserção e atuação da enfermagem nas políticas públicas para a pessoa idosa”. O estudo permitiu conhecer as principais políticas públicas para o idoso, suas conquistas e desafios ainda não superados. O enfermeiro tem importância para consolidação e concretização das políticas, realizando ações, inserido nos ambientes em que atua, incluindo: cuidado integral na atenção básica, educação em saúde com os idosos e conscientização dos seus direitos, educação permanente, estudos e pesquisas, estímulo à intersetorialidade, e participação comprometida na construção das políticas públicas.

Descritores: Idoso. Políticas Públicas. Enfermagem.

ABSTRACT: The objective was to reflect on the insertion and performance of nurses in relation to public policies for the elderly. Theoretical essay, conducted in December 2016, which used in the discussion data of some public policies for the elderly, Brazilian scientific publications on the topics: public policies, elderly and nursing, published in the last 10 years, documents, books and other materials. The following categories emerged: "public policies for the elderly in Brazil", "insertion and actuation of nursing in public policies for the elderly". The study allowed to know the main public policies for the elderly, their achievements and



challenges still not overcome. The nurse is of fundamental importance in the consolidation and concretization of the policies, being able to carry out actions inserted in the diverse environments in which it operates, including: integral care in basic care, health education with the elderly and awareness of their rights, permanent education, studies and research, Stimulus to intersectoriality, and committed participation in the construction of public policies.

Descriptors: Aged. Public policies. Nursing.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que vem crescendo significativamente no Brasil. A proporção de idosos de 60 anos ou mais de idade, que era de 9,7% em 2004, passou para 13,7% em 2014. Indicadores sociodemográficos mostram a forte tendência de aumento da proporção de idosos na população: em 2030, será de 18,6% e, em 2060, de 33,7%, o que significa que a cada três pessoas, uma será idosa no Brasil¹. De acordo com a Política Nacional do Idoso² e com o Estatuto do Idoso³ são consideradas idosas as pessoas com 60 anos ou mais.

Os principais determinantes dessa acelerada transição demográfica no Brasil são a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida. Outros fatores responsáveis pela longevidade são os grandes avanços tecnológicos e progresso científico, que são capazes de prolongar cada vez mais a vida humana⁴.

Apesar de o envelhecimento populacional ser amplamente reconhecido como uma das principais conquistas sociais do século XX, reconhece-se, também, que este traz grandes desafios. O envelhecimento pode gerar impacto positivo na economia, pois a ideia é que se reduzam as aposentadorias precoces, permanecendo cada vez mais o idoso no mercado de trabalho. Para isso, torna-se necessário a adequação dos serviços de saúde, pois o envelhecimento acarreta o aumento de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNTs), bem como o aumento de idosos com dependências funcionais e incapacidades^{1,4}.

Para isso, têm-se como desafio o desenvolvimento de políticas públicas para a pessoa idosa, que tem sido destaque na organização de agendas internacionais de saúde e assistência social, para atender às necessidades emergentes desse grupo populacional⁵. As políticas



públicas surgem como forma de conciliar o conhecimento acadêmico e científico, e podem ser definidas por conjuntos de ações governamentais com a intenção de influenciar, alterar, regular o comportamento e a vida dos cidadãos no seu meio individual ou coletivo, produzindo então efeitos específicos. Elas são enfatizadas na resolução de problemas⁶.

O enfermeiro, que tem como essência do seu trabalho o cuidado, tem contato direto com pessoas idosas nos mais diversos ambientes de trabalho em que atua, seja na atenção básica, ambulatorios, no hospital ou em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Em função disso, os enfermeiros têm papel fundamental na atuação e na consolidação dessas políticas públicas, sendo agentes viabilizadores de efetivação das mesmas, tendo a oportunidade de realizar diversas ações, principalmente relacionadas à saúde e educação⁷.

Compreender que assistência de saúde ao idoso exige dos serviços de saúde e também dos enfermeiros uma qualificação diferenciada, porque são estes profissionais que estão na “linha de frente” do cuidado a esta clientela, e por isso tem a necessidade de conhecer as políticas públicas e atuar se embasando nelas. Diante do exposto, emerge a necessidade de discutir qual o papel do enfermeiro frente às políticas públicas para a pessoa idosa no Brasil, justificando-se a realização deste estudo.

OBJETIVO

Refletir sobre inserção e atuação do enfermeiro frente às políticas públicas para a pessoa idosa.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um ensaio teórico, realizado durante a realização de uma disciplina em um programa de pós-graduação em enfermagem de uma universidade do sul do Brasil, no mês de dezembro de 2016. Para atingir seu objetivo, utilizou-se na discussão dados de algumas das Políticas Públicas para a pessoa idosa: Constituição Federal de 1988, Política Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, entre outros documentos.

Para embasar a discussão, foram utilizadas ainda algumas publicações científicas brasileiras, que relacionavam a temática: políticas públicas, idoso e enfermagem. Os artigos foram captados através de pesquisa em bases de dados através da Biblioteca Virtual em



Saúde, que fossem nacionais e publicados nos últimos 10 anos. Também foram utilizados livros e outros materiais relacionados à temática.

A partir do objetivo proposto, emergiram as seguintes categorias a serem discutidas: “políticas públicas para a pessoa idosa no Brasil”, tendo como marco a Constituição Federal de 1988; e “inserção e atuação da enfermagem nas políticas públicas para a pessoa idosa”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Políticas públicas para a pessoa idosa no Brasil

Já na Constituição Federal de 1988, o idoso é reconhecido como portador de benefícios. Ela determina, em seu artigo 230, como dever da família, da sociedade e do Estado o amparo à pessoa idosa, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida⁸.

A constituição Federal também introduz a seguridade social como um marco de benefício às pessoas idosas, como direito de cidadania, proteção do cidadão e de seu grupo familiar, quando da materialização das situações de risco de saúde, perda de capacidade laborativa e necessidades econômicas, estabelecendo diversos benefícios concedidos à essa parcela da população⁸.

Para os idosos, a Previdência Social possui papel social fundamental através do pagamento de seus benefícios. A maior parte da renda de um idoso provém da aposentadoria e/ou da pensão paga pela Previdência. À previdência Social cabe o atendimento às necessidades básicas da população, como a proteção social no caso de acidentes de trabalho e invalidez, sendo a aposentadoria o principal benefício previdenciário. A aposentadoria tem como critérios de elegibilidade a idade avançada e a invalidez. No caso da idade avançada, esta é combinada com um tempo mínimo de contribuição exigido⁴.

A Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada através da Lei nº 8.842 de 1994 e aprovada em 1996, tem o objetivo de assegurar os direitos sociais e amparo legal dos idosos, promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Objetiva atender às necessidades básicas da população idosa, bem como atribui competências a diversos órgãos e ministérios quanto à criação de programas compatíveis e integrados. Além disso, prioriza a família no cuidado ao idoso².

Na área da saúde, a PNI é um marco quanto à assistência garantida dos idosos pelo



Sistema Único de Saúde (SUS) com a hierarquização do atendimento partindo da Atenção Básica (AB), a ampliação das áreas de atendimento especializadas em geriatria e gerontologia, o incentivo à estudos e pesquisas, o estímulo a participação do idoso no controle social do SUS, dentre outros aspectos².

Em 1999, é anunciada a Política Nacional de Saúde do Idoso, tendo dois eixos norteadores: medidas preventivas com especial destaque para a promoção da saúde e atendimento multidisciplinar específico para a população idosa. Esta foi consequência do entendimento de que os altos custos envolvidos no tratamento médico dos pacientes idosos pelo SUS não estavam resultando no real atendimento das suas necessidades específicas⁹.

Já em 2002, é criado o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, e posteriormente o Estatuto do Idoso, que foi uma iniciativa inovadora na garantia dos direitos, deveres e medidas de proteção para as pessoas idosas, fruto de forte mobilização da sociedade³.

O estatuto conta com 118 artigos sobre diversas áreas dos direitos fundamentais, abrangendo as dimensões: direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à alimentação, à saúde e à convivência familiar e comunitária, incluídas as necessidades de proteção dos idosos e sanções penais e administrativas no caso do descumprimento dos seus direitos, acesso à justiça e crimes. Além de incluir leis e políticas já aprovadas, incorpora novos elementos e enfoques, dando um tratamento integral ao estabelecimento de medidas destinadas a proporcionar o bem-estar dos idosos³.

Apesar de publicado, o cumprimento e o respeito ao Estatuto dependem da cobrança organizada da sociedade civil, com especial destaque ao idoso. É preciso reivindicá-lo em todos os espaços sociais, com participação ativa do idoso pela melhoria de sua própria condição de vida³.

Em 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde, a qual agrega três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. O Pacto em Defesa da Vida traz como uma das prioridades a atenção à saúde do idoso, no qual é afirmada a necessidade de enfrentamento dos desafios impostos pelo envelhecimento⁹.

Em 2006, a Saúde reformula a Política Nacional de Saúde do Idoso, a partir de amplo debate envolvendo os principais atores do campo e lança a Portaria Nº 2.528 de 2006 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Essa política assume que o principal problema que pode afetar a pessoa idosa, em consequência da evolução de suas



enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional – perda das habilidades físicas e mentais necessárias à realização de suas atividades básicas e instrumentais diárias⁹.

A PNSPI tem como finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”^{9:3}. Cabe a todos os gestores do SUS, de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito da PNSPI⁹.

As diretrizes da PNSPI são a promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, estímulo à ações intersetoriais, provimento de recursos, estímulo à participação e fortalecimento do controle social, formação e educação permanente de profissionais, divulgação e informação sobre a PNSPI, promoção de cooperação nacional e internacional e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas⁹.

Os principais avanços da PNSPI, consistem na incorporação do conceito de envelhecimento ativo, preconizado pela Organização Mundial da Saúde, na desmistificação da velhice, na valorização da participação dos idosos na vida social e intergeracional. Além disso, essa política permitiu diversas estratégias, como a caderneta de saúde da pessoa idosa, o caderno de atenção básica sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa, e a criação de programas de educação permanente, atenção domiciliar, acolhimento, assistência farmacêutica e atenção hospitalar diferenciada, entre outras⁹.

Por fim, o relatório mundial sobre envelhecimento e saúde¹⁰, traz uma visão sobre as especificidades de cada pessoa idosa, em que há fatores individuais (como hábitos de vida, mudanças relativas à idade, genética, doenças) e ambientais (como a moradia, tecnologias de apoio, equipamentos, transporte) que influenciam a saúde na velhice, devendo, portanto, ser levados em consideração. Também traz a importância de haver uma mudança na forma como se vê e pensa o envelhecimento e as pessoas idosas, a criação de ambientes favoráveis aos idosos, e o cuidado integral e de longa duração, levando em conta as necessidades individuais de cada idoso, propiciando o envelhecimento ativo e saudável.

Muitas foram as conquistas através destas políticas, pois percebe-se que o idoso vêm ganhando cada vez mais espaço na sociedade, ganhando seu papel de destaque. Isso demonstra que fatores como “autonomia, independência, integração e participação”, citados



nestas políticas, estão sendo lentamente alcançados. Em contrapartida, ainda há muitos desafios a serem alcançados nas políticas, e um dos principais é a implementação prática dessas políticas, para que se façam valer no cotidiano das pessoas idosas.

Inserção e atuação da enfermagem nas políticas públicas para a pessoa idosa

A enfermagem tem o dever de assistir as pessoas idosas com dignidade, igualdade e respeito, cabendo ao enfermeiro ser um agente intermediador entre a legislação, o idoso e a sociedade⁷. Nesse sentido, emerge a necessidade de planejamento das ações, levando em conta as especificidades das pessoas idosas.

O enfermeiro, primeiramente, tem o dever de utilizar-se do Processo de Enfermagem, atividade privativa da profissão que tem como objetivo o cuidado sistematizado ao ser humano¹¹. A partir dele, poderá imergir no histórico e nas necessidades específicas de cada idoso, podendo propor intervenções nos mais diferentes cenários de atuação com pessoas idosas.

Pautado no Estatuto do Idoso, enfermeiro também tem o dever de conscientizar as pessoas idosas sobre seus direitos, favorecendo a sua participação ativa nas políticas públicas e incentivando a cidadania e capacidade de decisão e ação, o que é discutido em vários estudos^{5,7}. Isso favorece o desenvolvimento da autonomia e independência, e também a participação no controle social, preconizados, na PNSPI e no documento da OMS sobre o envelhecimento⁹⁻¹⁰.

Ainda relacionado ao Estatuto do Idoso, Como integrante da área de saúde, o enfermeiro também possui responsabilidade direta no cumprimento do item relacionado ao direito à saúde. Por isso, deve assegurar a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe acesso universal e igualitário⁷.

A PNSPI⁹ define que a atenção à saúde do idoso terá como porta de entrada a AB, que é o contato preferencial dos usuários e idosos com os sistemas de saúde. Ela orienta-se através dos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social¹².

A Política Nacional de Atenção Básica¹² foi aprovada pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, e caracteriza a AB “por um conjunto de ações de saúde, no âmbito



individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”^{12:19}. A AB está fundamentada na prática do trabalho em equipe, e desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, e dirigidas a populações de territórios bem definidos¹².

Nesse contexto, a Saúde da Família é a estratégia prioritária para a organização da AB e estruturação do sistema de saúde. A Saúde da Família trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela adstrita, na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais¹².

A atenção à saúde da pessoa idosa na AB deve considerar diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares, a história clínica e o exame físico. Na AB espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, uma atenção interdisciplinar humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer a facilidade do acesso, com intervenções que promovam o envelhecimento ativo e uma vida saudável¹³.

O trabalho da equipe de AB e Saúde da Família deve promover ao máximo a autonomia da pessoa idosa frente às suas necessidades, propiciando boas condições para a melhoria da sua qualidade de vida. Nesse contexto, o enfermeiro realiza ações específicas direcionadas à saúde da pessoa idosa: atenção integral à pessoa idosa, assistência domiciliar, consulta de enfermagem, supervisão e coordenação do trabalho dos ACS e equipe de enfermagem, atividades de educação permanente e interdisciplinar com os demais membros da equipe, e orientação do idoso ou familiar/cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos¹³.

A consulta de enfermagem, as atividades em grupo, as visitas domiciliares e o acompanhamento dos idosos com demais membros da equipe são atividades que mais são desenvolvidas por enfermeiros com idosos na Atenção Básica¹⁴. Durante todas essas atividades, é fundamental que o enfermeiro esteja pautado nos princípios e diretrizes das políticas públicas para a pessoa idosa.

Nesse sentido, as práticas de educação em saúde também se constituem como



instrumento importante para trabalhar com a pessoa idosa, na AB devendo estar presente em todas as atividades do enfermeiro. Para que essas atividades e ações que são realizadas sejam efetivas, o enfermeiro e demais profissionais de saúde utilizam-se principalmente da educação em saúde como ferramenta para concretizar as orientações e cuidados com os idosos preconizados nas políticas, possibilitando também, que os mesmos conheçam as políticas públicas e lutem por sua consolidação.

Dentro da educação em saúde, o enfermeiro pode realizar atividades de promoção e prevenção, visando a diminuição das DCNTs e a manter a capacidade funcional, tendo em conta que aproximadamente 75% dos idosos vivem de forma autônoma e independente, o que é preconizado por uma das diretrizes da PNSPI⁵.

Outro aspecto que contém nas diretrizes da PNSPI e é primordial para a consolidação das políticas públicas é a educação permanente dos profissionais e a capacitação de recursos humanos para a gerontologia e geriatria¹⁵. O enfermeiro deve incluir, nas atividades de capacitação e educação permanente, todos os aspectos que englobam o cuidado ao idoso e sua família, os fatores que interferem no estado de saúde dos idosos, bem como as políticas públicas para a pessoa idosa^{7,9}.

Nesse processo de educação permanente e capacitação, o enfermeiro e demais profissionais devem ser conhecedores da realidade social e de saúde desse estrato populacional, das tecnologias existentes, dos recursos disponíveis e dos dispositivos legais como instrumentos facilitadores para o desenvolvimento de ações de saúde¹⁵.

Os estudos e pesquisas em enfermagem geriátrica e gerontológica, também é outro aspecto priorizado pelas diretrizes da PNSPI. Verifica-se que os mesmos têm sido realizados na área da enfermagem, através da cooperação de docentes, estudantes e pesquisadores de várias universidades, das atividades desenvolvidas nas Jornadas Brasileiras de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através do debate de temas prioritários em envelhecimento, e o desenvolvimento de ações de ensino e pesquisa⁷.

Outro aspecto importante no que tange às políticas públicas para as pessoas idosas é a articulação intersetorial. As políticas para idosos pressupõem ações tanto de saúde quanto de assistência e de educação, para que haja mais equilíbrio entre os diferentes tipos de intervenção, de forma a melhorar o acesso, a saúde e a qualidade de vida dessa população. A



prática de políticas intersetoriais devem favorecer ações coletivas entre os diversos setores governamentais¹⁵.

Para tanto, o enfermeiro deve promover ações que favoreçam a participação de diversos setores, como a educação, cultura, esporte e lazer, judiciário, secretarias, associações, fundações, entre outros. O estímulo à participação social e cidadã das pessoas idosas como pilar dessas ações também é primordial.

Por fim, a enfermagem deve se inserir cada vez mais na participação da construção e da elaboração das políticas públicas no Brasil, visto que é uma profissão holística, e comprometida com o cuidado integral da pessoa idosa, inserida no contexto do sistema de saúde pública. Além disso, essa participação consolida a profissão em uma atividade política, trazendo poder e status para a enfermagem.

Percebe-se que o enfermeiro se insere e atua em diversos seguimentos das políticas públicas, e que é um dos profissionais mais fundamentais na concretização prática dessas políticas. Ainda restam muitos desafios, pois a insipiência de redes e a não oferta de alguns serviços de cuidados a essa população, acabam por deixar lacunas⁵.

Outro aspecto que dificulta a implementação dessas políticas é a fragmentação que se tem em programas e políticas de saúde, e inclusive no SUS, que acaba ferindo, de certa maneira, o princípio de integralidade, quando divide a atenção em diversos “setores. É necessário integrar as políticas e as ações, bem como toda a rede de atenção, articulando a população, a sociedade e as esferas do governo e manter diálogo constante sobre as reais necessidades dos idosos.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu conhecer as principais políticas públicas para a pessoa idosa, e perceber que o idoso foi conquistando seu espaço na sociedade, como cidadão de direitos, e o envelhecimento populacional foi sendo visualizado como prioridade em diversas áreas, incluindo a saúde, a educação e a previdência social.

Apesar dos desafios impostos, é dever do enfermeiro como profissional da saúde comprometido com a ética, atuando pela saúde e o bem-estar da população, estar sempre pautado no âmbito das políticas públicas, lutando para que estas sejam cada vez mais aperfeiçoadas e efetivadas.



CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O enfermeiro tem importância fundamental na consolidação e concretização práticas dessas políticas, podendo realizar diversas ações inserido nos mais diversos ambientes em que atua. Ter conhecimento das políticas, conscientizando as pessoas idosas dos seus direitos, planejando ações específicas, atuando de acordo com os princípios e diretrizes da atenção básica no cuidado integral e interdisciplinar, promoção e proteção da saúde, educação permanente, realizando estudos e pesquisas, promovendo articulações intersetoriais e participando na construção e elaboração das políticas.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2015. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
2. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União; 1994.
3. Brasil. Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União; 2003.
4. Camarano AA, Kanso S, Fernandes D. Menos jovens e mais idosos no mercado de trabalho? In: Camarano AA. Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: IPEA. 2014; 377-406.
5. Fernandes MTO, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46 (6): 1494-502.
6. Souza C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: Hochman G, Arretche M, Marques E. Políticas públicas no Brasil. P. 65-86. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.



7. Rodrigues RAP, Kusumota L, Marques S, Fabrício SCC, Rosset-Cruz I, Lange C. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. *Texto contexto - Enferm.* 2007; 16 (3): 536-45.
8. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
9. Brasil. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. *Diário Oficial da União*; 2006.
10. Organização Mundial da Saúde. *Resumo do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*; 2015.
11. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. 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. São Paulo; 2009.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa* Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
14. Gautério DP, Santos SSC. Ações desenvolvidas pelos enfermeiros com idosos atendidos na Atenção Básica: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE on line.* 2013; 7(spe): 4875-83.
15. Martins JJ, Schier J, Erdmann AL, Albuquerque GL. Políticas públicas de atenção à saúde



do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2007; 10(3): 371-87.



ESTRATÉGIAS DE CUIDADOS COM OS PÉS POR PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

STRATEGIES OF CARE WITH FEET OF PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS

Juliana Corrêa Lopresti; Fabiane Ferreira Francioni; Prisciane Cardoso Silva; Suelen Gonçalves de Oliveira.

RESUMO: Pesquisa do tipo descritivo-exploratória com abordagem qualitativa, que teve como objetivo conhecer como as pessoas com diabetes mellitus realizam o cuidado com os pés, no sentido de prevenção das ulcerações do pé diabético. A coleta de dados foi realizado com 21 pessoas acompanhadas no ambulatório do Centro Integrado de Diabetes de um Hospital Universitário da região sul do Rio Grande do Sul. Utilizou-se como instrumentos a entrevista semi-estruturada e a ficha prática de avaliação dos pés. A análise de dados foi realizada por análise de conteúdo de Bardin. O estudo revelou que os sujeitos possuem disposição para o autocuidado com os pés, porém na prática cuidados importantes não eram executados ou eram feitos de forma errônea, também evidenciou a necessidade de estimular as pessoas com diabetes mellitus para a incorporação de práticas adequadas de cuidado com os pés, através da melhoria dos conhecimentos e sensibilização quanto à importância desses cuidados.

Descritores: Enfermagem. Autocuidado. Pé Diabético.

ABSTRACT: A descriptive-exploratory type study with a qualitative approach, aimed at understanding how people with diabetes mellitus perform foot care in the prevention of diabetic foot ulcerations. Data collection was performed with 21 people followed up at the outpatient clinic of the Integrated Diabetes Center of a University Hospital in the southern region of Rio Grande do Sul. The semi-structured interview and the practical evaluation of the feet were used as instruments. Data analysis was performed by Bardin content analysis. The



study revealed that the subjects had a disposition for self-care with the feet, however in practice important care was not performed or was done in an erroneous way, also evidenced the need to stimulate people with diabetes mellitus to incorporate appropriate care practices with Improving awareness and awareness of the importance of such care.

Descriptors: Nursing. Self-care. Diabetic Foot.

INTRODUÇÃO

Dentre as doenças crônicas degenerativas com índices elevados de morbimortalidade, o Diabetes Mellitus (DM), vem se destacando como um importante problema de saúde pública. Isso porque a cada ano sua incidência aumenta na população mundial, gerando gastos onerosos com tratamento e consequente arrefecimento da qualidade de vida das pessoas que sofrem dessa enfermidade¹.

No Brasil 11% da população acima de 40 anos é portadora de diabetes tipo II, este percentual representa cerca de 5 milhões de pessoas em todo país. O sudeste demonstra ser a região brasileira que maior apresenta adultos com idade igual ou acima de 18 anos com diagnóstico médico referido para diabetes, sendo 5,8% de sua população, destacando a baixa escolaridade com 7,5% e o sexo feminino com 6,1%².

O aumento da urbanização, da expectativa de vida e dos maus hábitos como o sedentarismo, a dieta inadequada e a obesidade influenciam diretamente na incidência e prevalência do DM no mundo, frente a isso tem sido caracterizada na literatura atual como o “mal do século”³.

Estima-se que em 2030, 300 milhões de indivíduos sejam acometidos pelo diabetes no mundo. O DM exerce grande impacto na expectativa e na qualidade de vida, redução da produtividade no trabalho e aposentadoria precoce. É também a primeira causa de hospitalizações e amputação não traumática de membros inferiores^{3,4}.

É válido salientar que as taxas hiperglicêmicas na maioria das vezes levam ao surgimento precoce de complicações como a retinopatia, a nefropatia, doença vascular periférica e neuropatia⁴. As pessoas com diabetes mellitus apresentam uma série de alterações metabólicas, vasculares e neuropáticas que favorecem, também, o surgimento de uma complicação crônica bastante comum, o pé diabético⁵.



Diante da gama das complicações do DM, esta é uma das mais desafiadoras para os profissionais de saúde, e para os próprios portadores da doença, visto que as consequências do pé diabético podem ser dramáticas para a vida do indivíduo, desde feridas crônicas até amputações dos membros inferiores^{1,3}.

É primordial a disseminação do conceito de que pé diabético é um estado fisiopatológico de base etiopatogênica neuropática, induzida pela hiperglicemia sustentada, em que, com ou sem coexistência de doença arterial periférica, e com prévio traumatismo desencadeante, se produz úlceras e/ou destruição de tecidos profundos que surgem nos pés do portador de diabetes¹.

Frente ao exposto, é possível afirmar que a adoção de medidas simples no cuidado com os pés e no controle eficaz do DM contribui para a prevenção desta complicação⁶. Porém, é necessário que o indivíduo possua um conhecimento sobre o autocuidado com os pés que reflita na realização do mesmo, tendo como consequência a redução do risco de desenvolvimento de ulcerações⁷.

Frente à problemática das complicações do pé diabético, e à aproximação com a assistência a portadores de DM, durante as atividades teórico-práticas da residência multiprofissional, enquanto enfermeira, me foi despertado o interesse no estudo sobre como se dá o cuidado com o pé pelas pessoas com DM, no sentido da prevenção da úlcera do pé diabético.

É válido salientar que cabe aos profissionais de enfermagem a função de cuidar, orientar e acompanhar os clientes portadores de diabetes mellitus sobre a importância do cuidado com os pés, através da abordagem educativa utilizando ferramentas da educação em saúde, bem como o exame periódico dos pés nas consultas de enfermagem⁸.

Assim torna-se importante identificar as estratégias utilizadas pelas pessoas com diabetes mellitus para o cuidado com os pés, permitindo ao enfermeiro, incentivar e estimular uma postura ativa e participante no autocuidado, tendo em vista que para a prevenção de complicações nos membros inferiores é fundamental a presença tanto do conhecimento quanto do comportamento para o cuidado com os pés⁹.

OBJETIVO



Conhecer como as pessoas com diabetes mellitus realizam o cuidado com os pés.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória, realizado com 21 pessoas portadoras de diabetes mellitus acompanhadas ambulatorialmente no Centro Integrado de Diabetes (CID), setor este alocado na Ala Azul do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr (HU-FURG), o qual se localiza na cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul.

Constituíram-se como critérios de inclusão: ser pessoa portadora de diabetes mellitus tipo I ou II, ter mais de dezoito anos e conhecer seu diagnóstico há mais de 3 anos. Foram excluídas do estudo as pessoas que não participavam do atendimento ambulatorial do pé diabético com a equipe de enfermagem do setor e com diagnóstico de DM inferior a 3 anos, ou amputação de membros inferiores. Foi suposto que a falta de vínculo com a equipe, bem como a condição de ausência dos membros inferiores, seriam barreiras para responder de maneira satisfatória as questões do estudo.

A coleta foi realizada durante os meses de novembro e dezembro de 2016, e janeiro de 2017. Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados, sendo o primeiro a entrevista semi-estruturada e o segundo a aplicação e a análise da ficha prática de enfermagem de avaliação dos membros inferiores. As consultas de enfermagem foram o espaço para toda coleta de dados, e a mesma ocorreu em um consultório no CID, o que garantiu a privacidade necessária para que as entrevistas fossem realizadas. Este espaço foi utilizado pois era o campo de atuação enquanto residente de enfermagem.

Antes de iniciar as consultas de enfermagem, era verificado no prontuário do cliente os critérios de inclusão. Em caso de encaixe, dava-se início as consultas conforme rotina do setor. Ao final, era explicado o objetivo e a finalidade da pesquisa, e logo após foram convidados a participar de mesma. Nos casos de aceitação, as entrevistas tiveram início após a leitura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e concordância com o mesmo, ficando, após coleta de assinatura, a posse de uma via deste documento com a pesquisadora e outra com o sujeito.

As entrevistas foram gravadas por meio de dispositivo de áudio e posteriormente transcritas. Os dados foram analisados de acordo com o referencial proposto para análise de



conteúdo¹⁰ obedecendo às seguintes etapas: reunião do *corpus* de análise, realização de leitura flutuante dos achados, realização de leitura aprofundada a fim de constituir categorias de análise, e, análise interpretativa das categorias e discussão com a literatura pertinente. Os fragmentos dos depoimentos que fazem parte dos resultados do estudo foram identificados pela inicial “P” seguida do número correspondente à ordem de realização das entrevistas, por exemplo (P1, P2, P3...).

Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/12¹¹. O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS/ FURG) e aprovado com o parecer nº 142/2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por se tratar de um estudo de abordagem qualitativa, os resultados serão apresentados em conjunto com o processo interpretativo e discussão através da literatura que fundamenta a pesquisa. Destaca-se também a presença de recortes dos depoimentos dos participantes, visto o auxílio à compreensão dos achados, tornando visível a concepção e as expressões dos depoentes. Os resultados da pesquisa foram subdivididos em três categorias, porém os resultados apresentados neste trabalho referem-se a um recorte da categoria intitulada **“Gerenciamento do cuidado com os pés realizado por pessoas com diabetes mellitus”**.

Com a intenção de atender os objetivos da pesquisa, os sujeitos entrevistados foram questionados sobre as estratégias para o cuidado com os pés.

A maior parte dos indivíduos descreveu como condutas para o cuidado com os pés a inspeção diária, higiene e realização da secagem dos pés, hidratação com a utilização de cremes e corte das unhas. Porém identificou-se que as práticas dos cuidados não eram realizadas de maneira correta.

“Eu olho todos os dias depois do banho [...] Eu cuido pra ver se não tem rachadura [...] Eu seco bem no meio do dedo, não deixo ficar molhado. Uso um cremezinho depois que tomo banho, aí passa no calcanhar, dos dedos e nos lados” P15

“Ah eu lavo bem com sabonete [...] depois seco e depois [...] passo



hidratante nos pés [...] eu olho por que eu tomo banho todos os dias e a gente tem que examinar” P06

“Ah eu procuro olhar no meio dos dedos, frieiras, machucados também [...]” P11

“Olho todos os dias! Tomo banho, lavo bem os pés, depois examino pra ver se não tem [silêncio] se não tem algum sintoma, [...] O creme eu passo depois que tomo banho, seco bem os pés e passo” P07

A análise dos dados mostrou que a inspeção dos pés é realizado diariamente e após o banho, e tem como objetivo a identificação da presença de alterações na pele e lesões traumáticas. Esta análise demonstra uma disposição satisfatória para executar o autoexame dos pés, porém a inspeção revela-se centrada somente na busca de traumas e micoses e rachaduras. Acredita-se que este fato é resultado da ideia, e não de um conhecimento formal acerca do tema, de que essas condições estão intimamente ligadas a ocorrência infecção e possível surgimento de feridas.

Neste cenário, destaca-se que o enfermeiro enquanto agente educador assume importância central na educação em saúde para os indivíduos com DM, tendo em vista o emponderamento das pessoas para a prática do cuidado diário e adequado com os membros inferiores, e a partir disso prevenir a ocorrência de feridas nos pés.

Em relação a higiene dos pés, os sujeitos afirmam realizar todos os dias durante o banho, porém este processo não foi descrito detalhadamente, assim não fica claro se está sendo feito corretamente. O enfermeiro sempre deve ressaltar a importância deste cuidado, enfatizando que a higiene dos pés deve ser realizada diariamente com muito cuidado, utilizando sabonete neutro, sem friccionar, enxaguando e removendo todo resíduo de sabonete ou sujeira¹.

No que se refere a secagem dos pés, as pessoas mencionaram o hábito de secar os pés após o banho, enfatizando os espaços entre os dedos. Este fato é satisfatório ao gerenciamento do cuidado com os pés, pois a literatura aponta que deve-se secar bem os pés com uma toalha macia, principalmente entre os dedos, sem friccionar^{1,4}. A não realização da secagem pode



propiciar a formação de um ambiente úmido, que associada a outros hábitos inadequados como a utilizar a mesma meia durante vários dias, pode acarretar no surgimento das frieiras e a proliferação de micro-organismos⁷.

Nesta vertente é importante destacar que uma das principais portas de entrada das infecções agudas são através de micoses interdigitais e ungueais, e podem gerar dede simples hematomas e necroses superficiais até abscessos e lesões infecciosas osteoarticulares graves caso não tratadas corretamente^{1,7}.

No que tange a hidratação dos pés, foi possível identificar que essa conduta é atrelada ora ao fato dos pés apresentaram ressecamento intenso e rachaduras, e ora para a prevenção dessas características. Segundo a literatura, a xerodermia, ou pele seca, é provocada frequentemente pela neuropatia diabética e, por comprometer a elasticidade natural da pele, predispõe os pés à fissuras¹.

Também observou-se a leitura errônea do cuidado em relação a hidratação dos pés, com mostram os trechos a seguir.

“Meu pé é super seco e uso creme, bastante creme, mas mesmo assim ele é seco. Eu acabo secando e passando creme em tudo” P09

“Esfrego bem o pé [...] e seco bem. Às vezes passo creme nos pés também, passo entre os dedos, em baixo, em todo o pé” P21

O enfermeiro precisa estar atento a essas condutas e realizar as orientações corretas afim de aprimorar o autocuidado das pessoas com DM. Deve-se orientar ao cliente que o momento após o banho e a secagem dos pés é o mais oportuno para massagear as pernas e pés com creme hidratante apropriado, ou indicado pela equipe multidisciplinar, somente na planta e dorso dos pés, evitando os espaços interdigitais, no intuito de evitar o aparecimento de micoses¹.

Quanto ao cuidado com as unhas dos pés, a análise dos dados mostrou que parte das pessoas possuem o conhecimento adequado quando ao corte das unhas e o aplicam na prática, garantindo o cuidado ideal com as unhas dos pés.



“Eu mesmo lixo, eu mesmo corto as unhas [...] com o cortador, quadradinha” P10

“Eu corto com cortador e procuro não arredondar ela” P11

“A moça que faz corta quadrada [...] ela faz pra não encravar” P16

A literatura aponta que as unhas devem ser cortadas sempre retas, pois o corte inadequado pode predispor um quadro de unha encravada. Esta última, também chamada de onicocriptose, se caracteriza quando a borda da unha cresce e entra na pele do dedo podendo ocasionar dor, vermelhidão e inchaço ao redor do dedo acometido. Quando associado a infecções o uso incorreto de calçados pode resultar em uma ferida, daí a importância do cuidado com o corte ideal³.

Em contrapartida, encontrou-se que as pessoas conhecem o cuidado ideal porém há a banalização desse tipo de cuidado, como mostram os trechos

“As unhas agora eu nem corto mais por que eu fazia horrores né [risos] eu queria cortar os cantinhos, quando via arrancava, daí saía sangue, agora eu já não faço mais [...] eu já deixo pra quando eu for fazer o pé, aí ela corta lá” P03

“Ah eu cortava com canivete, mas ela disse que é perigoso. Mas a minha usa é grossa, como eu vou cortar? [...] Podia ser um canivetezinho bem afiado procurando a não cortar os dedos [risos]” P07

“Eu pego um alicate e boto numa bacia de água morna com um pouquinho de omo” P20

É importante que o enfermeiro esclareça sobre os riscos de infecções associados com a remoção de pele e cutículas, bem como sobre os cuidados que incluem a observação de



alterações no aspecto se as unhas estão grossas e amareladas, se há fissuras e/ou estão quebradiças, pois essas alterações levantam a suspeita da ocorrência de onicomicose. Quanto a unha encravada, é preciso avaliar a necessidade de correção e orientar que não tente corrigir o problema sozinho, deve-se procurar um profissional especializado, como o podólogo¹.

Frente ao exposto, verifica-se a necessidade de estimular as pessoas com diabetes mellitus para a incorporação de práticas adequadas de cuidado com os pés, sensibilizando-os quanto a importância desses cuidados.

De acordo com o manual do pé diabético¹ as medidas de autocuidado necessário são: examinar os pés diariamente, incluindo a área entre os dedos, e se necessário pedir ajuda ao familiar ou usar espelho; lavar os pés diariamente, com água morna e sabão neutro, seguida da secagem cuidadosa principalmente nos espaços interdigitais; após lavar os pés, usar um creme hidratante mas não passar entre os dedos; o corte das unhas deve ser em linha reta, não remover calos ou unhas encravadas pois devem ser avaliados por profissional especializado.

O manual ainda desataca uma questão, não menos importante, que é o uso de calçados adequados para prevenção de úlceras do pé diabético. As medidas são não andar descalços, sempre utilizar meia de preferência de algodão, sem elástico e sem costuras; nunca usar calçados fechados sem meias; dar preferência aos que não apertem e sem costuras irregulares; antes de calçar deve-se inspecionar o interior do sapato a procura de objetos que possam machucar os pés; em casos de bolhas, calosidades, rachaduras e feridas, ou em caso de dúvidas a pessoa com DM deve procurar a equipe de saúde mais próxima.

Em relação a este tema, foi questionado aos participantes da pesquisa quais eram as estratégias utilizadas para evitar de machucar os pés.

Os resultados mostraram que as pessoas tem como principais estratégias não andar descalços, bem como a utilização de calçados fechados e adequados.

“Ah eu não ando de pé descalço, não ando muito de chinelo [...] eu sou muito de calçado fechadinho, cuido muito!” P16

“Procurou usar sapato adequado. Tenho menos sapatos pra poder usar só os adequados, esses flex [...] uso sempre aqueles tênis de tecido, não uso couro sintético não! É só com tecido pro pé respirar e não



machucar” P01

“Uso só calçado baixo e esse tipo abotinado. Se for botas eu compro um numero a mais. Não uso muito esse calçado que é de bico fino por que eu acho [silêncio] aí pisa mesmo né” P10

“Não uso sapato de bico fino. Só os chinelinhos, e não é dedo! Eu uso aqueles conforto. Eu não posso usar outro chinelo, nem sapato. Não uso nada apertado no pé” P15

Os trechos inferem que calçados adequados na visão dos participantes são os tênis e as botas, que não apertam e proporcionam a transpiração dos pés. A estratégia utilizada para evitar que o calçado aperte o pé, é o uso de calçado um tamanho a mais que o necessário.

Diversos estudos apontam que o uso de sapatos adequados podem evitar formação de bolhas e calosidades nos pés pois estas podem comprometer a integridade da pele, ocasionando lesões de continuidade que podem não ser percebidas, até que uma infecção tenha se desenvolvido¹.

É importante ressaltar que as alterações de ordem neuropáticas produzem distorções na anatomia e fisiologia normais dos pés, causando modificações no trofismo muscular e na anatomia óssea dos pés, o que provoca o surgimento dos pontos de pressão, e, além disso, o ressecamento cutâneo prejudica a elasticidade protetora da pele. Sendo assim, o aumento da pressão em diferentes pontos e traumas repetitivos, pelo uso de sapatos inadequados, podem resultar na ulceração do pé diabético³.

É preferível que o sapato tenha cano alto, macio e que permita a transpiração do pé, alargamento da lateral para acomodar as deformidades como os dedos em garra e hálux valgus e caso tenha salto, é recomendado que seja no estilo Anabela¹.

Durante o exame dos pés, nas consultas de enfermagem, o enfermeiro deve solicitar que o cliente retire os calçados e meias para uma cuidadosa inspeção. O profissional deverá avaliar se os calçados são apropriados aos pés da pessoa, observando se são ajustados e confortáveis. Neste momento, é importante observar seis características do calçado: estilo, modelo, largura, comprimento, material e costuras na parte interna³.



A inspeção dos calçados antes de usá-los não foi citada como estratégia para evitar lesões nos pés, porém este cuidado é essencial para evitar o aparecimento de lesões nos pés. É importante que o enfermeiro oriente o interior dos calçados seja inspecionado quanto a pontos em relevo ou presença de pequenos objetos, através de inspeção visual e manual, realizadas diariamente. Portanto, o calçado ideal para pessoas com DM deve privilegiar o conforto e a redução das áreas de pressão⁴.

Frente ao trabalho exposto, verifica-se a necessidade de estimular as pessoas com diabetes mellitus para a incorporação de práticas adequadas de cuidado com os pés, através da melhoria dos conhecimentos e sensibilização quanto a importância desses cuidados. Embora seja uma das competências do enfermeiro disponibilizar informações e promover o fortalecimento de atitudes ativas em relação aos cuidados com os pés, as pessoas por sua vez também devem incorporar as informações recebidas ao cotidiano.

CONCLUSÃO

O estudo acerca do gerenciamento do cuidado com os pés mostrou que as pessoas com diabetes mellitus acompanhadas ambulatorialmente no CID-HU/FURG, possuem um conhecimento satisfatório quanto aos cuidados com os pés. Porém quando voltados para as atitudes foi observada uma disposição considerável para executar o autoexame e o autocuidado com os pés. Em relação a prática, verificou-se que alguns cuidados importantes não eram executados ou eram feitos de forma incompleta, podendo estar relacionado a falta de conhecimento e entendimento de como realizar determinados cuidados.

A tríade conhecimento, atitudes e práticas deve estar interligada, para obtenção de êxito nos cuidados preventivos para as ulcerações do pé diabético. Frente a isso o enfermeiro tem papel fundamental nas ações de educação em saúde, pois utiliza ferramentas de trabalho que permitem o aumento do conhecimento em relação à prevenção de complicações do pé diabético. O espaço da consulta de enfermagem desvela-se como um momento oportuno e adequado essas ações, uma vez que proporciona contato direto com o paciente, além disso é o espaço ideal para a realização do exame periódico dos pés.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

Neste estudo ficou evidenciada a importância do cuidado e a realização do exame dos



pés das pessoas com diabetes, que é na maioria das vezes negligenciado pelos profissionais de saúde. Destaca-se que o trabalho do enfermeiro deve ir além do cuidado com os pés, a atenção integral ao portador de diabetes também tem importância central.

Considera-se que este trabalho poderá contribuir para o reconhecimento e alguns fatores preventivos do pé diabético e sensibilizará os profissionais de saúde e de enfermagem para uma avaliação sistematizada dos pés das pessoas com diabetes. Desse modo, é evidente a necessidade de maiores investimentos na educação permanente dos profissionais, em especial o enfermeiro, que possam aprimorar a prática como cuidador e educador.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
2. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)
4. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015/2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.
5. Oliveira, A.F.; Oliveira, E.P.R.F.; Wawginiak, T.A.; Baldo, G.V. O diabético antes e após uma amputação: Conhecimento sobre pé diabético e consequências das amputações. FisiSenectus. Unochapecó. Ano 2, n. 2 - Jul/Dez. 2014 p. 9-18.



6. Carvalho, R.D.P.; Carvalho, C.D.P.; Martins, D.A. Aplicação dos cuidados com os pés entre portadores de Diabetes mellitus. *Cogitare Enferm.* 2010 Jan/Mar; 15(1):106- 109.
7. Caiafa, J. [et.al]. Atenção integral ao portador de Pé Diabético. *Vasc Bras* 2011, Vol. 10, Nº 4, Suplemento 2.
8. Policarpo, N.S.; Moura, J.R.A.; Melo Júnior, E.B.; Almeida, P.C.; Macêdo, S.F.; Silva, A.R.V. Conhecimento, atitudes e práticas de medidas preventivas sobre pé diabético. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014 set; 35(3):36-42.
9. Rocha, R.M; Zanetti, M.L; Santos, M.A. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(1):17-23.
10. Bardin, L. Análise de conteúdo. Trad. Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011
11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012.



**RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS VIVÊNCIAS DE ACADÊMICAS DE
ENFERMAGEM NO PROJETO DE EXTENSÃO: TÉCNICAS ALTERNATIVAS
PARA ALÍVIO DA DOR DO PARTO**

**REPORT ON EXPERIENCE OF NURSING ACADEMIC EXPERIENCES IN THE
EXTENSION PROJECT: ALTERNATIVE TECHNIQUES FOR RELIEF OF PAIN
PAIN**

**Vanessa da Silva Tarouco; Sabrina Rodrigues Sackis; Bianca Machado Lima; Manoela
Cunha Nicoletti; Cintia de Souza Santana; Andrea de Paula**

RESUMO: Introdução: Objetivou-se relatar a realização de atividades desenvolvidas por acadêmicas do curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, no projeto de extensão intitulado “Técnicas Alternativas para Alívio da Dor no Parto”. **Metodologia:** Estudo descritivo, em um Centro Obstétrico do Hospital Universitário Miguel Riet Corrêa Jr, no município de Rio Grande – RS. As acadêmicas realizam o acompanhamento do trabalho de parto e parto das gestantes e oferecem a elas assistência utilizando as técnicas alternativas para o alívio da dor. As atividades foram desenvolvidas no período compreendido entre outubro de 2016 a abril de 2017. **Resultados:** As mulheres relataram a eficácia dos métodos, enfatizando o alívio de suas dores e a melhor progressão do parto. **Conclusão:** O presente trabalho permitiu a visibilidade quanto a importância da inserção da enfermagem na assistência ao trabalho de parto e parto principalmente na utilização das terapias complementares.

Descritores: Enfermagem obstétrica; Terapias complementares; Trabalho de parto; Saúde da mulher.

ABSTRACT: Introduction: The objective of this study was to describe the activities carried out by nursing students from the Federal University of Rio Grande - FURG, in the project entitled "Alternative Techniques for Pain Relief in Childbirth". **Methodology:** Descriptive



study, in an Obstetric Center of the University Hospital Miguel Riet Corrêa Jr, in the city of Rio Grande - RS. The academics monitor the labor and delivery of pregnant women and offer them assistance using alternative techniques for pain relief. The activities were developed between October 2016 and April 2017. **Results:** Women reported the efficacy of the methods, emphasizing the relief of their pain and the better progression of labor. **Conclusion:** The present study allowed the visibility of the importance of the insertion of nursing in the assistance to labor and delivery, mainly in the use of complementary therapies.

Descriptors: Obstetric nursing; Complementary therapies; Labor; Women's health.

INTRODUÇÃO

A gestação é considerada um fenômeno de enorme relevância na vida da mulher, que envolve modificações e cuidados em diversos aspectos, como fisiológicos, emocionais, sociais e culturais¹. O nascimento influencia uma parcela significativa da população brasileira, uma vez que envolve quase seis milhões de pessoas, sendo elas o binômio (mãe-bebê). A cada ano acontecem no Brasil cerca de três milhões de nascimentos e 98% deles ocorrem em ambientes hospitalares^{2,3}. Nesse sentido, pode-se destacar a importância da qualificação dos profissionais que atuam no cuidado à mulher. Com o processo de institucionalização do parto, é necessário que a mulher receba a adequada assistência profissional em saúde durante a parturição⁴. Na área obstétrica, com o decorrer do tempo vem se difundindo conceitos e modelos assistenciais a serem implantados, a fim de mudar o olhar e a prática assistencial dos profissionais de saúde, especialmente sobre a parturiente e seus familiares, trata-se da humanização da assistência ao parto⁵. As práticas de humanização constituem um processo em que o profissional deve respeitar a fisiologia da concepção do bebê, não intervindo desnecessariamente, reconhecendo os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, oferecendo suporte emocional à mulher e sua família⁶. A equipe de enfermagem tem um papel fundamental no processo de humanização do trabalho de parto, prestando o acompanhamento à parturiente transmitindo-lhe segurança e conforto, oferecendo e incentivando a mesma a explorar as técnicas não farmacológicas de alívio da dor. A implantação destes métodos pela enfermagem é essencial para sua autonomia profissional, resgatando suas bases científicas. Sendo assim, os métodos não farmacológicos têm por finalidade proporcionar à mulher a



conservação de sua energia no momento da dor do parto, tornar a experiência do trabalho de parto menos agressiva e dolorosa e facilitar a passagem do feto pelo canal de parto⁷, a fim de minimizar a utilização de outras intervenções. As práticas mais utilizadas são classificadas em: exercícios respiratórios, massagem lombo sacral, bola suíça, deambulação, banho de aspersão com água quente ou imersão, aromaterapia e o apoio emocional, as quais podem ser utilizadas combinadas ou isoladamente⁸. Desta forma, o enfermeiro em seu campo de atuação está habilitado para auxiliar a mulher no trabalho de parto, além de realizar o parto - propriamente dito. Tendo em vista as deficiências na implantação de técnicas alternativas no manejo do trabalho de parto, foi desenvolvida uma atividade de extensão para os acadêmicos de enfermagem realizarem assistência às parturientes admitidas no Centro Obstétrico. A prática extensionista integra conhecimentos que estimulam os acadêmicos a participarem plenamente da prática constante de aprender, englobando os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da graduação, estreitando os laços entre a universidade e a comunidade, contribuindo assim, para sua formação profissional⁹. A partir do que foi exposto, o projeto de extensão tem como finalidade a inclusão de técnicas alternativas no trabalho de parto e o desenvolvimento da humanização na prestação dos cuidados, visando o aperfeiçoamento do acadêmico do curso de enfermagem, uma vez que esta profissão tem um campo extenso de atuação e requer uma assistência de qualidade e humanizada.

OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo relatar a realização de atividades desenvolvidas por acadêmicas do curso de Enfermagem em um Centro Obstétrico, no projeto de extensão intitulado “Técnicas Alternativas para Alívio da Dor no Parto”.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo na modalidade de relato de experiência, a partir das vivências de acadêmicas do curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, que participam do projeto de extensão “Técnicas Alternativas para Alívio da Dor no Parto” em um Centro Obstétrico do Hospital Universitário Miguel Riet Corrêa Jr, no município de Rio Grande - RS. São descritas atividades desenvolvidas por quatro acadêmicas de enfermagem, sob a coordenação de duas enfermeiras do Centro Obstétrico, no período de



outubro de 2016 a abril de 2017. O projeto de extensão está sendo desenvolvido desde 2015, onde já participaram 17 estudantes. As acadêmicas foram previamente treinadas ao passarem pela disciplina de Saúde da Mulher, para realizarem o acompanhamento do trabalho de parto e parto das gestantes e oferecer a elas assistência utilizando as técnicas alternativas para o alívio da dor. As mulheres foram sempre questionadas se gostariam de receber estes cuidados e a aplicação das técnicas pelas acadêmicas, por esse motivo não houve critérios de exclusão.

RESULTADOS

A fim de tornar o parto mais natural possível e adotar práticas humanizadas, cabe ressaltar a utilização dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor à parturiente, desta forma diminuindo a realização de cesariana e a necessidade do uso de fármacos. Tendo em vista os benefícios destas terapias não medicamentosas, deveria se esperar que os profissionais as utilizassem com maior frequência. Contudo, observa-se no cotidiano da prática assistencial uma enorme carência da utilização destes métodos para o alívio da dor. Neste contexto, o projeto de extensão contribui para utilização de técnicas alternativas no manejo do trabalho de parto. A proposta desta atividade é de que os acadêmicos realizem a assistência à parturiente admitida no Centro Obstétrico, incluindo essas técnicas na rotina de trabalho, de forma a auxiliar essas mulheres nesse momento tão importante de suas vidas e ao mesmo tempo tornando-as mais ativas e participativas no processo, visando uma assistência durante o trabalho de parto e parto mais humanizada. Tendo em vista o conforto e o bem-estar da parturiente, as acadêmicas de enfermagem estimulam a participação do acompanhante nesse processo incentivando-o realizar a massagem lombo sacral, auxiliar a parturiente nos movimentos na bola suíça, acompanhar e auxiliar no banho de aspersão, sob a orientação e supervisão das extensionistas. Na maioria dos casos a mulher costumava relatar a eficácia dos métodos, enfatizando o alívio de suas dores e a melhor progressão do parto. Ao longo da graduação, sentimos a carência de visualizar a efetividade dessas técnicas, e o projeto de extensão possibilita que as acadêmicas de enfermagem presenciem esta efetividade.

Os exercícios respiratórios são considerados eficazes na redução da ansiedade e do estresse. A utilização da bola suíça é um método que busca a adoção da postura vertical da parturiente, de forma a permanecer mais confortável. Concomitantemente com a bola, podem ser utilizadas outras técnicas como a massagem lombo sacral, banho de aspersão e a



realização de exercícios ativos de circundação e retroversão pélvica, sendo essas aplicadas durante a fase ativa do trabalho de parto, proporcionando maior relaxamento e melhor progressão do parto¹⁰. A deambulação auxilia reduzindo a duração do trabalho de parto e melhorando a evolução do mesmo, pelo efeito da gravidade e mobilidade pélvica, aumentando a velocidade de dilatação cervical bem como a descida do feto. O banho de aspersão é realizado com a água aquecida e direcionada para região lombar ou abdome inferior, sendo considerado uma das terapias mais utilizadas para o alívio da dor durante o trabalho de parto, pois ocorre a redistribuição do fluxo sanguíneo promovendo o relaxamento da musculatura tensa, isso acontece pela diminuição da liberação de catecolaminas e, com a elevação das endorfinas, reduz a ansiedade e promove a satisfação da parturiente. A aromaterapia utiliza óleos especiais extraídos das plantas, ao respirar e sentir os aromas, a mulher desencadeia sensações agradáveis, efeitos relaxantes que auxiliam na redução da ansiedade. O suporte emocional à parturiente visa encorajá-la, oferecendo conforto físico e emocional no trabalho de parto¹¹. Este apoio pode ser oferecido também ao seu acompanhante, quando este estiver presente, aliviando a tensão e estimulando a interação com a equipe multidisciplinar.

CONCLUSÃO

O presente trabalho permitiu a visibilidade quanto a importância da inserção da enfermagem na assistência ao trabalho de parto e parto principalmente na utilização das terapias complementares. Estas são essenciais e extremamente eficazes para aliviar a dor, reduzindo intervenções desnecessárias, possibilitando a participação ativa do acompanhante durante este processo e reduzindo os níveis de ansiedade e estresse. Entende-se então, que o processo de parturição vai além da expulsão do feto do ventre materno, sendo necessário um conhecimento prático, teórico e científico, mas principalmente uma assistência digna e de qualidade. Assim, a equipe multidisciplinar envolvida no processo deve atender aos preceitos humanísticos contemplando os sentimentos e valores da mulher, respeitando e apoiando suas vontades e direitos neste momento importante de sua vida.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM



A equipe de enfermagem tem um papel importante no cuidado humanizado à mulher que vivencia o trabalho de parto e parto, desenvolvendo ações que proporcionam a segurança por meio do acolhimento e do vínculo com a mulher e seu acompanhante. Este estudo contribuiu diretamente para a formação acadêmica, possibilitando o desenvolvimento do exercício profissional. As acadêmicas de enfermagem viram-se preparadas para esclarecer dúvidas, bem como fornecer orientações que supram as necessidades destas mulheres. O projeto de extensão proporcionou às extensionistas uma visão holística de todo processo do parto, fazendo-se necessário a reflexão e o redirecionamento de boas práticas diante do atendimento às mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Pieszak GM, Terra MG, Neves ET, Pimenta LF, Padoin SMM, Ressel LB. Percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidar em centro obstétrico. Rev Rene. 2013; 14 (3): 568-78.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Tabnet: Nascidos vivos – Brasil. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.deff>>. Acesso em: 6 abr. 2017.
3. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS 2006 – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília, 2008. 583p.
4. Souza CM, Ferreira CB, Barbora NR, Marques JF. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. Journal res: fundam care. 2013; 5 (4): 743-54.
5. Versiani CC, Barbieri M, Gabrielloni MC, Fustinoni SM. Significado de parto para gestantes. Journal res: fundam care. 2015; 7(1):1927-1935.



6. Souza TG, Gaíva MAM, Modes PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. Rev Gaúcha Enferm. Rev. Gaúcha Enferm. 2011; 32(3):479-86.
7. Osório SMB, Júnior LGS, Nicolau AIO. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. Rev Rene. 2014; 15(1): 174-84.
8. Mafetoni RR, Shimo AKK. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. REME Rev Min Enferm. 2014 abr/jun; 18(2):505-20.
9. Cardoso AC, Corralo DJ, Krah M, Alves LP. O estímulo à prática da interdisciplinaridade e do multiprofissionalismo: a Extensão Universitária como uma estratégia para a educação interprofissional. 2015; 15(2):12-19.
10. Oliveira, Laura Leismann de; Bonilha Ana Lúcia de Lourenzi; Telles, Jéssica Machado. Indicações do uso da Bola Obstétrica para mulheres e enfermeiras. Cienc Cuid Saude. 2012; 11(3):573-80.
11. Gayeski, Michele Ediane; Brüggemann, Odaléa Maria. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. Texto Contexto Enferm. 2010; 19(4): 774-82.



DIFICULDADES ENFRENTADAS PELAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL AO INICIAR A AMAMENTAÇÃO

DIFFICULTIES FACED BY THE MOTHERS OF NEWBORNS IN THE NEONATAL INTENSIVE THERAPY UNIT AT THE START OF BREASTFEEDING

**Prisciane Cardoso Silva; Stella Minasi De Oliveira; Juliana Corrêa Lopresti; Suelen
Gonçalves De Oliveira.**

RESUMO: A internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal gera consequências ao seu desenvolvimento biopsicossocial e amplia os obstáculos para iniciar o aleitamento materno. Neste contexto, tem-se como objetivo: Identificar as dificuldades enfrentadas pelas mães de recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, ao iniciar a amamentação. Utilizou-se como metodologia a pesquisa qualitativa descritiva exploratória, contando com profissionais da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Miguel Riet Correa Jr. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e submetidos à análise temática. Quanto aos resultados, verificou-se que as mães enfrentam inúmeras dificuldades para iniciar a amamentação. Neste contexto, torna-se essencial que a equipe conheça estas dificuldades e utilize métodos para auxiliar o binômio mão-bebê neste processo.

Descritores: Aleitamento Materno. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Enfermagem.

ABSTRACT: The newborn's hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit generates consequences for its biopsychosocial development and amplifies the obstacles to initiate breastfeeding. In this context, the objective is to: Identify the difficulties faced by the mothers of newborns hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit, when initiating breastfeeding. The exploratory descriptive qualitative research methodology was used as a methodology, counting with professionals from the nursing team of the Neonatal Intensive Care Unit of the



Hospital Miguel Riet Correa Jr. The data were collected through a semi-structured interview and submitted to thematic analysis. Regarding the results, it was verified that mothers face numerous difficulties to initiate breastfeeding. In this context, it is essential that the team knows about these difficulties and uses methods to assist the hand-baby binomial in this process.

Descriptors: Breast Feeding. Intensive Care Units, Neonatal. Nursing.

INTRODUÇÃO

O termo Unidade de Terapia Intensiva gera apreensão, medo e ansiedade aos familiares de pacientes que lá estão internados, especialmente quando esta é uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e o paciente é um bebê recém-nascido (RN), com tantas fragilidades típicas da natalidade e que ainda apresenta complicações que o impedem de permanecer ao lado da mãe¹.

Proporcionado pela falta de interação materno-filial vêm as dificuldades em iniciar e estabelecer o aleitamento materno (AM), sabidamente a melhor forma de alimentar o bebê. Nos primeiros dias o leite materno é chamado de colostro e tem propriedades especiais, sendo muito importante para o lactente, em virtude de conter mais anticorpos, proteínas anti-infecciosas, leucócitos e ser rico em vitamina A. Além disso, possui efeito purgativo e diminui o risco de icterícia neonatal².

Ainda há estudos que apontam que em mães de recém-nascidos pré-termo (RNPT), que passam pela experiência de uma UTI ou Semi-intensiva (SEMI), as concentrações destes constituintes são mais elevadas, assim como de vitaminas A, C, D e E, pelo menos nas seis primeiras semanas³. Além disso, o leite materno possui altas concentrações de nitrogênio, proteínas com funções imunológicas, lipídios totais, cálcio e energia e ajudar na maturação do intestino do RNPT^{□□}.

Sendo assim, é essencial que os profissionais de saúde estejam engajados em auxiliar as mães e os RN neste momento, especialmente os binômios que enfrentam a internação em uma UTIN e exigem atenção não apenas para as necessidades fisiológicas, mas também



emocionais e culturais. Neste contexto, o papel da equipe de enfermagem se torna indispensável, por serem aqueles que permanecem mais tempo junto à criança e à família e desenvolvem um relacionamento próximo com estes, podendo tornar o ambiente receptivo e acolhedor, favorecendo assim as práticas motivadoras de AM e de criação de vínculo afetivo materno-filial.

O desejo de se aprofundar neste tema decorreu de um estágio prático obrigatório na Unidade de Internação Obstétrica (UIO), do Hospital Universitário Miguel Riet Correa Jr. (HU – FURG). A UIO é vista como um setor diferenciado para se trabalhar, por ser voltada ao atendimento de mulheres que se encontram em um momento especial de sua vida, o qual é, muitas vezes, considerado como “renovação da vida”. Dentre os muitos cuidados prestados pela equipe de enfermagem nesta unidade, um dos mais importantes é a promoção do AM, exigindo preparação do profissional para prestar uma assistência eficaz, integral e contextualizada, respeitando o saber e a história de vida de cada mulher e ajudando a superar medos, dificuldades e inseguranças.

Porém, ao fazer parte deste universo, percebi que este contexto não é a realidade de todas as pacientes que por ali passam. Ao me deparar com puérperas internadas na unidade, que deveria ser de alojamento conjunto, sem seus RNs por estes estarem internados na UTIN, me veio o questionamento: como se daria o processo de AM com estes binômios? Seria possível estabelecer a amamentação nas condições em que os bebês se encontravam?

Sendo assim, acredito que o profissional de saúde deve ser efetivamente significativo no incentivo à prática da amamentação, e deva tratar com singularidade cada experiência de amamentar, compreendendo o mundo subjetivo no qual a mãe está inserida, a fim de auxiliá-la plenamente neste processo e identificar as dificuldades dos RNs internados na UTIN em iniciar este aleitamento.

Assim, este estudo apresenta a seguinte questão norteadora: “Quais as dificuldades enfrentadas pelas mães de recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva neonatal ao iniciar a amamentação?” Diante do exposto apresento como objetivo geral: identificar as dificuldades das mães de RNs internados na UTIN ao iniciar o AM, sob a ótica da equipe de enfermagem.



Assim, este estudo, visa contribuir para a disseminação de conhecimento entre os profissionais da equipe de enfermagem atuantes na UTIN e demais profissionais da área da saúde que atuam nas UTIN. Ainda pode auxiliar para a formação acadêmica, eis que é um instrumento de grande relevância para os futuros profissionais que estão no processo de ensino-aprendizagem, pois iria desta forma auxiliar na assistência à família, ao incentivo ao AM nas UTIN e aos profissionais de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa. Permite compreender a forma como os indivíduos pensam e reagem diante das questões analisadas, conhecendo a dinâmica e a estrutura do objeto de estudo, sob a ótica de quem vivencia a situação e compreendendo melhor a distância entre o conhecimento e a prática⁵.

O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Miguel Riet Correa Jr. (HU/FURG). A UTIN, que foi implantada no ano de 1990, é composta por 20 leitos sendo 10 de terapia intensiva, 5 de intermediário convencional e 5 leitos do intermediário canguru.

Para a não identificação dos sujeitos, os mesmos foram citados na pesquisa de acordo com seus cargos através de letras. Auxiliares de Enfermagem foram identificados pela letra A, Técnicos de Enfermagem foram identificados pela letra T e Enfermeiros pela letra E precedidos de número, na ordem das entrevistas realizadas, excluindo dados pessoais, de modo que seja mantido o anonimato destes. Foram entrevistados 21 profissionais de enfermagem atuantes na UTIN, nos três turnos (manhã, tarde e noite).

Os critérios de inclusão foram: fazem parte da equipe de enfermagem da UTIN; atuar na unidade há seis meses ou mais; permitir a divulgação dos dados que emergirem neste estudo, respeitando os princípios éticos, em eventos e outras formas de publicação científica. Por outro lado, os critérios de exclusão foram: atuam na unidade há menos de seis meses; estar em férias ou folga no momento da realização da pesquisa; ser folguista.

Os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), em duas vias e a coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2014.



Foi realizada uma entrevista com perguntas abertas semiestruturadas, que foi confeccionado com base em estudos já realizados. Foram feitas diversas visitas à unidade, nos diferentes turnos a fim de realizar as entrevistas, explicando os objetivos desta. Apenas 3 profissionais se negaram a participar da pesquisa. As entrevistas realizadas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, dando base para a obtenção dos objetivos do estudo.

Na análise e interpretação de dados, os resultados foram selecionados, agrupados e analisados para que pudessem ser discutidos de acordo com a fundamentação teórica que dá sustentação a esta pesquisa, assim como, do posicionamento dos autores, considerando os objetivos do estudo. O método utilizado foi Análise Temática. Respeitou-se a Resolução N0 466/12 que trata da ética em pesquisas envolvendo seres humanos. A proposta de pesquisa foi submetida ao CEPAS da FURG, recebendo parecer favorável em 02 de setembro de 2014, sob nº120/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a exploração dos dados obtidos, se evidencia que a preparação para o AM em bebês internados na UTIN se inicia na admissão do RN na unidade, especialmente ao se encaminhar às mães ao Banco de Leite Humano (BLH), para que ela seja estimulada e possa oferecer seu leite ao RN.

“Na realidade, o processo de aleitamento começa no momento que o bebê chega até a UTIN. Mesmo que a mãe não vá amamentar, mesmo que seja um nenê que fique muito tempo no respirador (...) A gente orienta a mãe a ir para o Banco de Leite, a estimular a mama e já retirar o leiteinho, para que quando aquele nenê possa se alimentar, venha o leite da mãe.” (T07)

Em um estudo sobre as condições iniciais do aleitamento materno em RNPT que, além das estratégias visando o início e a manutenção da lactação, deve-se pensar no que antecede o AM.⁶ Sendo assim, o profissional de saúde é a fonte principal de incentivo e apoio ao AM, fundamentalmente através de suas atitudes, conhecimentos, habilidades técnicas e de ⁷ e



muitas mães sentem-se desconfortáveis em lidar com esses bebês tão pequenos e delicados e podem concluir erroneamente que são incapazes de amamentá-los nesse momento”⁸. Esta visão é facilmente percebida na seguinte fala:

“Essa é a maior dificuldade das mãezinhas, que elas ficam nervosas e pensam que não vai pegar no seio, vai ter dificuldade, isso, aquilo...”
(T19)

“Elas têm também os medos delas de não estar respirando, isso e aquilo... Mas aí a gente tenta assim, orientar ao máximo isso aí.”
(T06)

“Elas ficam extremamente sensíveis. Nem sempre a criança consegue mamar no primeiro dia e a mãe acha que a culpa é dela, de que não tem leite suficiente.” (A02)

Estas mães consideram que, na UTIN, seu papel mais importante é prover alimento para o seu filho. Portanto, elas são cientes da importância do leite materno para que o bebê ganhe peso e temem pela saúde do bebê por não estar mamando⁹. Porém os conflitos entre a teoria da lactação e a prática de amamentar seus RNs tornam este momento extremamente estressante para elas. Com isso, o estresse materno surge também como uma barreira para o início do AM na UTIN.

Neste sentido, a prevalência dos sintomas clínicos que se referem à ansiedade e depressão nas mães durante a internação do RN na UTI está relacionada a altos índices de ansiedade que eventualmente decorrem da experiência de emoções intensas após o nascimento prematuro da criança⁹. E ainda diz que esta ansiedade pode ser gerada pelo medo da perda do seu filho, por falta de informações sobre o estado real do bebê, ou ainda estas mães podem se sentir culpadas pela prematuridade deles.

Ademais, foi detectado como fator agravante para o impedimento da realização do AM, os outros papéis que a mãe exerce em seu contexto social:

“Tem que trabalhar todo um contexto... Às vezes tem outras crianças em casa, e aí elas não têm esse tempo de ficar para o aleitamento materno.” (A01)



“A questão da livre demanda, tem algumas mães que vem em alguns horários e não vem em todos os horários, e como já é um bebê prematuro, que em seguida que nasceu já não foi oferecido o AM, às vezes, tem um horário no dia que a criança está bem acordada e coincidentemente não é o horário que a mãe está. E nos horários que a mãe está, ele não está bem acordado.” (T04)

Sendo assim, as mães se cobram e veem-se em um conflito de papéis, com poucas ou nenhuma condição de atender a todos da forma que desejariam, pois para que possam se dedicar ao filho internado precisam abrir mão da assistência aos outros filhos e aos familiares¹⁰.

Além disso, o fato de a mãe permanecer um longo tempo afastada do seu filho diminui a produção do leite, pois para que este seja produzido, é necessário que o RN sugue a mama e induza a produção de prolactina, mantendo assim o ciclo fisiológico da amamentação. O estímulo da prolactina também pode ser obtido através da ordenha manual.

Um estudo atual destaca o empenho inicial das mães de RNPT em manter a lactação e demonstra também que, ao longo da internação do bebê, elas se deparam com a diminuição na produção de leite, ainda que sigam as orientações recebidas pela equipe da unidade e pelo BLH. Com isso, elas se preocupam e sentem-se cada vez mais impotentes e menos capazes de amamentar seus bebês¹⁰.

Diante destas inúmeras dificuldades, a equipe de enfermagem, em seu processo de trabalho, conduz diversas ações a fim de promover conforto ao RN e à mãe, como forma de auxiliá-los neste processo:

“A gente coloca no seio da mãe e orienta, explica a posição que fica melhor, mais confortável... Por que quando elas não estão confortáveis, elas não querem. A gente deixa aquele tempo da criança. Como as mães são liberadas todo o dia, se a criança cansa, a gente deixa mais um tempo para elas. Por que na realidade, aqui na UTIN tem que ser muito no tempo da criança.” (A01)

“Uma das funções da enfermagem é a orientação. Então aqui a gente



tá sempre orientando as mães. A gente tem aqui o banco de leite também. A gente tá sempre orientando quanto a ingesta hídrica, tudo isso. As dificuldades que elas têm as vezes, quanto ao mamilo, tem mães que tem o mamilo plano, então as medidas pra pode ajuda elas.” (E03)

Considerando que as mães fazem a ligação de seu bem-estar com a recuperação do bebê, com seu crescimento e desenvolvimento, quando os RNs se desenvolvem, aumentam a força de sucção e ganham peso, as mães os consideram “mais vivos”, e acreditam que esta revitalização esteja ligada ao aleitamento que elas os oferecem¹¹. Sendo assim, todos os esforços da equipe em auxiliar a díade mãe-bebê, é recebido pelas mães como promoção de bem-estar e conforto.

O contexto da UTIN exige que os profissionais que ali trabalham tenham sensibilidade ao lidar com todos estes aspectos relacionados às mães dos RNs. É preciso que essa equipe seja capaz de falar e ouvir atenta e cuidadosamente ao manejar as dúvidas e receios destas mães que, na sua grande maioria, estão fragilizadas.

Sendo assim, os dados deixam claro que o papel da equipe, além de prestar cuidados ao RN, é prestar orientações às mães. Assim, observa-se a preocupação da equipe em auxiliar a mãe em todas as suas dúvidas, e quando a equipe percebe a necessidade, encaminha a mãe para outros profissionais habilitados a orientá-las corretamente.

“A gente procura sanar todas as dúvidas das mães, pra elas não levarem pra casa. E as que a gente não pode responder, devido à rotina da unidade, a gente pede assim, muitas vezes, até quando a gente vê que elas são mais esquecidas, “anota as dúvidas e pergunta pro médico” é o que a gente diz.” (A01)

“O que elas precisarem a gente orienta. Ou conversa muito, pergunta para elas quais são os medos delas. E alguma coisa que a gente que é técnica não sabe, a gente chama o enfermeiro. E o enfermeiro em si explica, porque a maioria dos enfermeiros daqui estão há anos. Então eles explicam direitinho. E quando eles têm uma dúvida também,



chega e pede para o médico, o médico explica. E eu vejo tudo assim, eu vejo uma comunhão entre eles assim. Eu vejo todo mundo responder. Eu vejo a atenção que eles têm, que todos nós temos com eles né? Eu acho importante essa parte.” (T14)

O suporte oferecido é destacado ao sugerir-se que a enfermagem é a equipe que tem mais contato com as mães dentro da UTIN. E, ainda de acordo com os relatos, os profissionais permanecem o tempo todo ao lado da mãe, desde a admissão do bebê, auxiliando esta mãe a criar e fortalecer o vínculo afetivo. Sendo assim, os dados deixam claro que o papel da equipe, além de prestar cuidados ao RN, é prestar orientações às mães. Desta forma, a equipe acaba por ser fonte de informação e conhecimento para as mães e criando um vínculo de confiança e acaba por ser essencial para o binômio mãe-bebê.

CONCLUSÃO

Através deste estudo, foi possível identificar as dificuldades que as mães dos RNPT encontram para iniciar o AM, com seus bebês internados em uma UTIN, atingindo assim o objetivo da pesquisa. Para os RNs a termo, iniciar o AM é algo natural e, apesar de exigir grande esforço tanto da mãe, quanto do bebê, pode ser considerado simples, quando comparado aos RNPT e suas mães, que encontram e superam diversos desafios para que cheguem ao sucesso no aleitamento.

Vê-se, através dos resultados, o quanto é importante a equipe estar ciente dos problemas enfrentados por estas mães, bem como estar sempre atenta para ajudá-las a superar estes desafios. O trabalho das enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem tem um peso significativo no resultado final da amamentação destes RNs, já que as mães encontram-se fragilizadas e recebem orientação e incentivo de uma equipe bem preparada para recebê-las e apoiá-las.

Verificou-se ainda que o conhecimento da equipe acerca das dificuldades destas mães, bem como dos métodos a serem utilizados para que estas sejam capazes de superar-se, independe do turno de trabalho. Com isso, se percebe a dedicação da equipe de enfermagem como um todo, para que o RNPT saia da UTIN sendo amamentado no seio materno.



CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Acredita-se que este estudo poderá contribuir com a reflexão dos profissionais de enfermagem atuantes em UTIN a respeito das dificuldades que as mães dos RNs enfrentam para iniciar a amamentação, e demonstrar de forma clara e concisa, a importância da equipe de enfermagem no processo de aleitamento em UTIN. Além disso, reforça a necessidade de valorizar o conhecimento científico, dando ainda mais embasamento para as atividades práticas rotineiras e elevando o grau de comprometimento destes profissionais.

Ademais, salienta os esforços realizados por enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem em prol do processo de aleitamento materno, servindo de subsídio para outras equipes de enfermagem atuantes em UTIN, no enfrentamento de problemas semelhantes em suas respectivas unidades. E ainda, subsídio para a construção de novas pesquisas na área, como por exemplo, visualizar estas dificuldades do RN sob o olhar materno, ou ainda, um olhar multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. Perlin DA, Oliveira SM, Gomes GC. A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. Rev Gaúcha Enferm. 2011; 32 (3): 458-64.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Saúde da criança: Nutrição Infantil Aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília. 2009a.
3. Vieira. et al. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. J Pediatr (Rio J), 2010.
4. Demari L. et al. Estratégias para promoção do aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo: estudo bibliográfico. Pediatria. 2011; 33(2): 89-96.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
6. Scheeren B. et al. Condições Iniciais No Aleitamento Materno De RecémNascidos Prematuros. J Soc Bras Fonoaudiol. 2012; 24 (3): 199-204.
7. Abreu FCP. et al. Fatores que Intervêm na Amamentação Exclusiva: Revisão Integrativa.



Rev Rene. 2013; 14(3).

8. Gorgulho FR, Pacheco STA. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008; 19(1):19 – 24.

9. Tronco CS. O Cotidiano de ser-mãe-do-recém-nascido-prematuro diante da manutenção da lactação na UTI neonatal: possibilidades para a enfermagem. Por Caroline Sissy Tronco. 2012.

10. Silva RV, Silva IA. A vivência das mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2009; 13(1): 108-15.

11. Frello AT, Carraro TE. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Bras Enferm. 2012; 65 (3): 514-21.



O AUTOCUIDADO E DECISÕES DOS ADOLESCENTES E JOVENS COM HIV E AIDS: RECORTE DE UMA REVISÃO INTEGRATIVA

THE SELF-CARE AND DECISIONS OF ADOLESCENTS AND YOUNG PEOPLE WITH HIV AND AIDS: A COMPREHENSIVE REVIEW

Émilén Vieira Simões; Sibele da Rocha Martins

RESUMO: O trabalho tem objetivo de compreender o autocuidado e decisões de adolescentes e jovens com HIV e AIDS através do conhecimento científico que tem sido produzido pela enfermagem. Trata-se de revisão integrativa com busca na Literatura Latino Americana do Caribe em Ciências da Saúde, US National Library of Medicine National Institutes of Health e Scientific Electronic Library Online, utilizando a análise temática proposta por Minayo. Obteve-se que parte dos adolescentes são infrequentes nas consultas, a orfandade, a ausência de um familiar responsável são fatores que influenciam no seu cuidado. As publicações analisadas apontam que os adolescentes estão insatisfeitos com o atendimento dos profissionais dos serviços de saúde. Conclui-se que essa temática tem sido publicada pelos enfermeiros mas com pouco enfoque nos adolescentes e jovens. Cabe ao profissional realizar o aconselhamento adotando uma postura de acolhimento para o adolescente e para a sua família, respeitando sua cultura e seus costumes.

Descritores: Adolescente. HIV. Enfermagem.

ABSTRACT: The objective of this study is to understand the self-care and decisions of adolescents and young people with HIV and AIDS through the scientific knowledge that has been produced by nursing. It is an integrative review with a search in the Latin American Caribbean Literature in Health Sciences, US National Library of Medicine National Institutes of Health and Scientific Electronic Library Online, using the thematic analysis proposed by Minayo. It was found that some of the adolescents are infrequent in the consultations, orphanhood, the absence of a responsible family member are factors that influence their care.



The analyzed publications indicate that the adolescents are dissatisfied with the care of the professionals of the health services. It is concluded that this theme has been published by nurses but with little focus on adolescents and young people. It is up to the professional to carry out counseling by adopting a welcoming attitude for the adolescent and his family, respecting their culture and customs.

Descriptors: Adolescent. HIV. Nursing.

INTRODUÇÃO

A história natural dessa doença no Brasil vem sendo alterada, a expectativa de vida ampliou-se consideravelmente devido à distribuição gratuita pelo Ministério da Saúde (MS) da terapia antirretroviral, que foi iniciada em 1996, resultando no aumento de sobrevivência dos pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) causadora da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS)⁽¹⁾. A população afetada pelo HIV se modificou ao longo dos anos, no início da epidemia era comparada apenas ao estilo de vida dos homossexuais masculino, as práticas dos profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Hoje evidencia-se no país contínuas transformações, como a heterossexualização e a feminização da epidemia⁽²⁾. A parte mais acometida da população durante os últimos anos são os adolescentes, derivado da desinformação, pobreza, desintegração social, prostituição e promiscuidade sexual, juntamente com o aumento de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)⁽³⁾. A incidência nos índices do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2015, o crescimento de AIDS na adolescência e juventude (15 a 24 anos) continua sendo uma preocupação importante, pois a adolescência é considerada uma fase marcada por mudanças⁽⁴⁾. As alterações psicobiológicas se intensificam, os hormônios atuam com vigor, levando a transformações radicais na forma de pensar e de se expressar, e que podem ser observadas também no corpo físico⁽⁵⁾. O ser adolescente inicia a modificação no seu modo de enxergar e enfrentar o mundo, apropriando-se de suas decisões com encorajamento e postura em busca de sua autonomia. Entre as mudanças evidenciadas nesta fase, o comportamento de andar em grupos, pode tornar os adolescentes mais propensos a riscos e influenciáveis, o que pode acarretar em hábitos pouco saudáveis como, por exemplo, experimentação de drogas,



exposição a DSTs e gravidez não planejada⁽⁶⁾. Além dessas questões, é necessário um olhar ampliado dos profissionais de saúde sobre os adolescentes, perpassando questões que estejam imbricadas apenas nas doenças ou na gravidez, entre outras questões que fragmentam o cuidado⁽⁶⁾. Este trabalho é um recorte dos resultados encontrados no trabalho de conclusão de curso da autora, com a titulação “O viver de adolescentes e jovens com HIV e AIDS: uma revisão integrativa da literatura”. Faz-se necessário identificar o que está sendo produzido na área da enfermagem sobre o viver desses adolescentes e jovens, principalmente em como esses conduzem suas rotinas após recebimento do diagnóstico e iniciação de antirretrovirais, como também daqueles que convivem com a doença desde a infância. Portanto, este trabalho tem como objetivo geral compreender o autocuidado e decisões de adolescentes e jovens com HIV e AIDS através do conhecimento científico que tem sido produzido pela enfermagem. Espera-se com os resultados encontrados auxiliar na implementação de novas estratégias que oportunizem a promoção da saúde e prevenção de agravos desses jovens, diante do crescimento alarmante de casos de HIV/AIDS.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI) que é um método de analisar os resultados das pesquisas primárias de maneira criteriosa e sistemática, fornece dados abrangentes interligando elementos isolados de estudos já existentes. A RI auxilia o pesquisador nas tomadas de decisões e no planejamento da prática de cuidados de enfermagem sobre um determinado tema⁽⁷⁾. Para realização deste tipo de pesquisa incluem seis etapas, descritas a seguir⁽⁸⁾: Na primeira etapa foi identificado o tema a ser pesquisado e realizado a formulação da questão norteadora para a elaboração da revisão integrativa. A questão de pesquisa desta revisão é identificar qual o conhecimento científico que tem sido produzido pela enfermagem sobre o viver de adolescentes e jovens com HIV e AIDS? Para respondê-la têm-se como objetivo geral compreender o autocuidado e decisões de adolescentes e jovens com HIV e AIDS através do conhecimento científico que tem sido produzido pela enfermagem. Na segunda foram definidos os critérios para inclusão e exclusão da amostragem. As produções pesquisadas foram brasileiras e estrangeiras, no período de 2006 a 2015. A escolha do período inicial da coleta no ano de 2006 justifica-se por ser o começo da pactuação e das discussões junto aos gestores estaduais e municipais do SUS para posterior aprovação da Política do



Adolescente, tendo em vista a garantia do direito constituído de adolescentes e jovens à saúde no âmbito do SUS⁽⁹⁾. Em relação à coleta de dados, foram incluídas as publicações científicas brasileiras e estrangeiras, indexadas na base de dados Literatura Latino Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), US National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED) e no portal de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO). A busca foi realizada no mês de agosto do ano de 2016. Os critérios de inclusão que foram adotados para a busca e seleção das publicações compreenderam: apresentação de resumo para primeira apreciação, artigos de pesquisas primárias na íntegra e disponíveis online, de acesso livre, que abordem a temática do estudo, de procedência nacional ou internacional no idioma de português, espanhol e inglês, cuja a população seja adolescente e um dos autores ser enfermeiro. Foram excluídos os estudos referentes a resumos de congressos, anais e editoriais, comentários e opiniões de especialistas e que disponibilizem apenas os resumos para consulta on-line, bem como estudos que não contemplem o tema do proposto. Estudos repetidos em mais de uma base de dados serão computados apenas uma vez. A terceira etapa consistiu na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, e a categorização dos mesmos, utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações encontradas. Para o levantamento dos dados, foram utilizados os seguintes descritores: adolescente, adulto jovem, vírus da imunodeficiência humana (HIV), Síndrome de imunodeficiência adquirida e enfermagem. Ao final da coleta de dados, foram selecionados dezesseis artigos obedecendo os critérios de inclusão e exclusão conforme Quadro 01, que se adequaram aos objetivos do estudo, compondo o corpus de análise.

Quadro 01: Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados LILACS, SCIELO, PUBMED, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Rio Grande, RS, 2016.

	LILACS	SCIELO	PUBMED
Produção encontrada	202	11	2470
Ausência de resumo	0	0	229
Não é pesquisa primária	01	0	04
Dissertações, monografias, projetos e teses	46	0	0



Texto completo sem acesso livre	61	0	1543
Não aborda a temática do estudo	32	07	351
Outros idiomas	0	0	01
População não adolescente	10	0	70
Publicações científicas encontradas repetidas na busca	42	01	207
Pesquisa realizada não com humanos	0	0	18
Pesquisa publicadas antes do ano de 2006	0	0	40
Não tem participação de autor enfermeiro	0	0	03
Total de artigos selecionados	09	03	04

Autor: Próprio autor, 2016.

As informações foram organizadas de maneira concisa, formando um banco de dados de acordo com Apêndice 01. Na quarta etapa os estudos incluídos na revisão integrativa foram analisados de forma detalhada e crítica utilizando a metodologia à análise temática da Pesquisa Social⁽¹⁰⁾, que estabelece três passos para sua elaboração: a Pré-análise das leituras, a exploração dos resultados dos estudos selecionados, e a interpretação dos resultados obtidos. A quinta etapa consistiu na interpretação dos resultados encontrados e na discussão dos mesmos. A apresentação da pesquisa de revisão integrativa está incluída na sexta etapa, momento em que foram apresentadas as informações que permitirão ao leitor avaliar os procedimentos adotados na revisão, os aspectos relativos à temática abordada e o detalhamento dos estudos incluídos. Esta fase contempla a descrição das etapas realizadas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. Para a realização do estudo, foram levadas em consideração as normas nacionais e internacionais sobre direitos autorais dos estudos analisados.

RESULTADOS

Na presente revisão integrativa foram selecionados dezesseis artigos conforme Apêndice 01 para posterior análise. Ao considerar os resultados, estes foram analisados, sintetizados e categorizados conforme semelhanças, obtendo seis categorias, de acordo com



quadro 02.

QUADRO 02: Categorização dos resultados da pesquisa de revisão integrativa. Rio Grande, RS, Brasil, 2016.

Categorização	Abordagem das publicações
A saúde na percepção dos adolescentes e jovens	01, 02, 05, 07, 08, 09, 10, 11, 16
As características comportamentais do adolescente com HIV e AIDS	01, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
O não dito e a revelação do diagnóstico para o adolescente e para a sociedade	01, 02, 03, 04, 06, 07, 08, 09, 10, 12, 11, 15, 16
O autocuidado e decisões dos adolescentes e jovens.	01, 04, 06, 08, 09, 10, 11, 14, 15, 16
O cotidiano, percepções e vivências relacionadas ao tratamento medicamentoso	01, 03, 04, 05, 06, 08, 10, 11, 14, 16
A vulnerabilidade o adoecimento e a morbimortalidade	04, 06, 15

Autor: Próprio autor, 2016.

Este trabalho apresenta os resultados da categoria do autocuidado e decisões de adolescentes e jovens com HIV e AIDS. Ao analisar as publicações foi possível observar que parte dos adolescentes são infrequentes nas consultas. Sendo difícil manter o acompanhamento de saúde, pois a orfandade de mãe e/ou pai, a falta do responsável para acompanhar nas rotinas, torna o jovem o próprio responsável pelo seu tratamento. Outro fator que influencia na ausência nas consultas, é a falta de transporte e o esquecimento. No entanto, aqueles adolescentes que frequentam o estabelecimento de saúde desde o nascimento, devido à transmissão ser por meio vertical, estabelecem uma rotina frequente de ida ao serviço. A orfandade e a incapacidade do familiar responsável de acompanhar o jovem também prejudica seu autocuidado, tornando-o vulnerável e propenso ao adoecimento. Estudos evidenciam que poucos são os adolescentes que são ativos nos grupos de apoio, a maioria não participa das



atividades realizadas pelo programa. Os jovens sentem-se incomodados com a rotina de ir ao serviço, mas sabem da importância do acompanhamento para o seu tratamento se tornar eficaz e relacionam as consultas e o serviço de apoio como fatores essenciais para o cuidado da sua saúde. Em relação a participação dos profissionais de saúde nas orientações para o autocuidado, a que mais se destaca é a figura do médico, como aquele que guia e aconselha no tratamento do HIV e da AIDS. Este profissional além de tirar dúvidas, oferece um apoio psicológico, faz a escuta o paciente e orienta quando necessário. A participação da enfermagem aparece em duas publicações, seguida da equipe multiprofissional, serviço de infectologia, serviço de obstetrícia e dos profissionais dos postos de saúde que realizam o atendimento dos adolescentes mais próximos do seu domicílio. As publicações analisadas apontam que os adolescentes e jovens estão insatisfeitos com a forma de atendimento dos profissionais nos serviços de saúde. Quando dito pelos profissionais que é normal frequentar aquele local, eles ficam incomodados, pois essa rotina faz com que se considerem diferentes dos demais. Em um estudo internacional os achados sinalizam a falta de conhecimento teórico e conduta dos profissionais, e o excesso de informações dadas ao adolescente, o que pode ser um dos motivos que leva a fuga do tratamento e consequentemente a falta de cuidado consigo. Entretanto, outro estudo evidenciou a importância de grupos de apoio aos adolescentes e a aceitação com relação as mudanças nos locais de atendimento e de profissionais de saúde, pois compreendem que conforme eles crescem passam a ser assistidos por outros profissionais.

DISCUSSÕES

Em relação ao autocuidado e as decisões dos adolescentes sobre sua saúde, observou-se nas publicações que os mesmos não frequentam regularmente as consultas, o que pode ocorrer por ser ele o próprio responsável pelo seu tratamento, quando na ausência de outra pessoa. Nos serviços de saúde o profissional de enfermagem é um dos responsáveis por orientar as práticas do autocuidado. Sua familiaridade com as estratégias de promoção de saúde, adquiridas tanto na vivência acadêmica como na prática do trabalho, pode ser um elemento facilitador para a orientação adequada a adesão medicamentosa, tendo como consequência um tratamento efetivo⁽¹¹⁾. Para tanto, sabe-se que o tratamento para este grupo em especial é único e individual, cabendo ao profissional identificar suas limitações e



barreiras, apoiando e encorajando o adolescente e a família no seu autocuidado. As dificuldades encontradas pelos adolescentes com HIV e AIDS vão além de tomar a medicação, especialmente após o diagnóstico, as decisões tomadas podem levar a complicações na manutenção do seu autocuidado e no tratamento⁽¹²⁾. A orfandade de pai e mãe pode influenciar na tomada de decisões, o desenvolvimento do indivíduo estaria relacionado a presença de pessoas importantes que facilitam esse processo do cuidar⁽¹³⁾. Os adolescentes têm a vida marcada por perdas e orfandades, o que faz sentirem-se desamparados, desprotegidos pela ausência do pai, da mãe ou de ambos no seu cotidiano. Com isso, ainda surge um sentimento de medo, que a experiência que se deu com seus pais se repita consigo ⁽¹⁴⁾. O autocuidado engloba além da terapia medicamentosa, as consultas, exames e participações nos grupos de apoio, a ausência desse acompanhamento pode causar conflitos nas relações familiares e com os profissionais, o que acarreta no déficit da auto precaução⁽¹²⁾. A crença e os valores influenciam diretamente na tomada de decisões sobre o autocuidado, e que estão voltados também à pratica de ações que cooperam na conservação de sua saúde⁽¹⁵⁾.

CONCLUSÃO

A partir de uma revisão integrativa com o objetivo geral de compreender o autocuidado e decisões de adolescentes e jovens com HIV e AIDS através do conhecimento científico que tem sido produzido pela enfermagem, foi possível constatar que essa temática nas bases de dados LILACS, PUBMED e no portal de dados SCIELO tem sido pesquisado e publicado nacionalmente e internacionalmente, no entanto com pouco enfoque no adolescente e jovem. Cabe ao profissional enfermeiro realizar o aconselhamento adotando uma postura de acolhimento para o adolescente e para a sua família, valorizando o que pensa, sente sobre si mesmo, respeitando sua cultura e seus costumes. Para isso, é preciso estar capacitado e ter conhecimento sobre o HIV, AIDS e DST's; perceber a capacidade de entendimento de cada adolescente e suas singularidades para esclarecer dúvidas e dialogar informações equivocadas sobre o vírus. É necessário evidenciar que o vírus HIV é tratável, frisar a importância da terapia medicamentosa, do acompanhamento com os profissionais de saúde e psicossocial para o enfrentamento desta condição. A metodologia utilizada possibilitou alcançar o objetivo estipulado da pesquisa, no entanto indica-se que futuras pesquisas nesta temática sejam



realizadas em outras regiões contemplando diferentes culturas e distintas formas de pensar sobre a doença. Este estudo colabora no desenvolvimento do pensamento crítico sobre a temática, uma vez que abrange o conhecimento científico adquirido, com a realidade presenciada na minha carreira profissional. Pois, entender os motivos que levam um jovem com HIV e AIDS ao adoecimento estão além de fazer uso da medicação, uma vez que seu estado emocional também acarreta no adoecimento. Portanto, conclui-se que a pesquisa científica auxilia o profissional enfermeiro no tratamento e na abordagem de se aproximar do adolescente, adquirindo conhecimento que ajude nas suas tomadas de decisões e no seu autocuidado diminuindo o seu sofrimento. Espera-se que, novas pesquisas auxiliem na redução dos novos casos, da vulnerabilidade, do adoecimento e na morbimortalidade de adolescentes com o vírus e a doença.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

Espera-se que a partir das evidências científicas que foram encontradas na literatura, possa auxiliar os profissionais enfermeiros na implementação de estratégias para melhor orientar e acompanhar os adolescentes e jovens no seu crescimento e desenvolvimento após o diagnóstico do vírus e/ou a doença. Sabe-se que a enfermagem tem o papel importante no aconselhamento para o autocuidado do indivíduo e nas tomadas de decisões, encorajando os adolescentes, fazendo com que se sintam apoiados durante o tratamento, fortalecendo o vínculo profissional-paciente. Sugere-se a criação de grupos de apoio com participação de jovens que vivem com o vírus, para encorajar aqueles que descobrem seu diagnóstico e auxiliar à todos frequentadores como encarar a realidade imposta pela sociedade frente a essa epidemia. O profissional que trabalha com clientes nessa faixa etária precisa ter uma visão holística do ser humano e uma abordagem sistêmica, torna-se imprescindível entender as necessidades desse grupo e levar em consideração os fatores ambientais, sociais e culturais que afetam sua saúde. A identificação do estágio em que se encontra o adolescente facilitará nas discussões com o grupo, a participação dos mesmos e de seus pares, torna-se um fator positivo na aproximação com a rede de serviço e na efetivação de resultados que colaborem na promoção de saúde. Recomenda-se que os profissionais de saúde participem de atividades da educação permanente, abordando o tema adolescente, HIV e AIDS, buscando maneiras que auxiliem no processo de trabalho com essa população, pois, o embasamento científico colabora



no manejo das situações vivenciadas na prática, e que ajude nas soluções para fortalecer o empoderamento e a responsabilidade do adolescente jovem.

REFERÊNCIAS

1. Sadala ML, Marques SA. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. Cad. Saúde Pública. 2006; 22 (11): 2369-78.
2. Maia C, Guilhem D, Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. Rev Saúde Pública. 2008; 42(2): 242-8.
3. Nadal SR, Manzione CR. Identificação dos Grupos de Risco para as Doenças Sexualmente Transmitidas. Rev Bras Coloproct. 2003; 23(2): 128-9.
4. Brasil. Boletim Epidemiológico: HIV/AIDS. Brasília. 2015; 1 [IV ano].
5. Ferreira MA, Alvim NAT, Teixeira MLO, Veloso RC. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. Texto Contexto Enferm. Florianópolis. 2007; 16(2): 217-24.
6. Sehnem GD. Sexualidade do adolescente que vive com HIV/AIDS: contribuições para a visibilidade da educação em saúde. [Tese de doutorado]. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2014: 288.
7. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. Cogitare Enfermagem. 1998; 3(2): 109-12.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto-Enfermagem. 2008; 17 (4): 758-64.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de



adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília. 2010.

10. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis. RJ. Vozes. 2009.

11. Thiengo MA, Oliveira DC, Rodrigues BMRD. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP. 2005; 39(1): 68-76.

12. Bortolotti LR, Spindola T, Taquette SR, Fonte VRF, Pinheiro CDP, Ribeiro Francisco MT. The meaning of living with HIV/aids in adolescence: a descriptive study. Online Brazilian Journal of Nursing. 2014; 13 (4): 537-48.

13. Erdmann AL, Backes MTS, Backes DS, Koerich MS, Baggio MA, Carvalho JN, Meirelles BHS. Gerenciando uma experiência investigativa na promoção do "viver saudável" em um projeto de inclusão social. Texto and contexto enfermagem. 2009; 18 (2): 369-77.

14. Paula CC, Cabral IE, Souza IEO. O (não) dito da AIDS no cotidiano de transição da infância para a adolescência. Revista Brasileira de Enfermagem. 2011; 64 (4): 658-664.

15. Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MBC. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. Texto and contexto enfermagem. 2010; 18 (1): 124-30.

APÊNDICE 01: Artigos selecionados na revisão integrativa. Rio Grande, RS, Brasil. 2016.

Identificação das	Título da publicação	Ano de publicação	Fonte de publicação	Metodologia	Autor	Objetivo



produções selecionadas		ção				
01	A saúde no adolescer com HIV/AIDS: caminhos para uma agenda pós- 2015	2015	Revista Gaúcha de Enfermagem	Pesquisa qualitativa.	Sehnem, G. D; Brondani, J. P; Kantorski, K. J. C; Silva, S. C; Ressel, L. B; Pedro, E. N. R.	Relacionar a percepção de saúde do adolescente que vive com HIV/aids com as possíveis estratégias para reduzir a propagação do vírus.
02	O cotidiano do adolescente que tem hiv/aids: Impessoalidade e disposição ao temor	2013	Texto & contexto Enfermagem	Pesquisa qualitativa.	Ribeiro, A. C; Padoin, S. M. M; Paula, C. C; Terra, M. G.	Compreender o cotidiano terapêutico do adolescente que tem HIV/aids
03	O silêncio no cotidiano do adolescente com HIV/AIDS	2013	Revista Brasileira de Enfermagem	Pesquisa qualitativa.	Motta, M. G. C; Pedro, E. N. R; Paula, C.	Desvelar a percepção e a vivência do adolescente que tem



					C; Coelho, D. F; Ribeiro, A. C; Greff, A.P; Padoin, S.M.M; Poletto, P.M.B; Ribeiro, N. R. R; IssiI, H. B; Neves, E. T; Wachholz, N. I. R; Kreitchma nn, R; Krue, A. G.	AIDS, em relação ao tratamento antirretroviral

04	Cotidiano medicamento so de adolescentes com HIV/AIDS	2013	Revista Eletrônica de Enfermage m	Pesquisa quantitati va.	Paula, C. C.; Padoin, S. M. M.; Brum, C. N.; Silva, C. B.; Albuquerque	Conhecer e descrever as característica s sócio demográficas , clínicas, comportamen tais e do cotidiano



					ue, P. V. C.; Bubadué R. M.	medicamento so de adolescentes com HIV/AIDS.
05	Cotidiano terapêutico do adolescente que tem HIV/AIDS: Ocupação em se cuidar e solicitude da família	2013	Ciência cuidado & saúde	Pesquisa qualitativa.	Ribeiro, A.C.; Padoin, S. M. M.; Paula, C. C.; Motta, M. G. C.	Compreender o cotidiano terapêutico do adolescente que tem HIV/AIDS.

06	Morbimortali dade de Adolescentes com HIV/AIDS em Serviço De Referência no Sul do Brasil	2012	DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmen te Transmissí veis	Pesquisa quantitati va.	Paula, C. C.; Padoin, S. M. M.; Brum, C. N.; Silva, C. S.; Bubadué, R. M.; Albuquerque, P. V. C.; Hoffmann, I. C.	Caracterizar a morbimortali dade dos adolescentes com HIV/ Aids que foram atendidos no HUSM/RS/B rasil.



07	O (não) dito da AIDS no cotidiano de transição da infância para a adolescência	2011	Revista Brasileira de enfermagem	Pesquisa qualitativa.	Paula, C. C.; Cabral, I. E.; Souza, I. E. O.	Compreender o (não) dito da AIDS no cotidiano do ser-adolescendo.
08	O cotidiano de crianças infectadas pelo hiv no adolescer: Compromissos e possibilidades do cuidado de si	2008	Dst - Jornal Brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis	Pesquisa qualitativa.	Paula, C. C.; Cabral, I. E.; Souza, I. E. O.	Compreender as possibilidades de cuidado de si no cotidiano do Adolescer com aids.
09	Revelação do diagnóstico de HIV para o adolescente: modos de ser cotidiano	2015	Escola Anna Nery	Pesquisa qualitativa.	Brum, C. N.; Paula, C. C.; Padoin, S. M. M.; Souza, I. E. O.; Neves, E. T.; Zuge, S. S.	Compreender o significado da revelação do diagnóstico do Vírus da Imunodeficiência Humana para o adolescente.



10	Vulnerabilização de adoecimento de crianças com HIV/AIDS em transição da infância para a adolescência.	2013	Escola Anna Nery	Pesquisa qualitativa.	Bubadué, R. M.; Paula, C. C.; Carnevale, F.; Marín, S. C. O.; Brum, C. N.; Padoin, S. M. M.	Identificar situações de vulnerabilização de adoecimento de pacientes com HIV/AIDS durante a transição da infância para a adolescência.
11	The life of the adolescent with HIV/AIDS and selfcare: a descriptive study	2013	Online Brazilian Journal of Nursing	Pesquisa qualitativa.	Sampaio Filho, F. J. L.; Gubert, F. A.; Pinheiro, P. N. C.; Martins, A. K. L.; Vieira, N. F. C.; Nóbrega, M. F. B.	Descrever o confronto com HIV / AIDS no adolescente portador através de um sistema de práticas de autocuidado.

12	The Influence of Substance	2011	AIDS Patient	Pesquisa qualitativa	Vandevanter, N.	Compreender os



	Use, Social Sexual Environment, Psychosocial Factors, and Partner Characteristics on High-Risk Sexual Behavior Among Young Black and Latino Men Who Have Sex with Men Living with HIV: A Qualitative Study		Care and stds	o e quantitativo.	Duncan , A.; Burrell-Piggott , T.; Bleakley , A.; Birnbaum , J.; Siegel , K.; Lekas , H. M.; Schrimshaw , E.; Cohall , A.; Ramjohn , D.	comportamentos sexuais de risco dos jovens que vivem com o HIV / SIDA
13	Correlates of ever had sex among perinatally HIV-infected adolescents in Uganda	2015	Reproductive Health	Estudo quantitativo	Mbalinda , S. N.; Kiwanuka , N.; Eriksson , L. E.; Wanyenze , R. K.; Kaye , D.	Explorar as correlações de relações sexuais entre adolescentes perinatal infectadas pelo HIV



					<u>K.</u>	

14	Reproductive health and lifestyle factors associated with health-related quality of life among perinatally HIV-infected adolescents in Uganda	2015	Health and Quality of Life Outcomes	Estudo qualitativo-quantitativo	Mbalinda, S. N.; Kiwanuka, N.; Kaye, D. K.; Eriksson, L. E.	Avaliar fatores associados à melhor qualidade de vida relacionado a saúde em pacientes Adolescentes infectados perinatais com HIV no Uganda
15	HIV Testing and Care in Canadian Aboriginal Youth: A community based mixed methods study	2008	BMC Infectious Diseases	Estudo qualitativo-quantitativo	Mill, J. E.; Jackson, R. C.; Worthington, C. A.; Archibald, C. P.; Wong, T.; Myers, T.; Prentice,	Explorar o teste de HIV e cuidados decisões da juventude aborígine canadense.



					T.; Sommerfeldt, S.	

16	Existential movement experienced by adolescents with acquired immunodeficiency syndrome: a phenomenological study	2013	Online Brazilian Journal of Nursing	Pesquisa qualitativa.	Paula, C. C.; Cabral, I. E.; Souza, I. E. O.	Compreender o cotidiano de adolescentes com Aids

Autor: Próprio autor, 2016.



OBESIDADE/SOBREPESO NA ADOLESCÊNCIA: SUBSÍDIOS PARA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

OBESITY / OVERWEIGHTS IN ADOLESCENCE: SUBSIDIES FOR NURSING PRACTICE

Aline Ney Grehs; Vanessa da Silva Tarouco; Bianca dos Santos Blan; Cintia Camila Santos de Souza Costa; Giovana Calcagno Gomes; Daniele Ferreira Acosta

RESUMO: Recorte de um projeto de extensão realizado com o objetivo de apresentar os hábitos de vida e a prevalência de obesidade/sobrepeso entre adolescentes estudantes de cursos profissionalizantes do Centro de Convívio dos Meninos do Mar. Participaram 123 adolescentes que responderam a instrumento contendo informações acerca do perfil, das medidas antropométricas e alguns hábitos de vida para posterior aplicação de uma atividade de educação em saúde. Os dados foram analisados por meio do *software* Statistical Package for the Social Sciences. Dos 123 participantes, 33 apresentaram alteração do peso e ou pressão arterial. Desses, 26 apresentaram sobrepeso ou obesidade. Foi constatada a presença de inatividade física entre alguns adolescentes, bem como o consumo de alimentos gordurosos, refrigerantes. Concluiu-se a importância do acompanhamento do enfermeiro que precisa compreender o impacto físico e emocional que a obesidade/sobrepeso acarreta na vida do adolescente. Atividades de educação em saúde são instrumentos a fim de prevenir/minimizar os riscos da obesidade e de outras doenças crônicas não transmissíveis relacionadas.

Descritores: Obesidade. Adolescente. Enfermagem. Educação em Saúde.

ABSTRACT: It's a sample from an extension project executed with the objective of analyzing the habits of life and the prevalence of obesity/overweight in teenagers from professional courses at the CCMAR. A total of 123 teenagers responded the instrument containing information about the profile, the anthropometric measurements and some habits of life for later application of a health education activity. The data were analyzed by the



softwareStatisticalPackage for the Social Sciences. Among the 123 participants, 33 had some alteration in weight and/or blood pressure. Between those, 26 were overweight or obese. It was verified the presence of physical inactivity in some adolescents, as well as the consumption of fatty foods, like soft drinks. Therefore, the importance of the Nurse's accompaniment is needed to understand the physical and emotional impact of obesity/overweight on adolescent life. Furthermore, health education activities are instruments to prevent or minimize the risks of obesity and other chronic diseases non-communicable.

Descriptors: Obesity. Adolescent. Nursing. Health Education.

INTRODUÇÃO

A adolescência é considerada uma fase com inúmeras mudanças, das quais o indivíduo se desenvolve sexual e espiritualmente, além de formar sua personalidade. Há o planejamento dos projetos de vida pessoal e profissional, como forma de empoderamento, de responsabilidade e de auto-estima¹. Essas mudanças ocorrem em diferentes espaços de tempo para cada adolescente, porém está compreendida entre 10 aos 19 anos².

Nesse período o adolescente está sujeito a muitas pressões externas de amigos, da mídia, ou dos próprios familiares, que podem afetar ou alterar seu estilo de vida ou hábitos, incluindo os alimentares¹. Como uma das consequências pode-se citar a obesidade, considerada atualmente um problema de saúde pública que acomete diferentes faixas etárias. Pode-se perceber que em crianças e adolescentes os índices deste agravo chegam a 20% e que sem os cuidados necessários a obesidade pode ser refletida ainda ao longo de sua vida, no qual 32% da população adulta apresenta excesso de peso impactando nos índices de morbidade associados a essa patologia². Dessa forma, o conjunto de fatores determinantes e condicionantes tal como alimentação, moradia, transporte, saneamento básico, ambiente, trabalho, renda, educação e o apoio social precisam ser levados em consideração diante de ações em saúde³.

A obesidade na adolescência pode resultar em diversas consequências tais como o aumento na pressão arterial, dislipidemias, diabetes, além de distúrbios psicológicos, emocionais e de relacionamento; desenvolvimento de doenças cardiovasculares na idade adulta, levando a uma maior morbimortalidade⁴. São diversos os fatores que causam



desequilíbrio no balanço energético e levam à obesidade, entre esses estão os genéticos, no qual os filhos herdam a característica de pais e mães que são obesos e os de hábitos de vida, que em sua maioria estão vinculados à incidência de ingestão desequilibrada de alimentos calóricos⁵.

Tento em vista as mudanças que ocorreram ao longo dos anos, principalmente com o avanço da industrialização, as práticas que constituem todo o processo alimentar se tornaram permeáveis a mudanças, seja pela incorporação de novos alimentos, formas de preparo, seja pela compra e consumo, esses direcionados sob influência do poder aquisitivo, da publicidade e praticidade de cada indivíduo. Todo esse processo caracteriza uma cultura alimentar, o que pode levar a consolidação de suas práticas estabelecidas e simbolicamente valorizadas⁶.

Adaptado à modernidade, é possível presenciar nos dias de hoje ingestão de alimentos altamente calóricos por meio de *fast food*, *food truck*, refrigerantes, em oposição aos vegetais, verduras e frutas. Aliado a isso, destaca-se a redução da prática de atividades físicas na rotina diária, podendo ocasionar o sedentarismo do indivíduo⁴. Dessa forma, percebe-se a vulnerabilidade do indivíduo na fase da adolescência incluindo os distúrbios relacionados a imagem corporal, sendo assim, é preciso entender como esse reage frente ao assunto. Os estudos voltados à análise do discurso de crianças e adolescentes obesos demonstraram prevalência da insatisfação corporal, especificamente relacionada à obesidade abdominal, no qual a imagem deste indivíduo se sobressai sobre as questões de saúde, que muitas vezes é desconhecida pelos mesmos⁷. Somado-se a isso, é possível identificar a insatisfação da autoimagem principalmente em garotas adolescentes e mulheres jovens, visto que o exposto na mídia leva à padrões irreais de beleza predispondo as jovens à depressão¹.

Nesse contexto, os profissionais de enfermagem possuem um papel essencial, priorizando ações de saúde para esses jovens, problematizando suas necessidades, dúvidas, anseios e medos, comuns durante esta fase⁸. Sendo assim, o enfermeiro como membro da equipe multidisciplinar deve reconhecer a importância da sua atuação frente à obesidade na adolescência. Ao buscar uma abordagem integral do adolescente, o enfermeiro deve lidar com as diferentes questões e transformações, considerando, inclusive, o olhar do adolescente sobre si mesmo e sobre o mundo. Tal prática deve objetivar a redução dessa incidência através da prevenção e consequentemente de danos e/ou alterações no estilo de vida das crianças devido ao excesso de peso⁵. O profissional da área da saúde que trabalha com essa temática em sua



prática cotidiana precisa ressaltar a importância da atenção a saúde em uma visão holística¹.

A partir do exposto, o presente trabalho se justifica na medida em que conhecer e identificar os hábitos de vida dos adolescentes permitirá a implementação de ações preventivas que possibilitem evitar/minimizar os agravos relacionados ao seu processo de saúde e doença.

OBJETIVO

Apresentar os hábitos de vida e a prevalência de obesidade/sobrepeso entre adolescentes estudantes de cursos profissionalizantes do Centro de Convívio dos Meninos do Mar (CCMar).

METODOLOGIA

Trata-se do recorte de um projeto de extensão realizado em parceria com Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem e PET Estatística com adolescentes matriculados nos cursos profissionalizantes desenvolvidos pelo projeto Centro de Convívio dos Meninos do Mar (CCMar), em Rio Grande/RS, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Os cursos profissionalizantes oferecidos são informática, culinária, manicure e pedicure, recepcionista de eventos e de hotelaria, panificação, costuraria, música, educação náutica e construção naval. Os beneficiados foram adolescentes, com idades entre 14 e 17 anos, renda familiar de até um e meio salário mínimo, matriculados regularmente em escolas públicas e oriundos de comunidades carentes do município do Rio Grande.

Participaram do projeto todos os adolescentes presentes em aula no primeiro encontro com as pesquisadoras, para apresentação do projeto. Esse contemplou duas grandes etapas consecutivas: uma de coleta de informações acerca do perfil do adolescente, das medições antropométricas e dos hábitos de vida (alimentares, esporte, lazer), conforme instrumento elaborado pelas pesquisadoras, e a outra foi realizada a atividade de educação em saúde com os adolescentes, momento na qual os dados foram apresentados ao grande grupo, bem como discutidos em roda. Para garantir o anonimato os participantes foram identificados pela letra A (adolescente) seguido de números consecutivos (1,2,3 ...).

Aqueles que apresentaram alguma alteração na pressão arterial e/ou peso, na primeira etapa, foram convidados a um segundo encontro, que foi agendado com a direção do para



aplicação de um novo instrumento de coleta de dados contendo reavaliação da pressão arterial, do peso e da circunferência abdominal, bem como o histórico familiar de hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, obesidade e quantidade de sal utilizada na comida. Os equipamentos para avaliação utilizados pelas pesquisadoras foram, balança calibrada, fita métrica, estetoscópio e esfigmomanômetro calibrado. Cabe destacar que os estudantes foram orientados a realizar um exercício de respiração para que ficassem mais relaxados, diminuindo as chances de interferência na aferição da pressão.

Também foi avaliada a necessidade de encaminhamento do adolescente a uma Unidade Básica de Saúde para estabelecer um acompanhamento por consulta de enfermagem individual e direcionada, bem como conversado com a nutricionista e com a assistente social que fazem parte do CCMar.

Os dados foram tratados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences* pelo PET Estatística. Foi calculado o Índice de Massa Corporal dos participantes de modo manual por meio da fórmula $IMC = \text{peso} / \text{altura}$.

Por se tratar de um projeto de extensão, esse não apresenta a necessidade de um parecer do comitê de ética.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 123 adolescentes, sendo 40 do sexo masculino e 83 do sexo feminino, com idade entre 14-17 anos. Na primeira etapa, 123 adolescentes foram entrevistados quanto aos seus hábitos alimentares, ingestão de água e realização de atividades físicas. Além disso, foi verificada a altura, o peso, a circunferência abdominal e aferida a pressão arterial. Após, foi calculado o IMC de todos os estudantes e relacionado à pressão arterial elevada, ingestão de alimentos calóricos e gordurosos, sedentarismo com a expectativa de vida que eles desejavam ter.

Em relação a prática de atividade física, 56 adolescentes relataram participar de práticas esportivas, sendo em sua grande maioria o futebol. Quanto às atividades esportivas, 91 adolescentes informaram realizar principalmente caminhadas, corridas e ciclismo. Em um total, 110 participantes relataram participar de atividade física e/ou atividade esportiva. Logo, 13 adolescentes não praticavam nenhuma atividade.

Um segundo encontro foi realizado com os 33 estudantes que apresentaram alteração



do peso e/ou da pressão arterial, sendo 11 meninos e 22 meninas. Dos 33 adolescentes, sete apresentaram exclusivamente hipertensão, sete apenas obesidade ou sobrepeso e 19 ambos agravos: hipertensão e obesidade/sobrepeso. Portanto, 26 apresentavam obesidade ou sobrepeso.

Quanto às práticas alimentares, os adolescentes apresentaram conhecimento sobre “alimentos bons” e “alimentos ruins”, possuindo boa distinção dos mesmos. Porém, analisando os alimentos mais ingeridos pelos mesmos, foi possível perceber grande parte das refeições eram compostas de doces, carboidratos e gorduras. Ao que se refere ao número de refeições diárias, essas ficaram compreendidas entre duas e sete refeições por dia.

A ingesta hídrica, também questionada, ficou compreendida entre um a dez copos por dia. Dentro dos hábitos diários observados, os adolescentes relataram o grande consumo de refrigerantes, o que implica na contribuição para o aumento de peso.

Os casos de obesidade e pressão arterial alterada foram esclarecidos para o diretor do Centro de Convívio dos Meninos do Mar (CCMar) na Universidade Federal do Rio Grande-FURG com o propósito de reduzir a quantidade de sal na comida do refeitório do CCMar, além, da retirada do sal nas mesas, considerando que os adolescentes fazem refeições nesse estabelecimento.

DISCUSSÃO

Corroborando com estudos, por meio da realização do projeto extensionista, foi observada a ocorrência de sobrepeso/obesidade na adolescência. Esse agravo está muito associado a tecnologias, visto que essa vem substituindo vários costumes e hábitos. As brincadeiras, o modo de trabalhar, de se comunicar e trocar informação são substituídas por videogames, redes sociais e outros meios tecnológicos. Por ser um facilitador, a tecnologia promove certa comodidade aos jovens. Por exemplo, hoje em dia, não há a necessidade de ir até uma loja física para realizar compras, as lojas *online* oferecem esse serviço⁶.

Outro exemplo é a facilidade de realizar pedidos *delivery*, basta baixar o aplicativo, solicitar o serviço e esperar a entrega. A tecnologia em si não é algo maléfico, porém a comodidade, aos poucos, introduz uma vida sedentária, o que pode gerar consequências no âmbito da saúde e principalmente nas atividades físicas desse adolescente⁹.

Ao associar a obesidade ao sedentarismo, devido à falta de atividade física e/ou



práticas esportivas, conforme evidenciado em 11% dos adolescentes, é possível considerar a inatividade como um dos principais contribuintes para prejuízos ao corpo levando ao desenvolvimento de obesidade e da hipertensão. Cabe destacar não somente esses dois agravos de saúde, mas também a relação com a diabetes, doenças cardiovasculares, entre outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)⁹.

Em comparação com os meninos, as adolescentes apresentaram maior incidência de alteração no peso, visto que foram em maior número na participação do projeto de extensão. Todavia, em estudo que verificou a prevalência de sobrepeso, obesidade e o nível de atividade física entre adolescentes de escolas públicas de uma cidade de São Paulo, foi evidenciado que as alterações de peso: magreza, ou sobrepeso ou obesidade estavam mais presentes no sexo feminino. A obesidade abdominal também foi prevalente entre as meninas¹⁰. Pode ser que as questões relacionadas ao gênero, bem como os fatores biológicos, estejam diretamente, ou indiretamente, associados a alteração do peso entre elas. Também é preciso que outros fatores sejam investigados tal como perfil socioeconômico, herança familiar, padrão de consumo alimentar a fim de fundamentarem essas diferenças entre ambos sexos.

Detectar e problematizar com adolescentes sobre a obesidade permite tanto a prevenção precoce de outros agravos, bem como o reconhecimento de distúrbios alimentares, do isolamento social devido a vergonha do próprio corpo, além da prática do bullying, muito comum entre jovens.

A importância de compartilhar as informações com os participantes do projeto de extensão bem como o acompanhamento e orientação dos mesmos é resultante de um processo designado a educação em saúde, sendo uma forma de introduzir o empoderamento e a autonomia consciente no cotidiano desses adolescentes. A disseminação das informações de prevenção e promoção à saúde, sendo realizadas de forma integrada e multidisciplinar, agregam relevância aos adolescentes, em busca de diminuir os riscos para as doenças crônicas não transmissíveis e possível morbidade futura¹¹.

CONCLUSÃO

Tendo em vista a complexidade do assunto, cabe ao profissional de saúde a compreensão acerca dos fatores que interferem na imagem corporal dos adolescentes e que necessita grande atenção, sendo um trabalho que não inclui apenas enfermeiros, mas toda a



equipe de saúde. Um acompanhamento multidisciplinar, principalmente psicológico, eleva o patamar da assistência ao adolescente no qual se busca compreender suas necessidades ao mesmo tempo em que intervém nos demais aspectos relacionados à saúde do indivíduo para que se tenha de fato sua abordagem integral.

Sabe-se que a remoção das tecnologias é algo inviável, porém é de extrema importância saber de que forma utilizar de forma benéfica. O abandono ou a falta de estímulo para as práticas esportivas e a alimentação inadequada, principalmente na adolescência, no qual o corpo passa por diversas mudanças, são fatores que podem desencadear problemas não só físicos, mas sociais, visto que em muitos casos a não aceitação da autoimagem é um fato condicionante para a sua exclusão social.

Este recorte do Projeto de extensão buscou apresentar os hábitos de vida e a prevalência da obesidade, mas sabe-se que o enfermeiro, assim como todo profissional de saúde, deve se instrumentalizar para a existência de outros distúrbios do peso como, por exemplo, a anorexia e a bulimia. Sendo assim, deixa-se a ressalva da extensão do projeto futuramente, buscando trabalhar também estes distúrbios.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Ao que cabe à enfermagem, as ações exercidas pelos profissionais de saúde não devem se limitar apenas ao âmbito hospitalar. Durante a assistência do enfermeiro, devem ser trabalhadas atividades de educação em saúde, como por exemplo, na assistência primária, no qual são realizadas medidas de prevenção a estas doenças crônicas não transmissíveis e não somente o tratamento de agravos, quando já instalada. Somando-se a isso, o enfermeiro pode atuar em espaços comunitários, fazendo o uso de tecnologias de uma forma positiva, ao buscar sua maior abrangência e aceitação por parte da população.

Uma forma de aplicação e reconhecimento da prática assistencial é ter como suporte teorias de enfermagem, como por exemplo a Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson. Teoria que busca o cuidado em sua forma idealizada e moralmente aplicada, com o objetivo de preservar a dignidade humana, através da proteção do adolescente. O profissional de saúde deve ter o comprometimento com o cuidado e ter conhecimento das implicações da obesidade sobre o adolescente, possibilitando uma maior interação e adesão, por parte do adolescente por meio de uma visão holística.



REFERÊNCIAS

1. Valença CN, Germano RM. Percepção da auto-imagem e satisfação corporal em adolescentes: perspectiva do cuidado integral na enfermagem. Rev. Rene. Fortaleza. out/dez 2009; 10(4): 173-180.
2. Recine E, Radaelli P. Obesidade e desnutrição. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde - SPS. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica Alimentação e Nutrição, Universidade de Brasília - UnB. Faculdade de Ciências da Saúde. Departamento de Nutrição, 2000.
3. Oliveira MJI, Santo EE. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. Caderno saúde e desenvolvimento. jan/jun 2013; 2 (2): 7-24.
4. Rodrigues RSN, Cavalcanti AMTS, Silva TMS. Diagnósticos de enfermagem em adolescentes com excesso de peso. Rev Rene. 2013; 14 (1): 187-98.
5. Ribeiro KRA, Anjos EG, Oliveira EM, Araújo MAS. Ações da enfermagem no combate à obesidade infantil no período escolar. Revista Recien. 2015; 5 (15): 11-18.
6. Garcia RWD. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. Rev. Nutr. Out/dez 2003; 16(4): 483- 492.
7. Victorino SVZ, Soares LG, Marcon SS, Higashihashi IH. Viver com obesidade infantil: a experiência de crianças inscritas em programa de acompanhamento multidisciplinar. Rev Rene. 2014 nov-dez; 15 (6): 980-9.
8. Macedo EOS, Conceição MIG. Significações sobre adolescência e saúde entre participantes de um grupo educativo de adolescentes. Psicol. Cienc. Prof. dez 2015; 35(4): 1059-1073.



9. Neto FNC, Purificação TA, Lima UD. A influência das novas tecnologias no sedentarismo atual. Anais do XXII Encontro Regional dos estudantes de educação física. Pernambuco. João Pessoa, 2016.

10. Cabrera TFC, Correia IFL, Santos DO, Pacagnelli FL, Prado MTA, Silva TD, Monteiro CBM. et al. Análise da prevalência de sobrepeso e obesidade e do nível de atividade física em crianças e adolescentes de uma cidade do sudoeste de São Paulo. Rev. Bras. Crescimento Desenv. Hum. 2014; 24 (1): 1-6.

11 D'alencar ER, Lima MMR, Mendonça PML, Custódio IL, D'Alencar BP, Lima FET. Ações de educação em saúde no controle do sobrepeso/obesidade no ambiente de trabalho. Rev. Rene. jan./mar. 2010; 11(1): 172-180.



ORGANIZAÇÃO DA FAMÍLIA PARA O CUIDADO DA CRIANÇA NO HOSPITAL

FAMILY ORGANIZATION FOR THE CHILD CARE AT THE HOSPITAL

Aline Rodrigues Costa; Camila Magroski Goulart Nobre; Eliel de Oliveira Bandeira;
Jéssica da Silva Gama; Juliana Piveta de Lima; Giovana Calcagno Gomes

RESUMO: Objetivo: Conhecer a organização da família para o cuidado da criança no hospital. **Método:** Pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa realizada na Unidade Pediátrica no sul do Brasil. Participaram 21 familiares de crianças internadas. A coleta de dados deu-se por entrevistas semiestruturadas em 2016. A análise deu-se pela Análise Temática. Respeitaram-se os princípios éticos conforme a resolução 466/12. **Resultados:** Verificaram-se que alguns familiares cuidam sozinhos da criança e quando necessário solicitam a equipe. Existe o revezamento dos pais com os demais filhos, rotinas diárias e com suas necessidades. Contam com o auxílio de familiares, amigos e da equipe e quando sozinhos das famílias dos pacientes internados. Quando a internação é permanente, a família recebe auxílio do governo o que possibilita a contratação de auxiliares. **Conclusão:** Concluiu-se o enfermeiro e sua equipe são importantes, pois, por meio das orientações, esclarecimento de dúvidas e apoio a família sente-se segura e tranquila durante esse período.

Descritores: Criança hospitalizada; Família; Enfermagem.

ABSTRACT: Objective: To know the organization of the family for the care of the child in the hospital. **Method:** Descriptive, exploratory and qualitative research carried out at the Pediatric Unit in southern Brazil. Twenty-one relatives of hospitalized children participated. The data collection was done through semi-structured interviews in 2016. The analysis was given by Thematic Analysis. Ethical principles were respected in accordance with resolution 466/12. **Results:** It was verified that some family members take care of the child alone and, when necessary, request the staff. There is the relay of the parents with the other children, daily routines and with their needs. They rely on the help of family, friends and staff and



when alone from the inpatient families. When the hospitalization is permanent, the family receives aid from the government which makes it possible to hire auxiliaries. **Conclusion:** It was concluded that nurses and their staff are important because, through the guidance, clarification of doubts and support, the family feels safe and calm during this period.

Descritores: Children hospitalized. Family. Nursing.

INTRODUÇÃO

A família oferece carinho, suporte e apoio necessário para que a criança passe por esse momento difícil de forma tranquila. O ambiente desconhecido e novo, longe do convívio familiar trás sentimentos conflitantes para a criança, portanto é preciso estimular e incentivar a presença da família que contribuirá para amenizá-los e será mediadora na relação da criança com a equipe¹.

Salvador (2013) relata que as famílias, durante a hospitalização, precisam se reestruturar conforme suas novas necessidades. Sendo dominante a figura materna como principal cuidador da criança, os cuidados aos outros filhos ficam confiados a outros familiares, podendo gerar sentimentos de preocupação e culpa pelo afastamento do lar.²

A rotina da unidade sobrecarrega e estressa o familiar quando o mesmo não possui uma rede de apoio social. O familiar cuidador passa a dedicar-se exclusivamente ao cuidado da criança, deixando suas necessidades e atividades de lado, abdicando de qualquer tempo livre para os cuidados diários da criança no hospital³. Alguns familiares cuidam sozinhos da criança, não confiando seu cuidado a outras pessoas. Entretanto, na busca da adaptação ao hospital procuram o apoio e o compartilhamento de informações com a equipe de enfermagem de modo que o habilitem a se organizar e realizar um cuidado de qualidade a criança internada⁴.

Um fator desfavorável e que interfere na organização familiar é a baixa renda. A falta de condições para realizar um tratamento adequado no domicílio leva a internação da criança. Período esse que também gera aumento nos gastos devido a despesas com locomoção, alimentação, entre outros, pois a família precisa se reorganizar financeiramente durante esse momento⁴.

A infraestrutura da unidade é um aspecto que interfere no período de internação para o



cuidador, pois é ele que permanecerá durante todo o período de internação ao lado da criança. Morais, Souza e Oliveira (2015) relatam alguns fatores negativos citados pelos cuidadores que geram insatisfações como a substituição de camas por poltronas reclináveis, a alimentação fornecida que não atende as preferências alimentares, o abastecimento insuficiente de roupas limpas, dificuldades de suprir as necessidades de higiene corporal e eliminações fisiológicas devido ao número insuficiente de banheiros destinados à clientela e, por fim, a falta de espaço adequado para atividades de lazer destinadas aos acompanhantes na unidade⁵. Esses cuidados, se não olhados de forma humanizada desestruturam o familiar e geram conflitos de relacionamento com os profissionais.

Além disso, muitas vezes, o familiar cuidador da criança no hospital precisa recorrer a estratégias que visam o seu conforto e adaptação nesse momento. Morais, Souza e Oliveira (2015) referem que os participantes, para suprir suas necessidades, buscam recursos materiais na rede de apoio existente ou construída durante a hospitalização da criança.⁵ Os profissionais atuantes na unidade e instituição devem entender que o cuidador responsável possui necessidades que precisam ser atendidas, visto que essa figura tem papel importante na vida da criança.

A organização da família durante o período de internação na Unidade de Pediatria é tema importante, e requer conhecimento e um olhar humanizado dos profissionais envolvidos a fim de proporcionar um cuidado de qualidade a criança e seu familiar cuidador. Acredita-se que conhecer a organização desses familiares cuidadores durante a internação hospitalar da criança pode nos auxiliar a planejar nossa prática assistencial voltada tanto para a criança como para seu familiar na unidade.

Logo, a questão que norteou este estudo foi: Como é a organização da família para o cuidado da criança no hospital? O conhecimento gerado neste estudo poderá subsidiar aos profissionais que atuam em Unidades de Pediatria o desenvolvimento de estratégias efetivas de cuidado à criança e seu familiar cuidador, auxiliando na sua adaptação durante o período de internação.

METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa exploratória e descritiva de cunho qualitativo. Para Minayo (2010) a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações,



crenças, valores e atitudes⁶. Ela permite que o autor se envolva diretamente na situação e possibilita observar os agentes no seu cotidiano, convivendo e interagindo socialmente com estes. Descritiva porque permite a descrição do fenômeno investigado possibilitando que este se torne conhecido e exploratória porque permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema⁷.

Foi realizado na Unidade de Pediatria do Hospital Universitário (HU) Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. Esta unidade possui 18 leitos destinados a crianças com idades entre zero a doze anos incompletos que internam tanto para atendimentos clínicos como cirúrgicos. Os leitos são distribuídos da seguinte maneira: um leito de isolamento, uma enfermaria com cinco leitos e quatro enfermarias com três leitos, que funcionam com sistema de alojamento conjunto, todos para crianças conveniadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Participaram do estudo 21 familiares cuidadores de crianças internadas no setor, no período de coleta de dados, que atenderam ao critério de inclusão: ter dezoito anos ou mais e acompanhar a criança periodicamente, cuidando da mesma durante toda a sua internação, prestando-lhe cuidados contínuos na Unidade. Como critério de exclusão foi utilizado ser cuidador eventual da criança no hospital, substituindo o familiar acompanhante principal durante curtos períodos de tempo ao longo da internação. Após orientadas acerca dos objetivos e metodologia do estudo, as que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. O número de participantes foi delimitado pelo momento em que os dados começaram a se repetir, não surgindo novas informações.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas únicas com cada participante de forma a obter uma melhor compreensão da realidade, relativa ao fenômeno em estudo. A entrevista é uma atividade em que ocorre uma aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo-se uma combinação particular entre teoria e prática⁶. Foram realizadas no segundo semestre de 2016. Os participantes foram questionados sobre sua organização para o cuidado da criança no hospital.

Os dados foram analisados pela técnica de Análise Temática operacionalizada a partir da Pré Análise, na qual se realizou a leitura flutuante dos dados, o agrupamento das falas e elaboração das unidades de registro; Exploração do material, na qual os dados foram codificados, agrupados por semelhanças e diferenças e organizados em categorias e o Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, na qual as falas mais significativas foram



discutidas a partir de autores para dar suporte à análise⁶.

Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/2012⁸. O projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde (CEPAS / FURG) e com o parecer favorável de número 92/2016 deste foi iniciada a coleta dos dados. As falas dos participantes foram identificadas pela letra F seguida do número da entrevista, com vistas a garantir o seu anonimato.

RESULTADOS

A seguir será apresentada a caracterização das participantes do estudo e as categorias geradas a partir da análise temática dos dados: organização da família para o cuidado da criança no hospital.

Caracterizações das participantes do estudo:

Participaram do estudo 21 familiares acompanhantes de crianças internadas no período da coleta dos dados. Suas idades variaram entre 18 e 51 anos com uma média de 30,8 anos. Como grau de parentesco com a criança internada 19 eram mães e dois pais da criança. Quanto ao nível de escolaridade nove possuíam primeiro grau incompleto, dois primeiro grau completo, um segundo grau incompleto, sete segundo grau completo e dois ensino superior incompleto.

Quanto ao local de moradia dois familiares residiam fora do município, sendo um em Santa Vitória do Palmar e um em São José do Norte. Um familiar residia no bairro centro do município, quatro no bairro Getúlio Vargas, três no bairro Cidade Nova, dois no bairro Hidráulica, dois no bairro Cidade de Agueda, um no bairro Castelo Branco, um no bairro São Miguel, um no bairro Aeroporto, um no Parque São Pedro, um no bairro Cassino, um no bairro América e um no bairro Cohab I.

Quanto ao número de filhos dois familiares possuíam cinco filhos, dois familiares possuíam quatro filhos, quatro familiares possuíam três filhos, sete familiares possuíam dois filhos e seis familiares possuíam um filho. Quanto a idade das crianças internadas essa variou entre um mês e oito anos, com uma média de 6,9 anos de idade. Duas crianças internaram para realização de cirurgias, uma de apendicectomia e outra de plastia de tendão de membro inferior, as demais por manifestações clínicas. Quatro internaram por bronquiolite, três por



crises convulsivas, dois para tratamento de sífilis congênita, um por crise asmática, um por pneumonia, um por anemia profunda, um por edema periorbital a investigar, um por dor abdominal a investigar, um por edema em perna direita após queda, um por apresentar um tumor no rim direito já com metástases, uma criança encefalopata para tratamento de infecção urinária, um por gastroenterite e um por anóxia neonatal.

Organização da família para o cuidado da criança no hospital

Em relação à organização da família durante o período de internação da criança foi observado que alguns familiares cuidadores, principalmente as mães, cuidam sozinhos diariamente da criança, muitas vezes não fazendo questão da interferência de outras pessoas. Entretanto, quando existem dúvidas frente ao cuidado exercido ou a necessidade de supervisão solicitam o auxílio da equipe. Contam também com a cooperação da criança em alguns momentos e com a presença do pai, mas em curtos período de tempo.

Eu não saio daqui de dentro. Se eu tenho que fazer alguma coisa é tudo com ela. Até no banheiro eu vou com ela. Às vezes eu peço assim para eles olharem, mas eu fico com medo e aí eu prefiro levar. (F20)

Aí só tem eu e se eu sinto dúvida eu chamo o enfermeiro para me ajudar. Eu nunca faço tudo sozinha. E assim eu fico. (F1)

Aqui é só eu que cuido dela porque eu não deixo ninguém. Eu não consigo ir para casa e deixar ela. Se eu tiver que ir no banheiro ou fazer alguma coisa eu levo ela comigo, ou nem vou. Fico sempre só com ela. (F10)

É só eu que cuido dela. O pai dela vem um dia na semana. Se eu tenho que comer, eu como aqui do lado dela. Para ir ao banheiro eu sempre procuro ir quando ela está acordada, porque eu digo para ela: _ Filha, fica acordada que a mamãe vai tomar banho, qualquer coisa tu gritas. Aí eu tomo banho e ela fica quietinha. (F9)

Verificou-se que existe o revezamento dos pais para que exista um equilíbrio no cuidado com os demais filhos em casa, rotinas diárias e com suas próprias necessidades. Além de contar com o auxílio de outros familiares, amigos e supervisão da equipe, quando estão sozinhos no hospital recebem auxílio das famílias dos demais pacientes internados no mesmo quarto.

Tem que ser bem organizado mesmo até porque a gente tem outros né. A gente, eu e



minha mulher, se reveza entendeu? De noite eu que fico com ela aqui por causa da minha esposa que tem um filhinho de um ano e pouco e ele toma leite no peito. Então de noite eu fico com ela e de dia minha esposa vem para cá e a minha guria mais velha fica com o pequeno em casa até a hora de eu chegar. (F15)

Meu marido veio ontem aí eu fui em casa, tomei um banho e voltei. [...] Aqui dentro se tenho que fazer alguma coisa para mim eu deixo ela rapidinho, boto um cobertor e já volto ou peço para as gurias aqui do quarto reparar ela. Minhas coisas são só entorno dela. (F16)

Para cuidar dele não tem outra pessoa melhor do que eu. Quando eu não estou vem outra pessoa, mas aí eu já não fico tranquilo. Eu já sei todos os esquemas dele e dá um trabalho danado. E para alimentar ele se não for eu não tem como. Agora eu vou sair na emergência depois do almoço e vai vir a mãe do meu outro filho para ficar com ele para eu poder resolver as coisas. (F6)

Só eu. Se eu preciso fazer alguma coisa eu peço para alguém da equipe ficar com ele. Para eu ir ao banheiro eu peço para a colega do quarto dar uma olhada nele. Ele não fica sem mim e muitas vezes vou com a porta aberta e digo para ele: A mamãe está aqui. Consigo tomar banho quando meu esposo vem para cá, se não, não. (F19)

Quando o período de internação da criança é permanente, notou-se que a família necessita de ajuda extra na realização dos cuidados por precisar manter suas rotinas diárias. Um familiar cuidador referiu contar com o auxílio de cuidadoras contratadas que permanecem diversos turnos da semana com a criança no hospital, além da participação da família. Relataram que nem sempre é uma situação fácil, pois existem alguns problemas, principalmente na escolha da cuidadora, por ser uma criança em estado crítico e com cuidados complexos e específicos.

Aí hoje eu tenho uma cuidadora de dia e uma a noite e a gente vai se revezando. Quando elas não podem eu fico as terças e quinta as noites e os finais de semana. Mas às vezes a gente chama uma outra pessoa de fora para cuidar dele. Ai esse ponto também é horrível, porque primeiro não é qualquer um que tu consegues. Tu tens que confiar na pessoa. Tem que ser uma pessoa boa, porque são muitos cuidados que tem que ter com ele, não é que nem cuidar de uma criança normal. Se é cuidadora geralmente tem medo, não são todas que têm coragem, que se dispõem a cuidar. Aí tu já acabas optando por ser enfermeira ou uma técnica que já tem noção do que vai acontecer, mas aí também o custo já se torna bem mais



caro. (F13)

DISCUSSÃO

A rotina da unidade sobrecarrega e estressa o familiar quando o mesmo não possui uma rede de apoio social, o que torna difícil o período de internação. Alguns familiares cuidam sozinhos da criança, não confiando seu cuidado a outras pessoas. Entretanto, na busca da adaptação ao hospital procuram o apoio e o compartilhamento de informações com a equipe de enfermagem de modo que o habilitem a se organizar e realizar um cuidado de qualidade a criança internada⁴.

A estrutura familiar nesse momento sofre alterações e adaptações para que o familiar cuidador consiga se organizar para permanecer no hospital com a criança. A família expandida procura dar apoio e suporte à figura responsável para que esta consiga exercer os cuidados com a criança e manter a qualidade de vida dentro da unidade.

No presente estudo pode-se observar que a principal fonte de apoio do cuidador é o seu cônjuge, existindo um revezamento nas permanências dentro do hospital para que as tarefas do lar e o cuidado com os demais filhos permaneçam inalteradas. Um estudo realizado em um hospital pediátrico no sul do país evidenciou que a figura paterna é vista como suporte essencial à mãe, fornecendo apoio emocional e material para a mesma⁹.

A figura responsável pela criança se encontra em um momento delicado e de fragilidade necessitando de todo apoio possível. A presença dos amigos é vista com bastante recorrência como forma de suporte para o cuidador. Segundo Menezes, Moré e Barros (2016) os amigos auxiliam através do apoio emocional, dos cuidados com os demais filhos e com as tarefas no domicílio do cuidador⁹.

Existem crianças internadas na unidade de outras localidades do estado ou em condição permanente de internação que necessitam do fornecimento de materiais ou apoio financeiro para que consigam viver com qualidade. Segundo Bolla et al (2013) comprovou-se que a rede pública disponibiliza esses recursos de forma a auxiliar as famílias para que consigam passar por esse período da melhor forma possível.¹⁰ Através do apoio financeiro, as famílias que possuem uma criança dependente integralmente do hospital conseguem apoio de profissionais contratados para permanecerem nos períodos em que a família necessita se ausentar da unidade.



O sofrimento causado ao familiar pela hospitalização da criança, principalmente pelos dolorosos procedimentos necessários causam inquietação, ansiedade e dificuldade de adaptação. É importante que a equipe crie um vínculo com a família e a criança e se faça presente por meio das orientações e informações sobre os procedimentos e a rotina da unidade. São informações como essas que geram segurança e confiança o que torna a família mais presente no cuidado à criança dentro da unidade, além de facilitar na sua organização e adaptação¹¹.

CONCLUSÃO

Logo, por meio do presente estudo observou-se, quanto à organização da família para o cuidado da criança no hospital, que alguns familiares cuidam sozinhos diariamente da criança, muitas vezes não fazendo questão da interferência de outras pessoas. Entretanto quando existe a necessidade solicitam o auxílio da equipe de enfermagem. Verificou-se que existe o revezamento dos pais para que exista um equilíbrio no cuidado com os demais filhos em casa, rotinas diárias e com suas próprias necessidades. Além de contar com o auxílio de outros familiares, amigos e supervisão da equipe, quando estão sozinhos no hospital recebem auxílio das famílias dos demais pacientes internados no mesmo quarto. Quando o período de internação da criança é permanente, notou-se que a família necessita e recebe algum tipo de auxílio do governo o que possibilita o financiamento de cuidadoras contratadas para a realização dos cuidados, por precisar manter suas rotinas diárias.

Portanto, conclui-se que é importante a presença tanto do enfermeiro quanto de sua equipe para que as orientações sejam realizadas a fim de suprir as dúvidas dos familiares. Além disso, a equipe faz com que o familiar se sinta mais seguro e acolhido nesse período difícil de internação.

CONTRIBUIÇÕES/ IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

A enfermagem, como equipe que atua diretamente ligada ao cuidado do paciente, possui papel fundamental na orientação não só da criança, mas principalmente de seus familiares e de sua rede de apoio. O esclarecimento de dúvidas pelo enfermeiro e seu apoio nessa fase, contribui no rearranjo familiar para os cuidados, assim como garantem melhor adaptação durante esse período. Contribuindo assim, para uma assistência em saúde



humanizada visando à integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo SV, Gomes ILV, Pennafort VPS, Monteiro ARM, Figueiredo JV. Comunicação terapêutica entre profissionais de saúde e mães acompanhantes durante a hospitalização do filho. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2013; 17(4): 690-7.
2. Salvador MS. Vivências do familiar no cuidado a crianças com doenças crônicas: subsídios para a prática da enfermagem. 97f. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, FURG. 2013.
3. Guerini IC, Cordeiro PKS, Osta SZ, Ribeiro EM. Percepção de familiares sobre estressores decorrentes das demandas de cuidado de criança e adolescente dependentes de tecnologias. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21 (2): 348-55.
4. Gomes GC, Erdmann AL, Oliveira PK, Xavier DM, Santos SSC, Farias DHR. A família durante a internação hospitalar da criança: contribuições para a enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2014; 18 (2): 234-40.
5. Moraes RCM, Souza TV, Oliveira ICS. A (in) satisfação dos acompanhantes acerca da sua condição de permanência na enfermagem pediátrica. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2015; 19 (3): 401-8.
6. Minayo MCS. *Pesquisa Social; teoria, método e criatividade.* 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
7. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.* São Paulo: Atlas, 2009.
8. Brasil. Conselho Nacional de saúde. Resolução nº466. Diretrizes e normas



regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. Brasília. vol.4, n. 2, p.59, 2012.

9. Menezes M, Moré CLOO, Barros L. As redes sociais dos familiares acompanhantes durante internação hospitalar de crianças. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2016; 50 (no.spe).

10. Bolla BA, Fulconi SN, Baltor MRR, Dupas G. Cuidado da criança com anomalia congênita: a experiência da família. *Esc Anna Nery*. 2013; 17 (2): 284-90.

11. Dias A, Brum T, Zottele C, Freitas HMB, Colomé JS, Backes DS. Pais com filhos internados em unidade pediátrica: contribuições da equipe do pet-saúde para o cuidado. *Disciplinarum Scientia*. 2014; 15 (2): 215-24.



O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA CRÔNICA NA INFÂNCIA

THE DIAGNOSTIC OF THE CHRONIC DISEASE IN CHILDHOOD

**Manoela Cunha Nicoletti; Caroline Passos Arruda; Lais Farias Juliano; Daiani
Modernel Xavier; Giovana Calcagno Gomes**

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, descritiva e explicativa, com abordagem qualitativa que objetivou compreender como a família recebe o diagnóstico da doença crônica na criança. Os dados foram coletados nos anos de 2015 e 2016 no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU), vinculado à Universidade Federal do Rio Grande/ FURG, na Unidade de Pediatria. Participaram familiares cuidadores. Os dados foram coletados por entrevistas e analisados por meio da codificação aberta, axial e seletiva. Os resultados revelam que no recebimento do diagnóstico a maioria das famílias sente-se fragilizada, não estando preparadas, não entendendo, não aceitando, sendo impactadas e ficando preocupadas com a criança. A partir do momento em que conseguem aceitar o diagnóstico passam a buscar informações acerca da doença e se organizar para o cuidado à criança. Conclui-se que o cuidado à criança portadora de doença crônica é complexo e que a família necessita ser melhor instrumentalizada para essa tarefa e necessita de auxílio para realiza-lo.

Descritores: Criança hospitalizada. Doença crônica. Cuidadores.

ABSTRACT: It is an exploratory, descriptive and explanatory research, with a qualitative approach that objectified the implications of the diagnosis of the chronic disease in the child for his family. The data were collected from 2015 to 2016 at the University Hospital Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU), linked to the Federal University of Rio Grande (FURG), at the pediatric unit of the hospital. Participated in the study 20 family caregivers divided into four sample groups with five family members together. The results show that when the family receive the diagnosis most families feel fragile, not being prepared, not understanding, not



accepting, being impacted and becoming concerned about a child. Furthermore, from the moment they accept the diagnosis, they search for information about the disease and organize themselves for the care of the child. It is concluded that the child care with chronic disease is complex and that the family needs to be better instrumented for this task and needs help to do it.

Keywords: Child, hospitalized. Chronic Disease. Caregivers.

INTRODUÇÃO

Historicamente, a doença crônica passou por diferentes preocupações tanto teóricas quanto de práticas em relação ao cuidado de seus portadores. Em um primeiro momento, o foco estava em conhecer as doenças, encontrar medicamentos capazes de controlá-las ou aliviar os sintomas e tratar as complicações. Posteriormente, volta-se a preocupação em instrumentalizar as pessoas com informações necessárias cuja expectativa era a de adesão ao tratamento. Em seguida, busca-se voltar o foco para a prevenção por meio de campanhas para orientar as pessoas a evitar ou retardar algumas doenças.¹

As tecnologias, resultantes dos investimentos em pesquisas científicas, são continuamente incorporadas à área da saúde, tais como formas de tratamentos e equipamentos e, principalmente, novos medicamentos, contribuindo para a descoberta de terapêuticas com prognósticos satisfatórios no intuito da redução de doenças agudas graves. Apesar destes avanços e dos esforços na reorganização dessas tecnologias de cuidado, constata-se sua alta prevalência. Doença crônica é aquela que afeta as funções do indivíduo em suas atividades diárias por mais de três meses/ ano, causa hospitalização durante um mês por ano ou requer o uso de dispositivos especiais de adaptação e pode abalar a família de forma definitiva.²

A doença crônica na infância compromete a criança e sua família que precisa enfrentar inúmeras situações adversas para o seu enfrentamento. Estudo americano realizado com crianças e adolescentes constatou que a grande prevalência de enfermidades em crianças ocorre devido às doenças crônicas, nas últimas décadas. Cerca de um quarto das crianças nos Estados Unidos possuem doenças crônicas advindas do diabetes tipo 1 e tipo 2, câncer, anemia falciforme, asma, dor crônica, obesidade, paralisia cerebral, déficit de atenção,



hiperatividade, doenças mentais e autismo.³

As doenças crônicas definem-se a qualquer condição física, emocional ou mental que comprometem ou impedem a criança de frequentar a escola regularmente e desenvolver atividades habituais da infância, por necessitar de frequentes hospitalizações, utilizar de forma regular medicações ou usar equipamentos especiais. As doenças crônicas são prolongadas em sua duração, não se resolvem espontaneamente e raramente são curadas completamente.⁴

No Brasil, as doenças crônicas entre crianças de zero a 14 anos é de 9,3%. A poluição, o consumo de fast-food e de dietas inadequadas colaboraram para o desenvolvimento da asma, da rinite, da obesidade e do diabetes em crianças. A asma brônquica é a doença crônica mais comum da infância, acometendo mais de 10% das crianças brasileiras, 1% a 2% das crianças de baixa idade no Brasil apresentam alergia alimentar. O reconhecimento das Imunodeficiências Primárias (IDPs) é crescente e, no Brasil, temos cerca de 160.000 portadores dos diferentes tipos de IDPs; 6% a 8% da população apresenta alguma forma de doença autoimune, sendo o Diabetes Mellitus tipo 1 de particular importância na infância. Além disso, 5% a 10% de todos os pacientes diabéticos no Brasil são crianças ou adolescentes.⁵

A família sofre quando percebe o diagnóstico incurável da criança, principalmente, por ter dificuldade em lidar com essa realidade. O familiar cuidador passa a conviver com a incerteza, insegurança, desordem e contínua necessidade de reorganização, visto que a família é a unidade básica na construção e desenvolvimento dos indivíduos que a compõem, valores que transmitem, regras, costumes e ideias para as gerações, além de modelos e padrões de comportamento. Assim, o apoio social e emocional a esses familiares torna-se essencial, necessitando de orientações para aprenderem a lidar com o problema, reorganizar a estrutura familiar e as estratégias de enfrentamento da doença e suas sequelas, de acordo com seus referenciais de cultura.⁶

A doença crônica pode ser vista como um estressor que afeta o desenvolvimento normal da criança. A rotina da família muda, frente ao cuidado à criança. Podem ser comuns constantes visitas ao médico, uso de medicações pela criança, necessidade de hospitalizações da criança, trazendo impacto no funcionamento familiar, por afetar o desenvolvimento da criança e suas relações sociais. Pode ocorrer o distanciamento ou divórcio dos pais, a mudança nos papéis e na dinâmica familiar, desgaste nos laços familiares e sociais.⁷



Por serem incuráveis causam, ao longo do tempo sequelas, impondo limitações na criança, requerendo habilidades e competências especiais de cuidado de seus familiares cuidadores para sua reabilitação, necessitando de capacitação, supervisão e observação do cuidado. Ao interagir com a equipe de saúde a família busca compartilhar sentimentos e percepções diante da finitude e da fragilidade da condição humana que uma doença crônica e severamente grave impõe. Procura, igualmente, encontrar respostas seguras e certas que respondam seus questionamentos existenciais. Nessa pluralidade de dúvidas e entendimentos pode concluir que não vai encontrar todas as respostas desejadas. Todavia, poderá desenvolver um sentimento de parceria, apoio e trocas com a equipe multiprofissional. A realização, deste estudo, possibilitou a construção de conhecimentos que deem embasamento às famílias que cuidam de crianças com doenças crônicas e que os profissionais da saúde/enfermagem, que atuam com essas famílias e crianças, empreguem estratégias assistenciais que lhes auxiliem no melhor enfrentamento de seu cotidiano, assessorando-as para o cuidado e fornecendo informações pertinentes acerca da doença. Poderá indicar formas adequadas de intervenção, possibilitando um cuidado de enfermagem efetivo e humanizado a esta clientela uma vez que este não é só um problema para a criança e sua família, mas também de toda a sociedade.

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo compreender como a família recebe o diagnóstico da doença crônica na criança.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, descritiva e explicativa, com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória, descritiva aborda a descrição do fenômeno investigado, possibilitando conhecer os problemas vivenciados e aprofundar seu estudo nos limites de uma realidade específica. Visa proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão.

Na pesquisa descritiva objetiva-se descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Enfatiza mais o



processo e não apenas o produto e se preocupam em retratar a perspectiva dos participantes. Neste tipo de pesquisa é privilegiada a lógica ou o raciocínio indutivo. A abordagem qualitativa visa buscar respostas e entendimento sobre as coisas da vida. Como método, fundamenta-se em dados coletados nas interações interpessoais, na co-participação das situações e contextos dos informantes, analisadas a partir das perspectivas e experiências dos sujeitos, e da significação/sentido que estes dão a estas experiências ou a seus próprios atos. O pesquisador participa, compreende e interpreta. Ao invés de buscar explicações com poder generalizante, procura conhecer o objeto ou fenômeno em suas particularidades, nunca desvinculado de seu contexto real e social.

A pesquisa explicativa registra fatos, analisa-os, interpreta-os e identifica suas causas. Essa prática visa ampliar generalizações, definir leis mais amplas, estruturar e definir modelos teóricos, relacionar hipóteses em uma visão mais unitária do universo ou âmbito produtivo em geral e gerar hipóteses ou ideias por força de dedução lógica. A pesquisa explicativa exige maior investimento em síntese, teorização e reflexão a partir do objeto de estudo. Visa identificar os fatores que contribuem para a ocorrência dos fenômenos ou variáveis que afetam o processo.⁸

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU), vinculado à Universidade Federal do Rio Grande/ FURG, na Unidade de Pediatria. Esse foi criado através de portaria federal em 1976 e inicialmente instalado na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. Trabalham 76 docentes dos cursos de Medicina e Enfermagem, 515 Técnicos em Educação/FURG, 495 funcionários da FAHERG, 54 médicos residentes e inúmeros estagiários de diversas áreas profissionais da comunidade e região. Formam-se em média 60 novos médicos e 50 enfermeiros ao ano. O HU é um hospital referência no atendimento materno-infantil, constituindo-se em um campo de atividades práticas para os acadêmicos da Universidade.

A Unidade de Pediatria do HU se destina ao atendimento de pacientes de zero a doze anos incompletos. É constituída por 18 leitos, assim, distribuídos: um leito de isolamento, uma enfermaria com cinco leitos e quatro enfermarias com três leitos, que funcionam com sistema de alojamento conjunto.

A população do estudo foi composta por familiares cuidadores de crianças com doenças crônicas, no período de realização do estudo. Como critério para a escolha dos



participantes utilizou-se ser cuidador significativo da criança no domicílio e no hospital, acompanhar a criança durante seu atendimento no HU e ter 18 anos ou mais. Foram excluídos os familiares que cuidavam eventualmente da criança no hospital. Os familiares cuidadores que aceitaram participar do estudo foram orientados acerca dos objetivos e metodologia do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. O número de participantes foi delimitado de acordo com o princípio de saturação dos dados, ou seja, até ocorrer a repetição ou a ausência de dados.

Para a coleta de dados foi realizada a seguinte questão norteadora: Como foi o recebimento do diagnóstico de doença crônica do seu filho? A pesquisadora responsável pela pesquisa se apresentou ao familiar cuidador da criança e explicou os objetivos e metodologia do estudo. Foi agendando dia e hora para a realização da entrevista, de acordo com as possibilidades de cada familiar.

Ao término de cada entrevista foi realizada sua transcrição e codificação aberta e axial, para que não se perdessem detalhes que, posteriormente pudessem ser esquecidos ou mal compreendidos. Na codificação aberta, os dados são divididos em partes e comparados em busca de similaridades e diferenças. As ações, os eventos e os objetos semelhantes são agrupados como conceitos mais abstratos, chamados de categorias. Na codificação axial, o analista desenvolve categorias de forma sistemática e as reúne em subcategorias.⁹

Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande/ FURG, sendo aprovado mediante o parecer nº 28/ 2016. Foi garantido às participantes o respeito aos aspectos éticos envolvidos na pesquisa, como, o direito à privacidade e o anonimato. As falas das participantes foram identificadas pela letra F seguida do número da entrevista. As participantes da pesquisa foram esclarecidas sobre a possibilidade de abandono da proposta em qualquer etapa do estudo, sem qualquer prejuízo para si, com o compromisso ético de assegurar o sigilo das informações obtidas durante o seu desenvolvimento, solicitando o seu consentimento para a divulgação destes dados de forma anônima.

RESULTADOS

Participaram do estudo 20 familiares cuidadores. Algumas famílias que participaram



do estudo referiram que a gravidez ocorreu sem problemas, realizaram o pré-natal e os exames mensais normalmente, sendo assim, referiram estarem preparadas para um parto normal.

“Não tive problemas de saúde na gravidez. Fiz o pré-natal bem certinho.” (F1)

“Fiz tudo o que o médico disse que tinha que fazer. Estava preparada para o parto normal do meu filho. Fiz os exames todos os meses da gravidez.” (F2)

Em contrapartida, outras famílias relataram que passaram por uma gravidez difícil, sendo que uma das entrevistadas apresentou infecção urinária.

“Eu tive uma gravidez muito difícil pelas condições de relacionamento com o pai do meu filho”. (F2)

“Apresentei na gravidez infecção urinária de repetição. O diagnóstico era dado quase que a cada dois, três meses durante a minha gravidez”. (F9)

Verificou-se, também, que apesar de algumas famílias apresentarem uma gravidez tranquila no trabalho de parto necessitaram serem atendidas na urgência.

“Fui ao hospital com as dores do parto. Lá cheguei e atenderam na urgência, onde tive meu filho.” (F18)

“Cheguei ao hospital na urgência para trabalho de parto. Estava tudo normal até o nascimento.” (F20)

As famílias referiram que logo após o parto não perceberam anormalidades na criança. Para eles a criança tinha uma aparência normal, aparentemente sem nenhuma patologia, pois a mesma não apresentava sintomas.

“Achava normal. Ele era pequeno, mas parecia normal.” (F1)

“Ele não tinha sintoma nenhum.” (F12)

Referiram também, desconhecer os problemas que ocorreram com a criança durante o nascimento, visto que não foram informadas por nenhum profissional de saúde sobre o caso.

“Quando ele nasceu não me avisaram o que aconteceu.” (F2)

“Não sabia que era uma malformação, que ele tinha nascido assim.”



(F15)

A prematuridade foi uma das causas de doenças crônicas evidenciadas nesse estudo.

“Ele nasceu de seis meses” (F9)

“Ele nasceu prematuro de seis meses”. (F1)

Outro problema apresentado foi que, logo após o nascimento as crianças necessitaram de internação na UTIN, onde posteriormente a família recebeu o diagnóstico de doença crônica da mesma.

“Ele ficou na UTIN de neonatologia quando nasceu. Foi o pediatra quem deu o diagnóstico.” (F14)

“Foi dado o diagnóstico de paralisia cerebral pela pediatra. Ele estava ainda na UTIN.” (F16)

Logo após a alta na UTI a família desconfiou de que a criança não seria normal como as demais e que teria problemas.

“O diagnóstico de paralisia cerebral foi recebido por mim e meu marido. Foi recebido com surpresa porque ninguém esperava, mas a gente tenta procurar a melhor maneira de conviver com isso. Tentamos pesquisar como podemos tratar ele. Ele não iria ser uma criança normal como as outras. Tentamos fazer tudo que podemos fazer por ele.” (F16)

“Eu sei que sou muito teimosa. Sei que ela tem problemas, mas é tão difícil que eu ainda não aceito que ela tem que ir para APAE. Não consigo aceitar!” (F3)

Algumas participantes referiram que estavam sozinhas no momento do diagnóstico, sem ninguém para dividir a dor da notícia.

“Saber da cegueira foi horrível! Foi uma sensação muito ruim. Nós estávamos sozinhos em Porto Alegre e não tínhamos ninguém da família para dividir a dor quando eu recebi a notícia.”. (F13)

Uma delas referiu estar acompanhada do marido, facilitando a vivência desse momento.



“O diagnóstico de paralisia cerebral foi recebido por mim e meu marido. Foi recebido com surpresa porque ninguém esperava, mas a gente tenta procurar a melhor maneira de conviver com isso. Tentamos pesquisar como podemos tratar ele. Ele não iria ser uma criança normal como as outras. Tentamos fazer tudo que podemos fazer por ele.” (F16)

Algumas famílias queixaram-se de terem recebido o diagnóstico da criança tardiamente, perdendo muito tempo para realizar seu tratamento.

“Quando ele nasceu não me avisaram o que aconteceu. Só falaram que foi a falta de oxigenação. Fui descobrir por mim mesma. Quando eu perguntava me diziam que era porque ele era prematuro. Que era coisa de prematuro. Eu ficava muito desconfiada. Eu vi que não era normal. Fiquei sabendo do diagnóstico quando ele tinha cinco anos” (F2)

“Minha filha tinha sete anos quando soube o diagnóstico de diabetes mellitus. Toda a família apoiou. Não esperavam essa doença. Às vezes ela se revolta por não poder comer quase nada”. (F18)

Após informada de que a criança havia ficado com sequelas da doença a família é orientada sobre que patologia a criança possui. Neste estudo, as patologias informadas foram: cegueira, paralisia cerebral/ encefalopatia, encefalopatia bilirrubínica, epilepsia, encurtamento de tendão, estenose pulmonar, imperfuração anal, síndrome do intestino curto, osteogênese imperfeita, asma e bronquite alérgico. Todas doenças limitantes e que exigem da família um cuidado diferenciado para a criança. Passado um tempo do diagnóstico da cronicidade da doença da criança, as famílias buscaram maneiras de conviver com o mesmo.

“Tenho que aceitar, por isso hoje ele está bem, frequenta APAE. Não tenho vergonha dele. Ele tem contato social com outras crianças. Ele tem problemas, mas tem o nosso carinho; dos avós. O pai não dá tanta atenção, mas mesmo assim ele adora o pai”. (F1)

“Ele aceita tudo e é comunicativo. Ele foi bem aceito nas escolas,



tanto em Rio Grande como em Porto Alegre”. (F12)

Como trata-se de uma doença incurável as famílias buscam aprender a lidar, acostumar e a conhecer a realidade da criança.

“Tudo bem! Eu sei que tenho que me acostumar. Ainda não me acostumei com a doença dela. Parece mentira. Ela tem sete anos e eu não aceito que ela não vai ficar boa, que não tem cura”. (F10)

Após a aceitação as famílias procuram informações que as habilitem para o cuidado da criança, buscando saber tudo o que a mesma possui de limitações.

“Só falaram que foi a falta de oxigenação. Fui descobrir por mim mesma. Quando eu perguntava me diziam que era porque ele era prematuro. Que era coisa de prematuro. Eu ficava muito desconfiada. Eu vi que não era normal. Fiquei sabendo do diagnóstico quando ele tinha cinco anos” (F2)

Apesar de serem informadas sobre a cronicidade do caso, ao perceberem uma estabilização do quadro as famílias têm esperança que ocorra uma cura após o tratamento. No entanto, com o passar do tempo perdem as esperanças.

“Mudou o meu casamento. As relações com o marido foram muito afetadas. Meu casamento morreu. Eu (mãe) não tinha tempo de dar atenção para o meu marido. Até os três anos ele (pai) pensou que nosso filho seria normal”. (F1)

“Foi um choque saber da gravidade da doença. O pai (meu marido) desmaiava quando visitava o filho na UTI. No início fui forte, fui guerreira. Achava que não era tanto, que ele era normal. Depois desabei, quase perdi a esperança”. (F1)



DISCUSSÃO

Recebendo o diagnóstico da doença crônica apresenta-se como um processo que se inicia com a gravidez e o parto da criança. Vivenciando a gravidez e o parto da criança mostrou que algumas famílias apresentam uma gravidez normal, outras apresentam problemas durante a gravidez e outras problemas na hora do parto, onde além das complicações do período perinatal, que levam a um longo tempo de tratamento intensivo e determinam sequelas mais complexas, algumas dessas causas estão relacionadas com o surgimento de uma condição crônica.¹⁰

Após a família vivenciar a gravidez e o parto ela pode não perceber a doença da criança ao nascimento, achando a criança normal ao nascer e desconhecendo os problemas da criança ao nascimento, ocasionando, em algumas famílias, grande surpresa e abalo emocional, por lidarem com o desconhecido, o novo e o diferente.¹¹

Outras famílias percebem que a criança não se encontra bem e passam a ter conhecimento dos problemas da criança. Algumas têm um parto prematuro, convivem com a necessidade da internação da criança na UTI Neonatal e passam a perceber os sinais e sintomas da criança. A criança com doença crônica constitui uma das principais causas de morbimortalidade no período neonatal, atingindo, principalmente, a criança prematura.¹²

Neste sentido, no processo de recebimento do diagnóstico de doença crônica do filho, a família pode sentir-se fragilizada, e mesmo diante desse sentimento passa a aceitar o diagnóstico da criança buscando informações acerca da doença da criança, o que mostra o interesse da família em conhecer o tipo de doença do filho para que seja possível um melhor cuidado.

CONCLUSÃO

Verificou-se que a família vivencia a gravidez e o parto da criança, algumas sem intercorrências e outras apresentando intercorrências tanto na gravidez quanto no parto. Muitas vezes, sem perceber a doença da criança no nascimento. Quando a criança nasce prematura e necessita de internação a família se angustia frente ao conhecimento de seus problemas.

O recebimento do diagnóstico (des) acompanhada mostra-se um fator de fragilidade ou de apoio. Algumas são informadas pelo médico do diagnóstico da criança, outras



descobrem a doença da criança após vários exames e até mesmo tardiamente. Passam a ter ou não esperança na sua cura. A maioria das famílias sente-se fragilizada frente ao diagnóstico, não estando preparadas, não entendendo, não aceitando, sendo impactadas e ficando preocupadas com a criança. A partir do momento em que conseguem aceitar o diagnóstico passam a buscar informações acerca da doença e se organizar para o cuidado à criança.

Conclui-se que o cuidado à criança portadora de doença crônica é complexo e que a família necessita ser melhor instrumentalizada para essa tarefa e necessita de auxílio para realizá-lo.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

Constata-se que o fornecimento de informações sobre a doença crônica, cuidados e tratamento devem ser efetivados entre profissionais e família de modo claro, de acordo com a compreensão da família, pois a escolaridade tem se mostrado como fator importante no processo de cuidar de um filho com doença crônica. Assim, poderá ser estabelecida uma relação de compartilhamento de cuidados e decisões buscando-se a autonomia no cuidado do filho no domicílio. Ainda que informações sejam feitas dessa forma, é imprescindível que os profissionais estejam sensíveis para ampliar o foco da assistência em saúde, abrangendo a família como parte fundamental no processo de cuidar da saúde da criança com doença crônica. A equipe de enfermagem precisa estar em sintonia e colocar-se no lugar dos pais, para que assim, possa prestar uma assistência com qualidade, tanto para a criança, quanto para os pais.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro RLR, Rocha SMM. Enfermagem e famílias de crianças com síndrome nefrótica: novos elementos e horizontes para o cuidado. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Jan-Mar; 16(1): 112-9.
2. Torpy JM, Campbell A, Glass R. Chronic diseases of children. *JAMA*. 2010; 303 (7): 682.



3. Weiss R, Dziura J, Burgert TS, Tamborlane WV, Taksali SE, Yeckel CW, et al. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med*. 2004; 350:2362-74.
4. Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Reviews Clinical Psychology*, 27(8), 455-80.
5. Marchioro AB, Martins MR. Diabetes mellitus tipo 1 em crianças e adolescentes: implicações para a família. *UNINGÁ Review*. 2010; 4 (5): 80-7.
6. Ballanti E, Perricone C, Di Muzio G, Kroegler B, Chimenti MS, Graceffa D, et al. Role of the complement system in rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis: relationship with anti-TNF inhibitors. *Autoimmun Rev*. 2013; 10: 617–23.
7. Dias, M.L. Vivendo em família: relações de afeto e conflito. Moderna: São Paulo, 2000.
8. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006; 29: 489-97.
9. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
10. Brancaglioni BCA, Rodrigues GC, Damião EBC, Queiroz MS, Nery M. Children and adolescents living with diabetes and celiac disease. *Rev. Gaúcha Enferm*, 2016.
11. Figueiredo SV, Sousa ACC, Gomes ILV. Menores com necessidades especiais de saúde e familiares: implicações para a Enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*. 2016 jan./feb; 69 (1).
12. Oliveira JBS, Soares MESM. Perfil epidemiológico da insuficiência respiratória aguda em crianças internadas na unidade de terapia intensiva de um hospital público da Paraíba.



InterScientia. 2013 set./dez; 1 (3): 115-26.



MORTALIDADE INFANTIL: UM ESTUDO DA 7ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

INFANT MORTALITY: A STUDY FROM THE 7TH REGIONAL COORDINATION OF HEALTH

Jessica Souza Fagundes; Aline Dalle Nogario; Francielle Garcia Sena; Kendra Natasha Souza Castanha dos Santos; Mara Regina Santos da Silva.

RESUMO: Saber a respeito da mortalidade infantil é de extrema importância para o conhecimento acerca dos níveis de vida de uma população. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo geral analisar dados de cinco anos sobre a mortalidade infantil nas cidades abrangidas pela 7ª Coordenadoria Regional de Saúde (Aceguá, Bagé, Candiota, Dom Pedrito e Hulha Negra). **Metodologia:** A presente pesquisa trata-se de um estudo ecológico, através de uma coleta de dados documental, com um caráter quantitativo. Comparou-se o perfil destes óbitos para os municípios do estudo no período de 2010 a 2014, e analisou-se a tendência com que ocorreram os óbitos. **Resultados:** Identificamos a mortalidade infantil um assunto de extrema relevância a nível mundial. Através deste estudo ainda pode-se observar alguns fatores vistos anteriormente na literatura como as desigualdades regionais. **Conclusão:** Conclui-se que deve haver um interesse maior das políticas públicas e dos profissionais de saúde para possibilitar uma atenção efetiva e de qualidade.

Descritores: Mortalidade infantil. Saúde infantil. Enfermeiros.

ABSTRACT: Cognizing about infant mortality is extremely important to knowing a population's level of life. **Objective:** This study was aimed to analyze data on infant mortality in the cities involved by the 7th Regional Coordination of Health (Aceguá, Bagé, Candiota, Dom Pedrito and Hulha Negra) during five years. **Method:** The following research is an ecological study that was carried out through a documental data collection, with a quantitative character. The death profiles of those counties, from 2010 to 2014, were compared, and the



tendency in which these deaths occurred were analyzed. **Results:** Infant mortality is identified as an extremely relevant topic worldwide. Through this study, some factors that were previously seen in the literature were observed as regional inequality. **Conclusion:** We conclude that it must exist a better interest on public policies, and from health providers to enabling an effective and qualified assistance.

Descriptors: Infant mortality. Child health. Nurses.

INTRODUÇÃO

A redução da observado no decorrer dos anos. Estas mortes na maioria das vezes são consideradas evitáveis, sendo decorrentes de diversos fatores associados. A mortalidade infantil ainda é um desafio no Brasil, apesar do declínio.

É classificada como morte infantil aquela que ocorre até o primeiro ano de vida. A partir destas mortes, juntamente ao número de nascidos vivos, que é calculada a taxa de mortalidade infantil, extremamente necessária para mensurar os níveis de vida de uma população, verificando suas principais causas e aplicando medidas de redução.

Diversas causas de mortes em menores de um ano podem ser evitadas, pois o avanço tecnológico e o conhecimento exigido para um profissional que atende a crianças deve permitir que sejam feitas ações efetivas para que estas condições nunca ou esporadicamente progridam para a morte¹.

Diante do exposto, e reconhecendo a importância e saber a respeito da mortalidade infantil é de extrema importância para o conhecimento acerca dos níveis de vida de uma população, o objetivo do estudo foi analisar dados de cinco anos sobre a mortalidade infantil nas cidades abrangidas pela 7ª Coordenadoria Regional de Saúde (Aceguá, Bagé, Candiota, Dom Pedrito e Hulha Negra).

METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de um estudo ecológico, através de uma coleta de dados



documental, com um caráter quantitativo. Buscou-se investigar o perfil dos óbitos infantis notificados na 7ª Coordenadoria Regional de Saúde, bem como suas respectivas alterações nos últimos cinco anos.

Podemos classificar como estudo ecológico aquele onde se faz uma análise de um grupo de indivíduos, determinados por uma área geográfica. A partir daí serão definidas as variáveis para então se descobrir as características deste grupo a través de dados percentuais².

A pesquisa documental vale-se de materiais existentes que ainda não foram analisados criticamente, ou que poderão ser elaborados novamente levando em consideração os objetos pesquisados³.

A pesquisa quantitativa leva em consideração aquilo que pode ser quantificável, o que significa traduzir através de números as opiniões e informações para que possam ser classificadas e analisadas. Faz uso de recursos e de técnicas estatísticas como porcentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação e análise de regressão. A população foi constituída pelos óbitos infantis ocorridos nos anos de 2010 a 2014 nas cidades abrangidas pela 7ª Coordenadoria Regional de Saúde, sendo estas Aceguá, Bagé, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra e Lavras do Sul.

A coleta foi através de dados encontrados no site da Secretária Estadual da Saúde, onde estão disponibilizadas as informações da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde no Núcleo de Informações em Saúde - NIS/SES/RS.

Para realizar a análise, os dados foram colocados em planilhas do Microsoft Excel e organizados, apresentando-se neste trabalho através de tabelas e gráficos onde se levou em consideração às variáveis analisadas conforme os objetivos deste trabalho.

Por se tratar de uma pesquisa onde foram utilizados apenas dados secundários cedidos apenas para análise, e garantindo o sigilo das informações fornecidas com os resultados divulgados no meio científico, este trabalho não teve implicações éticas, segundo a resolução 466/2012 do CNS/CONEP.

RESULTADO E DISCUSSÃO

7ª CRS tem como sede a cidade de Bagé, na Av. Marechal Floriano, nº 1172. Ela



abrange seis cidades da região, sendo elas Aceguá, Bagé, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra e Lavras do Sul.

Conforme dados do IBGE, estima-se que a cidade Aceguá possua 4.702 habitantes, Bagé 121.749, Candiota 9.315, Dom Pedrito 39.886, Hulha Negra 6.478 e Lavras do Sul 7.833⁴.

⁵.

A missão da 7ªCRS é promover a ampliação do acesso à saúde com qualidade em todos os níveis de atenção de forma humanizada, segundo as necessidades sociais, em tempo oportuno e com resolutividade, produzindo autonomia e cidadania, contribuindo assim, para a qualidade de vida através dos cuidados em redes regionais em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de saúde (SUS).

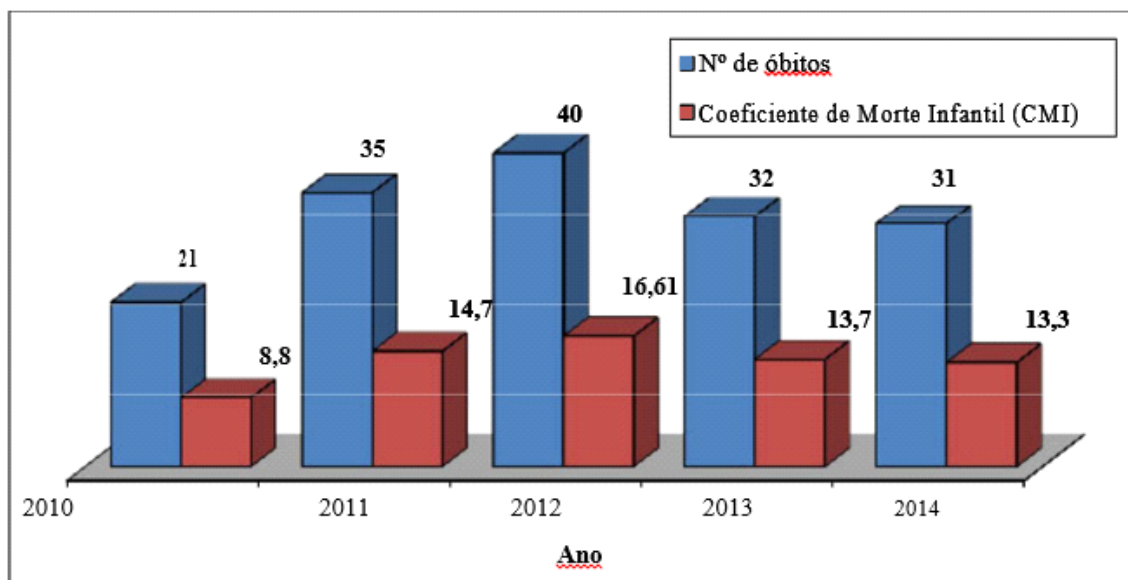
Dentre as suas competências pode-se citar a de acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade da Unidade Federada.

Após a tabulação, os dados colhidos foram transformados em gráficos e tabelas, onde podemos analisa-los a seguir.

Coefficiente de mortalidade infantil na 7CRS (2010-2014)

O gráfico 1, mostra o n.º de óbitos dos municípios abrangidos pela 7CRS, juntamente com o coeficiente de mortalidade infantil. Podemos observar que do ano de 2010 até 2012 houve um aumento do coeficiente que era 8,8 em 2010, subindo para 16,61 em 2012. A partir do ano de 2013 passou a ocorrer uma redução estando o coeficiente em 13,7 e 2014 passando para 13,3.

Gráfico 1: CMI na 7CRS (2010-2014).



Fonte: Núcleo de Informação em saúde – NIS/SES/RS (2015).

A mortalidade infantil no Brasil teve uma redução de 61,7% entre os anos de 1990 e 2010, sendo este fator relacionado ao aumento do acesso ao saneamento básico, a redução da taxa de fecundidade, melhor condição de vida geral, aumento do grau de instrução das mulheres, melhor acesso aos serviços de saúde, ampliação da cobertura Estratégia de Saúde da Família, o avanço da medicina, o estímulo ao aleitamento materno entre outros fatores relevantes⁶.

Mortalidade infantil por causas por capítulo do CID (2010 a 2014)

Na tabela 1, podemos observar a mortalidade infantil pelas suas causas por capítulo do CID. Nota-se que as principais causas de óbitos nos anos de estudo foram por afecções originadas no período perinatal e malformações congênitas, conformidades e anomalias cromossômicas, ocupando 95 e 46 respectivamente do total de 159 óbitos nos cinco anos de estudo.

Tabela 1: MI por causas por capítulo do CID (2010-2014).



Período/Ano

Causa

	2010				2011	2012	2013	2014			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Algumas doenças											
infecciosas e parasitárias	0	-	1	2,86	2	4,76	0	-	0	-	3
Neoplasias (tumores)	0	-	1	2,86	0	-	0	-	0	-	1
Doenças endócrinas											
nutricionais e metabólicas	1	4,76	0	-	2	4,76	0	-	1	3,23	2
Doenças do aparelho											
expiratório	1	4,76	2	5,71	1	2,38	1	3,13	0	-	5
Doenças do aparelho											
digestivo	1	4,76	0	-	0	-	0	-	0	-	1
Algumas afecções											
originadas no período perinatal	13	61,91	23	65,71	24	57,14	21	65,62	14	45,16	95
Malf. Cong.											
Conformidades e											
anomalias cromossômicas	4	19,05	7	20,00	13	30,96	9	28,12	13	41,93	46
Causas externas de											
morbidade e	1	4,76	1	2,86	0	-	1	3,13	3	9,68	6



mortalidade

Total	21	100	35	100	42	100	32	100	31	100	159

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/SES/RS

(2015).

As mortes infantis vêm sendo analisadas conforme capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID) e, no Brasil, as afecções perinatais são classificadas como principal causa de óbito. Este grupo traz causas que demandam intervenções bastante diferenciadas, sendo algumas consideradas com alto potencial de serem evitadas⁷.

As afecções perinatais, podendo ser chamadas de causas perinatais, representam o principal grupo de causas de mortalidade neonatal sendo responsáveis por 79% e infantil 59% no Brasil⁶.

A Síndrome da Angústia Respiratória do Recém-nascido, o recém-nascido com peso muito baixo, a septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido e asfixia ao nascer não especificada foram as causas pertencentes ao grupo de afecções originadas no período perinatal que mais ocorreram de 2010 a 2014 nas cidades da 7CRS⁸.

Nos anos de 2010 a 2014 nas cidades da 7CRS a malformação não especificada do coração é a causa que mais ocorreu pertencente ao capítulo malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas do CID⁸.

Mortalidade infantil por causas evitáveis (2010-2014)

A tabela 2 mostra os óbitos infantis por causas evitáveis. De 2010 até 2014 houve uma grande queda no percentual de óbitos por causas evitáveis. Mesmo tendo reduzido este número ainda é considerado alto, levando-se em conta que quase metade destas mortes poderiam ter sido evitadas no ano de 2014.



Tabela 2: MI por causas evitáveis (2010-2014).

Ano	Nº de óbitos	Nº de óbitos por causas evitáveis	
	n	n	%
2010	21	16	76,19
2011	35	23	65,71
2012	40	23	57,50
2013	32	17	53,13
2014	31	13	41,90
Total	159	92	57,86

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/SES/RS (2015).

No Brasil cerca de 60% dos óbitos neonatais ocorrem por causas evitáveis. Os motivos associados a estas causas são diversos, estando a eles relacionados a qualidade na atenção ao pré-natal, diagnóstico de alterações durante a gravidez, manejo obstétrico e atendimento ao recém-nascido na sala de parto⁶.

Mesmo ocorrendo uma redução do número das mortes consideradas evitáveis, a maior parte dos óbitos infantis é potencialmente evitável. As mortes por estas causas podem ser prevenidas pela atuação correta dos serviços de saúde, utilizando do conhecimento e recursos que estão disponíveis atualmente⁹.

No Brasil, após uma análise da tendência de causas de mortes infantis evitáveis, foi constatado que correta assistência e atenção à saúde no parto e nos cuidados ao recém-



nascido tiveram responsabilidade na redução dos óbitos infantis no país¹⁰.

Mortalidade infantil por sexo (2010-2014)

A tabela 3 mostra o número de mortes infantis no período de estudo analisadas por sexo. Verifica-se que somente no ano de 2013 a incidência foi maior no sexo feminino, não havendo grande diferença nos números. Em 2011 quase o dobro de mortes ocorreu no sexo masculino. Conclui-se que o sexo masculino tem maior risco de evoluir para o óbito que o feminino.

Tabela 3: MI por sexo (2010-2014).

Sexo	Período/Ano					Total
	2010	2011	2012	2013	2014	
Masculino	13	23	22	15	17	90
Feminino	8	12	17	17	14	68
Total	21	35	39	32	31	158

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/SES/RS (2015).

O sexo masculino apresenta maior taxa de mortalidade que mulheres em quase todas as faixas etárias e para a maior parte das doenças, trazendo como resultado uma expectativa de vida menor para esta população¹¹.

Mortalidade infantil por tempo de vida (2010-2014)

A tabela 4 mostra a mortalidade infantil de acordo com o tempo de vida. Observa-se



que a maioria das mortes ocorre no período neonatal precoce que são os menores de sete dias. Do total de 159 óbitos nos cinco anos, 80 delas foram no período neonatal precoce.

Tabela 4: MI 7 CRS - Tempo de vida (2010-2014).

Faixa etária	Período/Ano					Total
	2010	2011	2012	2013	2014	
< 7 dias	14	15	20	16	15	80
7-27 dias	1	9	9	11	6	36
28 dias - < 1 ano	6	11	11	5	10	43
Total	21	35	40	32	31	159

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/SES/RS
(2015).

Conforme o Ministério da Saúde o componente neonatal precoce (0 a 6 dias de vida) não sofreu grande redução nos últimos anos. Atualmente, a mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) tem a maior representação na mortalidade infantil no Brasil, podendo representar até 70% do óbito infantil nas regiões brasileiras. O componente neonatal precoce corresponde a mais ou menos 50% das mortes infantis no Brasil⁶.

As informações passadas pelo Ministério da Saúde se encaixam com as coletadas na 7CRS, pois do total de mortes, praticamente a metade foi no período neonatal precoce. E se juntarmos estes óbitos aos de 7 a 27 dias formando a mortalidade neonatal, poderemos observar que irá ultrapassar 70% do total.



Mortalidade infantil por município da 7CRS (2010-2014)

A tabela 5 mostra a mortalidade infantil conforme as cidades de abrangência da 7CRS. Verifica-se que em todos os anos mais de 50% das mortes foram na cidade de Bagé.

A cidade de Bagé é sede da 7CRS, sendo a maior em habitantes, e servindo como referências para as demais. Muitos habitantes das outras cidades realizam seus partos em Bagé, fazendo com que as notificações no SIM e no SINASC sejam realizadas na cidade.

Não se nota uma redução no número de óbitos infantis se compararmos 2010 e 2014 na 7CRS, tendo em vista que 2010 foi o ano com menos óbitos, totalizando 21, e no ano de 2014 podemos ver um total de 31 óbitos, o que infelizmente não condiz com as condições de redução que encontramos em outras regiões do país.

Tabela 5: MI por município (2010-2014).

Município	Período/Ano															Total
	2010			2011			2012			2013			2014			
	n	%	CMI	n	%	CMI	n	%	CMI	n	%	CMI	n	%	CMI	
Aceguá	1	4,76	17,24	0	0	0	0	0	0	2	6,25	35,08	1	3,23	13,69	4
Bagé	12	57,14	7,76	24	68,58	14,94	23	57,50	14,59	17	53,13	10,91	21	67,74	13,36	97
Candiota	0	0	0	2	5,71	16,80	3	7,50	22,38	0	0	0	2	6,45	15,03	7



Dom	4	19,05	8,13	5	14,29	10,94	8	20,00	17,50	10	31,25	25,06	5	16,13	11,31	32
Pedrito																
Hulha	1	4,76	10,52	2	5,71	27,02	3	7,50	42,85	1	3,12	14,70	0	0	0	7
Negra																
Lavras	3	14,29	36,14	2	5,71	26,66	3	7,50	42,85	2	6,25	28,98	2	6,45	28,98	12
do Sul																
Total	21	100%	79	35	100%	36	40	100%	17	32	100%	73	31	100%	37	159

(201

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/SES/RS 5).

Conforme o Ministério da Saúde, no Brasil existem profundas diferenças regionais na mortalidade infantil, podendo determinadas regiões apresentar grande declínio, outras nem tanto, e outras até aumento na taxa de mortalidade no decorrer dos anos. Este fato constitui um relevante problema de saúde a ser enfrentado⁶.

CONCLUSÃO

Conclui-se com este estudo que, para a melhora acontecer e se chegar a bons patamares relacionados à mortalidade infantil, deve haver um interesse maior tanto das políticas públicas, quanto dos profissionais de saúde que devem estar devidamente treinados e preparados para que ocorra uma atenção efetiva e de qualidade.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Constata-se, perante a esse estudo, a relevância do papel da equipe de saúde, mas



principalmente, do enfermeiro frente ao combate da mortalidade infantil.

Sendo assim, a partir do momento em que se tem conhecimento acerca dos fatores que levam à mortalidade infantil, se pode criar estratégias de prevenção desses fatores, impactando diretamente na redução dos índices dessa problemática e na promoção da saúde infantil e melhora na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da saúde (BR). Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc) para os profissionais do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde [Internet] 2004 [acesso em 5 jun 2015]. Disponível: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/importancia_sist_inform.pdf
2. Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e prática. Brasília (DF): Guanabara Koogan; 1997.
3. Gil A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo (SP): Atlas, 2002.
4. Kauark FS, Manhães FC, Medeiros CH. Metodologia da Pesquisa: Um guia prático. Itabuna (BA): Via Litterarum; 2010.
5. IBGE. Cidades. [Internet] 2015 [Acesso em 1 nov 2015]. Disponível em: <http://ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php>
6. Ministério da saúde (BR). Atenção à saúde do recém-nascido. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
7. França E, Lansky S, Rêgo MAS, Campos D, Abreu DMX, Vasconcelos AMN. Mudança do perfil de causas de mortalidade infantil no Brasil entre 1996 e 2010: Porque avaliar listas de classificação das causas perinatais. [Internet] 2012 [Acesso em 18 out 2015]. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unica mp.br/xviii/anais/files/785.pdf>



8. NIS/SES/RS. Núcleo de Informações em Saúde. Secretária Estadual de Saúde [Internet] 2015 [Acesso em 1 nov 2015]. Disponível em:

<http://www1.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=746>

9. Lourenço EC, Brunken GS, Luppi CG. Mortalidade infantil neonatal: estudo das Causas evitáveis em Cuiabá, Mato Grosso, 2007. Epidemiol. Serv. Saúde. [Internet] 2013 [acesso em 10 mai 2015]; 22(4):697-706. Disponível em: [http:// dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000400016](http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000400016)

10. Nascimento SG, Oliveira CM, Sposito V, Ferreira DKS, Bonfim CV. Mortalidade infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 [Acesso em 15 out 2015]; 67(2): 208-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140027>

11. Filho ADPC, Laurenti R. O sexo masculino vulnerável: razão de masculinidade entre os óbitos fetais brasileiros. Cad. Saúde Pública [Internet] 2012 [Acesso em 1 nov 2015]; 28(4):720-728. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n4/11.pdf>



**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA REDE BÁSICA DE SAÚDE QUANTO
AO PROCESSO DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE INSTRUMENTOS
CIRURGICOS EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO PAÍS**

**KNOWLEDGE OF THE PROFESSIONALS OF THE BASIC HEALTH
NETWORK ON THE PROCESS OF CLEANING AND DISINFECTING SURGICAL
INSTRUMENTS IN A MUNICIPALITY OF THE SOUTH OF THE COUNTRY**

**Suelen Gonçalves De Oliveira; Janaina Sena-Castanheira; Laurelize Pereira Rocha;
Juliana Corrêa Lopresti; Prisciane Cardoso Silva.**

RESUMO: As etapas de reprocessamento de artigos para a saúde são uma forma de assistência indireta ao usuário buscando a recuperação de sua saúde. Teve-se por objetivo identificar o conhecimento que os profissionais de enfermagem possuem sobre limpeza e desinfecção de materiais nas Unidades Básicas de Saúde. Estudo descritivo, abordagem qualitativa, realizado com a equipe de enfermagem de Unidades de Saúde. A coleta de dados se deu por entrevista, com instrumento semiestruturado. A análise de dados foi realizada a partir de análise de conteúdo. Foi possível observar que a limpeza, a primeira etapa do processo de reprocessamento, é a que mais se aproximou das recomendações bibliográficas. Já na etapa de desinfecção há déficit de informação entre todos os profissionais. Conclui-se que embora as práticas profissionais encontram-se compatíveis com o preconizado pelas bibliografias, não há argumento científico nem padronização no serviço para justificar as condutas nos cuidados ao instrumental cirúrgico.

Descritores: Equipe de enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Instrumentos cirúrgicos.

ABSTRACT: The steps of reprocessing articles for health are a form of indirect assistance to the user seeking recovery of their health. The aim of this study was to identify the knowledge that nursing professionals have about cleaning and disinfecting materials in the Basic Health



Units. Descriptive study, a qualitative approach, performed with the nursing unit of Health Units. Interview, with semi-structured instrument. Data analysis was performed from content analysis. It was possible to observe that cleaning, the first stage of the reprocessing process, was the one that most approached the bibliographic recommendations. Already in the disinfection stage there is information deficit among all the professionals. It is concluded that although the professional practices are compatible with the one recommended by the bibliographies, there is no scientific argument nor standardization in the service to justify the conducts in the care of the surgical instruments.

INTRODUÇÃO

As Unidades Básicas de Saúde (UBS's) são locais que desenvolvem ações que visam à promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação da saúde da população. Dentre as ações realizadas nessas unidades, pode-se destacar o curativo, que é um procedimento de limpeza de lesões cutâneas, cobertura das feridas e que visa à cicatrização das lesões e a prevenção de infecções¹. Esse procedimento é de atribuição da equipe de enfermagem que é composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

Os cuidados primários à saúde vêm desenvolvendo práticas assistenciais mais efetivas e aumentando também a demanda de pequenos procedimentos invasivos realizados nas UBS's. Os artigos críticos que são utilizados nesses procedimentos são reprocessados nas próprias UBS's.

Nas instituições hospitalares, o reprocessamento de artigos críticos é realizado na Central de Material Esterilizado (CME). Já nas UBS's o reprocessamento é realizado na própria Unidade e para isso deve ser adotado o mesmo critério de um CME. O reprocessamento de artigo crítico envolve etapas desde a limpeza até a esterilização, de modo que garanta a segurança na sua utilização, incluindo o controle de qualidade em todas as suas etapas. Falar em processo de esterilização é pensar em qualidade de serviço favorecendo as melhores implicações ao usuário²⁻³.

Os trabalhadores que atuam no processo de limpeza de artigos para a saúde estão expostos a secreções orgânicas e podem ser fonte de transmissão de microrganismos para os pacientes, tanto ao preparar um artigo que será esterilizado quanto ao manusear um artigo já esterilizado. Em estabelecimentos de saúde, os artigos de múltiplo uso que não sofrerem



processo de descontaminação entre atendimentos podem se tornar veículos de agentes infecciosos, assim como os locais onde estes artigos são reprocessados e as pessoas que os manuseiam⁴.

De acordo com a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, nos artigos 11 e 15 pode-se confirmar que o Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe de forma privativa o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem. E como integrante da equipe de saúde lhe compete a prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral, a prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados ao cliente durante a assistência de enfermagem. Os artigos ainda indicam que todas as atividades desenvolvidas por auxiliares de enfermagem e por técnicos de enfermagem, em qualquer instituição de saúde somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro⁵.

Logo, é compreensível que a responsabilidade técnica pelo reprocessamento de artigos críticos nas unidades básicas de saúde esteja legalmente atribuída ao enfermeiro. As diretrizes recomendam que o enfermeiro assuma as responsabilidades de toda atividade envolvendo o reprocessamento de artigos críticos. Embora o processo seja considerado uma atividade de cuidado indireto, esse trabalho exerce uma influência direta na qualidade da assistência⁶.

Por isso, entende-se que a pesquisa se torna relevante, pois os benefícios do conhecimento técnico-científico aliado ao compromisso com esse serviço trazem benefícios tanto ao profissional, ao usuário e também a instituição que pode garantir segurança aos usuários. Segurança quanto à exposição dos funcionários e também melhor custo-benefício devido a não deterioração dos equipamentos, já que prolonga a vida útil dos materiais.

OBJETIVO

Identificar o conhecimento que os profissionais de enfermagem possuem sobre o processo de limpeza e desinfecção de materiais nas Unidades Básicas de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e de abordagem qualitativa. Participaram deste estudo, 19 profissionais, sendo oito Auxiliares de Enfermagem, quatro Técnicos de



Enfermagem e sete Enfermeiros. Os critérios de inclusão foram: ser profissional da equipe de enfermagem com atividade exclusiva na Unidade Básica e estar em atividade na Instituição há pelo menos seis meses. Entende-se por profissional de enfermagem com atividade exclusiva na Unidade Básica aquele profissional que desempenha sua função, dentro da carga horária estabelecida pela instituição, única e exclusivamente dentro da estrutura física da UBS/UBSF/UBS 24 horas.

Para a não identificação dos sujeitos, os mesmos foram citados na pesquisa de acordo com seus cargos através de siglas. Auxiliares de Enfermagem foram identificados pela sigla AE, Técnicos de Enfermagem foram identificados pela sigla TE e Enfermeiros pela sigla ENF. Cada cargo seguiu a numeração arábica (AE1 a AE8, TE1 a TE4 e ENF1 a ENF7).

Este estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Vicente Pias; na Unidade Básica de Saúde 24 horas (UBS 24 horas) Newton Azevedo e na Unidade Básica de Saúde (UBS) Rita Lobato.

As unidades de saúde envolvidas na pesquisa pertencem a Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio Grande, Rio Grande do Sul. A UBS e a UBSF prestam o serviço de realização de curativos em horários pré-estabelecidos nos turnos da manhã e tarde, de segunda-feira a sexta-feira. A UBS 24 horas realiza o mesmo serviço também em horários pré-estabelecidos, no turno da manhã, tarde e noite, todos os dias da semana, incluindo sábados, domingos e feriados.

As unidades já citadas foram escolhidas por ser campo de prática de estágio dos acadêmicos de enfermagem da FURG e as equipes já possuem um contato com os mesmos, compreendendo as necessidades dos estudantes.

Foi explicado aos profissionais do que se tratava a pesquisa e os objetivos desse estudo. Foram indagados quanto a sua disponibilidade para responder a entrevista. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que os mesmos assinassem.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada onde os profissionais responderam as perguntas elencadas justificando algumas de suas respostas. Essas entrevistas foram gravadas por meio de dispositivo de áudio e posteriormente transcritas. As questões referiam-se quanto à realização da limpeza e desinfecção dos instrumentos utilizados para a realização de curativos nas Unidades.

A coleta de dados foi realizada no mês de janeiro de 2015. Na UBS e UBSF a coleta



foi realizada em dia de semana, no turno da tarde. Já na UBS 24 horas as coletas ocorreram em 4 momentos ao longo do mês, nos turnos tarde e noite. No turno da manhã não foi realizado o estudo, pois a residente desenvolvia atividades que impossibilitavam a coleta nesse período, o que justifica a exclusão da pesquisa com a equipe de enfermagem do turno da manhã na UBS Rita Lobato, já previsto inicialmente.

A equipe de enfermagem da UBS 24 horas realizam suas atividades com carga horária de 12 horas de trabalho por 36 horas de folga. Logo, mesmo com a coleta no turno da tarde e noite em dias alternados, foi possível contemplar as 4 equipes do quadro de funcionários deste local.

Os dados coletados foram analisados por meio de análise de conteúdo do tipo temático. *Foram indicadas algumas precauções éticas quanto a encaminhamentos de pesquisa e de postura do pesquisador. Alguns cuidados se referiam ao primeiro momento da conversa e à apresentação do pesquisador ao pesquisado; alusão quanto ao interesse da pesquisa; relatar os motivos da pesquisa e a justificativa da escolha da amostra; garantir o anonimato e o sigilo sobre as respostas que resultam no trabalho.*

Em respeito à Resolução 466/12 do Conselho Nacional em Saúde, que traz as diretrizes para pesquisas com seres humanos⁷, a pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, CEPAS-FURG, aprovado com o Parecer 01/2015 e também submetida e aprovada no Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde (NUMESC) da Secretaria Municipal da Saúde do município de Rio Grande.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao processo de limpeza e desinfecção, quando questionado em qual momento a limpeza do instrumental é realizada, alguns profissionais relataram que realizavam a lavagem dos materiais tão logo terminavam o procedimento, enquanto outros a faziam ao fim do turno, lavando os instrumentos todos juntos. Entre as justificativas para essa conduta tivemos como resposta a grande demanda que a Unidade recebe.

“(...) Quando dá tempo a gente já vai, já deixa de molho e daqui a pouquinho a gente vai e escova... Quando não dá tempo, a gente começa a botar tudo ali dentro e quando termina todo o expediente,



antes do meio dia a gente escova tudo...” AE4

“(...) Se tem um tempinho já lava e já deixa escorrendo pra botar logo pra fazer a esterilização (...)” TE2

“Depois que foi usado, entendesse? (...). Eu já pego e já lavo e já monto o pacotinho de novo (...)” ENF1

O processo de limpeza nos artigos para a saúde deve iniciar tão logo possível, pois há uma preocupação com possível formação de biofilme que pode ser iniciado em poucas horas após a utilização do instrumento em contato com resíduos orgânicos. O biofilme nada mais é do que várias camadas de células de fungos ou bactérias agrupadas e aderidas fortemente à superfície do artigo através de um composto, o exopolissacarídeo. Essa multicamada é de difícil remoção, fazendo mais complexo o processo de limpeza. Para garantir a eficácia da etapa inicial nos instrumentais, a pré-umectação da sujidade é um procedimento válido e que deve ser seguido⁸.

O período para realização de curativos nas Unidades varia de 2 horas em cada turno. Os profissionais que não realizam a limpeza logo após o término do curativo, apresentam a prática de pré-umectação. Os profissionais mantêm o material de molho, independente de utilização de produtos químicos. Essa prática impede que os resíduos ressequem, dificultando a criação do biofilme e consequentemente deixando o instrumental em menor situação de risco para a eficiência do processo de limpeza.

No entanto, é possível observar que os profissionais realizam suas tarefas quanto à limpeza através de um protocolo desenvolvido pelos próprios funcionários, onde cada um realiza ao seu modo, sem uma padronização prévia. Tal situação muitas vezes pode colocar em risco a qualidade do processo. Há uma necessidade de adequar ao mais recomendado método para limpeza e então instituir uma rotina. Lembrando que o mais indicado é a limpeza tão logo acaba o procedimento.

Na falta de oportunidade para desenvolver esse trabalho devido à demanda de atendimento, como já foi justificado, pode-se instituir a pré-umectação e elencar quais produtos químicos podem ser usados para a pré-umectação e posteriormente para a limpeza,



tornando o processo padrão entre os profissionais.

Ao perguntar qual o produto químico utilizado para a realização da limpeza do material, não houve uma grande variedade de produtos, os mesmos parecem ser padronizados dentro da Instituição, porém em alguns postos, em alguns momentos, as Unidades ficam em déficit de produtos específicos.

“A gente lava com o que a gente tem. Lava com detergente e sabão (...)” TE2

“(...) Até a gente não tem outro produto, a não ser cloro e sabão.” ENF1

“Hipoclorito né, a gente tem além disso... tem álcool, sabão e... e pinho também..” ENF2

“(...) eu lavo sempre com água, sabão, boto um pouco de hipoclorito, seco e boto álcool, mas álcool não tem mais na unidade.” ENF7

O processo de limpeza, seja ele manual ou mecânico com água e detergente ou água com produtos enzimáticos, reduz consideravelmente a carga microbiológica⁹.

O sabão é um produto para lavagem e limpeza doméstica, formulado à base de sais alcalinos de ácidos graxos associados ou não a outros tensoativos. É o produto da reação natural por saponificação de um álcali (hidróxido de sódio, ou potássio) e uma gordura vegetal ou animal¹⁰.

Os detergentes correspondem a todo e qualquer produto que contenha um tensoativo. Possuem efetivo poder de limpeza, principalmente pela presença do surfactante na sua composição. Esse componente modifica as propriedades da água, diminuindo a tensão superficial facilitando a penetração do produto nas superfícies, dispersando e emulsificando a sujeira e fazendo a suspensão de partículas⁹⁻¹⁰.

Para o processo de limpeza é possível utilizar detergentes neutros enzimáticos ou não, alcalinos ou ácidos, porém devem estar regularizados junto à ANVISA. A utilização de produtos como Cloro e Álcool está indicada para o processo de desinfecção. Quando há presença de matéria orgânica, torna-se necessária a utilização de produtos saneantes, que são



os chamados desinfetantes⁸⁻⁹⁻¹⁰.

As soluções a base de cloro, orgânico ou não, não estão indicadas para uso em metais devido o seu poder de corrosão e incompatibilidade com detergentes. São indicados para desinfecção de superfícies limpas, artigos de lactário e cozinha e para artigos de inaloterapia e oxigenoterapia. A água sanitária de uso doméstico está contra indicada para instituições de saúde⁸⁻⁹.

Através dos resultados é possível identificar que os profissionais não distinguem o processo de limpeza do processo de desinfecção. Também desconhecem a possibilidade de associação entre produtos químicos para realizar as etapas de reprocessamento. A utilização de cloro nos instrumentos, além de prejudicar a qualidade do equipamento devido à contra-indicação para metais, não permite a ação dos detergentes o que aumenta a vulnerabilidade do processo de limpeza. Deve ficar claro aos profissionais que para o processo de limpeza, água e detergente neutro ou enzimático associados à fricção são suficientes para que o processo tenha qualidade.

O álcool a 70% é considerado um produto de desinfecção intermediária devido a não possuir ação esporicida e é indicado para desinfecção em equipamentos e em superfícies. O modo de uso para artigos é através de imersão por 10 minutos e em superfícies de fricção de 30 segundos, 3 vezes intercaladas pela secagem espontânea. Na apresentação 70% p/v elimina em segundos bactérias Gram-positivas e Gram-negativas; tem potente ação contra diversos vírus lipídicos, vírus não lipídicos e algumas micobactérias⁸⁻⁹⁻¹⁰.

Frente ao comportamento dos funcionários na utilização de tais compostos químicos no processo de limpeza ou que antecede ao mesmo, é possível identificar a carência de esclarecimento sobre o que é um processo de limpeza e o que é um processo de desinfecção. A utilização dos produtos químicos em questão poderiam ser um aliado no resultado final do reprocessamento se utilizados posteriormente ao processo de limpeza, porém na etapa onde a maioria dos profissionais utiliza esses compostos, há uma probabilidade grande de que tragam mais riscos do que benefícios.

Também foi questionada a importância que os profissionais davam para o processo de limpeza do instrumental e de forma unânime, os funcionários acreditam que essa etapa é importante, que é a base de todas as etapas para deixar os instrumentos livres de qualquer resíduo e conseqüentemente da contaminação. Alguns profissionais fazem ainda uma relação



de que para uma etapa de limpeza ser bem sucedida, é necessário que os instrumentais também estejam em condições de uso.

“Se tivesse algum produto específico para lavar eu acho até que seria melhor né.” AE4

“Importante né, mas não temos condições né, nem os materiais estão em condições mais. Eles já estão enferrujados, já tão cascurrados. Já tão... daí tu não pode usar Bombril, não pode usar escovinha, mas a gente acaba usando por que... pelo menos para dar uma limpada.” AE5

“Se tu não faz uma limpeza adequada o material vai contaminado, vai pra esterilização, mas vai sujo e quando for reutilizar aquele material ele ta com resto de... ta com resíduo do curativo que foi feito anteriormente.” TE4

“A maior importância que a gente tem, é principalmente da conservação do material, eliminar qualquer possibilidade de que esse material comece a ter um destino inadequado né, embora eu saiba que aquela retirada mecânica é a mais importante.” ENF4

Geralmente a limpeza é considerada uma atividade de pouca importância, ficando a cargo de pessoas sem preparo e que se sentem desmotivadas, o que poderia gerar falhas no processo⁸.

O que os resultados trazem contradiz o que a bibliografia sugere. Os profissionais estudados dão importância ao processo, aparentando motivação nessa etapa. Em consequência disso, há um favorecimento para que processo de limpeza nessas Unidades seja de fato realizado com eficiência, pois os profissionais conseguem identificar a importância do processo, consequentemente desempenham a atividade com qualidade, gerando um resultado satisfatório. Porém, para que de fato a limpeza seja completamente eficiente, não basta apenas motivação, é necessário também conhecimento quanto aos produtos químicos utilizados nessa



fase.

Já ao indagar os profissionais sobre como realizavam a limpeza dos instrumentais, as respostas foram muito semelhantes, em muitas vezes a mesma, onde de forma geral a limpeza se dá com o auxílio de escova e/ou esponja e um produto químico.

“Todos escovados. Boto de molho no sabão, uns 10 minutos mais ou menos, escova e deixo de molho no hipoclorito uns 30 minutos. Ai enxágua, seca e acondiciona pra esterilizar.” AE7

“Eu pego o material, ponho de molho em água e sabão ou o que tiver, boto de molho.. e depois pego a escovinha e abro bem, passo primeiro a escova pra poder tirar bem, depois a esponja, enxaguo, depois deixo escorrer e vai ali e seca.” TE2

“Eu uso aquelas escovinhas de unha, sabe.. aquelas escovinhas. Ou as vezes só com a esponja, parte verde da esponja, derrama sabão liquido e faz uma lavagem.. bem... digamos efetiva naquela área pra gente desincrostar a sujidade.” ENF5

A fase de limpeza é o ponto mais crítico do processamento de produtos para a saúde, pois erros podem ser cometidos com frequência, principalmente se não houver protocolos estabelecidos, se a equipe não tiver um treinamento adequado ou se houver sobrecarga de trabalho. A limpeza manual deve começar com aplicação de água para remoção de sujidade grosseira e logo após submeter os instrumentos à solução detergente e fricção com escovas de cerdas firmes e macias seguidas de água corrente. A esponja só esta indicada para superfícies lisas e extensas⁸.

A utilização de escovas ou esponjas é positiva para a limpeza, porém, como já foi discutido anteriormente, o uso dos produtos químicos que os profissionais descrevem fazer uso não estão indicados para esse momento. É necessário apresentar aos profissionais que de fato, a limpeza é uma etapa essencial, como eles mesmos descrevem, mas é necessário dar suporte e esclarecimento aos mesmos quanto a quais produtos químicos estão liberados para



uso e de como o processo de limpeza deve ser realizado.

O processo de limpeza quando bem realizado é um aliado a segurança da esterilização do material e consequentemente do paciente que estará fazendo uso deste instrumento. Além disso, traz também o aumento da durabilidade do material, prolongando sua vida útil.

Devido à dificuldade dos profissionais em distinguir a diferença do processo de limpeza e do processo de desinfecção, tais questionamentos sobre essas etapas foram associadas nessa categoria, favorecendo o entendimento dos resultados.

Quanto ao processo de desinfecção, os profissionais foram questionados se realizavam a desinfecção nos instrumentos, quais produtos utilizavam e como faziam. Também foram questionados sobre a importância deste processo.

Foi possível observar que alguns não conseguiam responder sobre a desinfecção sem fazer associação com a limpeza. Os produtos que utilizavam, a forma como executavam e o grau de importância que era dado; os argumentos eram muito semelhantes, quando não os mesmos que utilizavam para realizar a limpeza. Sendo assim, foi possível identificar que não há um conhecimento para diferenciação entre as duas etapas do reprocessamento.

“A desinfecção já faz parte da limpeza do material. Ao meu ver né(...)” AE7

“Sim... Geralmente a gente utiliza álcool ou sabonete líquido (...) Eu acho que é bem importante para o outro processo né, tem que limpar os materiais pra eles serem esterilizados.” TE1

“(...) Se fazer isso, com esse sabão que a gente tem, e esfregar.. e secar com papel toalha que a gente tem... A gente lavou, secou, embalou e botou na autoclave.” ENF6

“(...) Se tivesse todo o processo e produto, aquele que não lembro o nome do produto agora, aquele que é o ideal mesmo, aquele ali que se tu colocasse não precisa botar na autoclave, vamos dizer, que segundo ele, seria bom (...)” ENF1



Os produtos para saúde classificados como críticos devem ser submetidos ao processo de esterilização depois de realizada a limpeza. Já os artigos classificados como semicríticos devem ser submetidos, no mínimo ao processo de desinfecção de alto nível após a limpeza¹¹.

A desinfecção tem menor poder letal quando comparada à esterilização. O seu objetivo é de garantir a segurança na utilização e manuseio do artigo de saúde entre pacientes, diminuindo os riscos de infecção. O processo destrói todos os microrganismos patogênicos exceto esporos bacterianos. Para esse procedimento é utilizada uma solução desinfetante logo após o processo de limpeza de artigos que tiveram contato com matéria orgânica, sendo esta definida como toda substância que contém sangue ou fluidos corporais⁸⁻¹⁰.

Para a desinfecção de alto nível é utilizado Solução de Peróxido de Hidrogênio entre 3 a 6%, Glutaraldeído 2%, Ácido Peracético e outros. Para a desinfecção de baixo nível é utilizado Hipoclorito de Sódio (100ppm), Fenólicos, Quaternário de amônia entre outros. Já para a desinfecção de nível intermediário é utilizado produtos como Álcool etílico e isopropílico (70 a 90%), Fenólicos e Hipoclorito de Sódio (100ppm)⁸⁻⁹.

Os artigos semicríticos possuem o mesmo grau de criticidade, porém muitas vezes possuem riscos diferentes. São produtos com grande variedade de utilizações e diversas vezes podem variar a classificação quanto à criticidade⁸.

Portanto, sempre que necessário, ou em caso de dúvida quanto o tipo de exposição que sofreu o artigo para a saúde, a esterilização passa a ser sempre o método indicado.

Alguns dos participantes do estudo afirmam que muitas vezes não realizam alguma prática de desinfecção. Outros deles citam produtos que utilizam no preparo do material, demonstrando pela conduta, a não diferenciação do que é um processo de limpeza e o que é um processo de desinfecção.

Esta falha em não saber separar os processos não é grave, afinal o instrumental utilizado nos curativos após uma limpeza, mesmo que com a utilização de diversos produtos, passa pela etapa de esterilização. O que de mais grave pode acontecer é comprometer a qualidade do produto, no que se refere à durabilidade.

Se a situação fosse diferente, do instrumental passar apenas pela desinfecção e não evoluir para esterilização, seria um fato preocupante e agravante no resultado final do produto. Os instrumentos são artigos críticos e obrigatoriamente necessitam passar pela esterilização.



Dependendo do contato que o instrumental sofreu numa prática de curativo, o artigo pode estar altamente colonizado e, por consequência, aumentaria a possibilidade de desencadear uma infecção cruzada entre os pacientes, trazendo riscos também aos profissionais que manuseiam o produto.

O que os funcionários parecem ter desconhecimento é que para os artigos críticos, no caso dos instrumentais, a desinfecção não faz parte das etapas de reprocessamento. Ou seja, as etapas de limpeza e de esterilização são etapas suficientes para garantir a seguridade do artigo. É evidente que para de fato, tenha-se qualidade do resultado final, a etapa de limpeza deve ser de excelência e o processo de esterilização deve ser de qualidade, dentro do tempo e temperatura exigido, e, controlado através dos recursos disponíveis, sendo eles humanos, químicos e físicos.

Os participantes foram também questionados quanto à realização ou não da desinfecção, quais produtos utilizavam e como faziam esse processo, para que fosse possível obter o nível de informação referente a esta etapa. Alguns funcionários pareciam entender que essa etapa deveria ser realizada obrigatoriamente.

Em nenhum momento algum profissional demonstrou ter domínio sobre essa informação. Tal conhecimento do processo de desinfecção poderia servir de justificativa pela não realização do processo; a não necessidade devido à classificação do artigo, que deve obrigatoriamente ser submetido à esterilização.

Os profissionais que alegam não realizar essa etapa estão corretos nas suas práticas, de fato não se faz necessário. Porém a afirmação da não realização parece ser exposta pelos profissionais como uma falha no seu serviço, e não como uma ação baseada em conhecimento teórico-científico. Em nenhum momento algum profissional demonstrou ter domínio sobre o processo de desinfecção. A falta deste domínio poderia ter sido justificado devido a classificação do artigo que deve obrigatoriamente ser submetido à esterilização e, portanto não necessitando de desinfecção.

É imprescindível lembrar que na falta da possibilidade de esterilizar os instrumentos, deve-se inviabilizar a reutilização desses materiais em vista que o artigo crítico, no caso os instrumentos de curativos, necessita obrigatoriamente de um cuidado mínimo para a eliminação de vidas microbianas, e a desinfecção, seja ela de alto nível ou de nível intermediário está desaconselhado para essa particularidade. Inviabilizando a reutilização não



há chance de colocar em risco a segurança do paciente e do profissional que manipula esse instrumento potencialmente contaminado.

CONCLUSÃO

Foi possível verificar que embora as práticas profissionais encontram-se compatíveis com o preconizado pelas bibliografias, não há um argumento científico nem padronização no serviço para justificar as condutas nos cuidados ao instrumental cirúrgico. A única questão que difere das referências é a que diz respeito ao nível de importância dado pelos profissionais para a etapa de limpeza dos instrumentos, onde os sujeitos do estudo preconizam e demonstram tamanha importância para o processo, sendo a base para todo o resultado do reprocessamento com qualidade. Para realizar a limpeza, os profissionais não utilizam os produtos mais indicados pela falta de disponibilidade na Instituição.

Houve necessidade de trabalhar os dois processos, de limpeza e de desinfecção juntos, pois, os profissionais não conseguiam diferenciar um procedimento do outro, nem a diferença entre os produtos que são utilizados nos instrumentos. Acreditam que para fazer a limpeza, pode ser utilizado qualquer produto e quando necessitam falar de como realizam a desinfecção, os profissionais sugerem o mesmo processo já descrito quando questionados sobre como realizam a limpeza dos instrumentos.

O foco deste estudo foi direcionado a uma prática que busca a segurança do profissional para o manuseio do instrumental; a segurança do paciente quando da utilização desse instrumental no auxílio ao cuidado de sua saúde. Desta forma, seria interessante realizar uma atividade com os funcionários de modo a permitir que os mesmos usufríssem dos produtos que estão disponíveis no dia a dia, de forma que conseguissem contemplar as ações preconizadas pelas bibliografias para garantir a segurança de cada etapa de reprocessamento.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Para a enfermagem, acredita-se que a contribuição venha por meio da necessidade de explorar as capacidades dos profissionais, valorizando-os ou elevando seu grau de conhecimento. Alertando-os que independente do trabalho que é desenvolvido, seja ele de assistência direta ou indireta ao usuário, é necessário um conhecimento atualizado e de valor intelectual. E que, independente do grau de formação do profissional, é possível um trabalho



de excelência que vise a segurança das pessoas envolvidas nessa prática, principalmente em conjunto a um plano de ação em prol de atualizações e reciclagens dos funcionários, favorecendo o desempenho do trabalho e garantindo maior segurança na assistência ao paciente.

Por fim, é possível para dar continuidade ao estudo, trazer para a realidade dos profissionais alguns Procedimentos Operacionais Padrões, expostos de forma clara e simples, que possam ser aplicados à realidade de trabalho dos mesmos. Esta ação é também uma forma rápida de qualificar os funcionários, mostrando-os o que se espera em cada etapa e o que deve ser feito para conseguir realizar um trabalho com segurança, expondo o que é minimamente aceitável para a garantia de produtos livres de qualquer carga microbiana.

REFERÊNCIAS

1. Brasil MA, Borges AMM. Análise de insumos nas salas de curativos das Unidades Básicas de Saúde em Juazeiro do Norte, Ceará: Enfoque na biossegurança. Biossegurança no trabalho da Enfermagem: Perspectivas e avanços. Bento Gonçalves; 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Departamento de Atenção Básica. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Costa LFVD, Freitas MIPD. Reprocessamento de artigos críticos em unidades básicas de saúde: perfil do operador e ações envolvidas. Revista Brasileira de Enfermagem. 2009; 62(6): 811-19.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
5. Brasil. Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial União, 1986.
6. Bartolomei SR, Lacerda RA. O enfermeiro da Central de Material e Esterilização e a percepção do seu papel social. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2006;27(2): 258-65.



7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012.
8. Sociedade Brasileira De Enfermeiros De Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro De Materiais E Esterilização - SOBECC. Manual de Práticas recomendadas da SOBECC. 6ª edição. São Paulo: SOBECC; 2013.
9. Armond GA. Grupo de Estudos em Centro de Material e Esterilização da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem. Manual de Processamento de Artigos em Serviços de Saúde – N° SMS-MPASS-002. Minas Gerais; 2010.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 35, de 16 de agosto de 2010. Dispõe sobre o regulamento técnico para produtos com ação antimicrobiana utilizados em artigos críticos e semicríticos. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para a saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.



PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DO PAI E O ALEITAMENTO MATERNO

SCIENTIFIC PRODUCTION ABOUT THE FATHER AND BREASTFEEDING

Camila Daiane Silva; Ihana Arrieche Fazio Guidotti; Letiane de Oliveira Rubira

RESUMO: Objetivou-se identificar a produção científica de enfermagem a cerca do pai e o aleitamento materno. Realizou-se uma revisão integrativa que busca o aprofundamento do conhecimento de determinado tema. Coletou-se os dados em maio e junho de 2016, nas bases da BVS, PubMed, SciELO e SCOPUS. Foram incluídos os artigos em português e inglês, disponíveis na íntegra online, gratuitos, publicados no período de 2010 a 2016 e com pelo menos um autor enfermeiro. Verificou-se que o conhecimento produzido permeia as temáticas acerca do aleitamento materno, mãe, pai, aleitamento materno exclusivo, desmame precoce e enfermagem. Poucos são os artigos que enfocam o pai como participante do aleitamento materno, evidenciando a necessidade de construir novos estudos com este propósito. Espera-se ampliar a reflexão sobre o tema e que diferentes profissionais, em equipe, possam dialogar as práticas assistenciais, tanto hospitalares quanto na rede básica, buscando a promoção e incentivo ao aleitamento materno.

Descritores: Pai. Aleitamento Materno. Enfermagem.

ABSTRACT: The objective was to identify the scientific production of nursing around the father and breastfeeding. An integrative review was conducted that seeks to deepen the knowledge of a given topic. The data were collected in May and June of 2016, in the VHL, PubMed, SciELO and SCOPUS databases. The articles were published in Portuguese and English, available in full online, free of charge, published between 2010 and 2016 and with at least one author author. It was verified that the knowledge produced permeates the themes about breastfeeding, mother, father, exclusive breastfeeding, early weaning and nursing. There are few articles that focus on the father as a participant in breastfeeding, evidencing the need to construct new studies for this purpose. It is hoped to broaden the reflection on the theme



and that different professionals, in a team, can dialogue the assistance practices, both hospital and in the basic network, seeking the promotion and encouragement of breastfeeding.

Descriptors: Fathers; Breast Feeding; Nursing.

INTRODUÇÃO

O leite materno é a primeira atividade alimentar que instiga além da nutrição, a prevenção de diversas doenças e reforça o vínculo entre mãe e bebê. O aleitamento materno é um dos métodos mais empregados para a prevenção da mortalidade infantil e promoção da saúde para o bebê e mãe. É preconizado que o aleitamento materno seja realizado até os dois anos de idade ou mais, de modo que até os seis meses seja exclusivo¹.

Esse último é aquele em que a criança recebe somente o leite materno, independente da forma ofertada, podendo ser ordenhado ou ofertado direto da mãe. O lactente não pode receber outros líquidos ou quaisquer outros tipos de alimento, exceto vitaminas administradas por xaropes ou gotas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos².

O empoderamento do pai, suporte e conhecimento sobre as vantagens do aleitamento materno exclusivo, são fatores decisivos no momento em que as companheiras ofertam o leite materno aos lactentes³. No entanto, muitas vezes o pai é percebido como provedor financeiro da família. Em virtude de o pai ter esse papel, no período entre a gravidez, puerpério e amamentação, essa ação acaba se restringindo somente ao domínio feminino⁴.

A amamentação quando bem conduzida, pode se tornar uma prática muito prazerosa. O pai pode ser uma ferramenta de grande valor nessa fase. Assim, verifica-se a importância dos profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro, abordarem e divulgarem informações que assegurem o êxito na prática do aleitamento materno⁵.

Frente a importância da atuação do enfermeiro no incentivo e promoção do aleitamento materno, verificou-se a necessidade de investigar: qual a produção científica produzida referente ao pai e o aleitamento materno?

OBJETIVO

Identificar a produção científica de enfermagem acerca do pai e o aleitamento materno.



METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa, caracterizada por sintetizar a literatura teórica e empírica com o intuito de aprofundar o conhecimento de um determinado tema. A partir da revisão integrativa o pesquisador pode intervir na prática clínica e fundamentar sua tomada de decisão⁶. Para a sua realização, recomenda-se algumas etapas: definição da questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão (seleção dos artigos); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos estudos incluídos; interpretações dos resultados e apresentação da revisão⁶.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de maio e junho de 2016. Estabeleceu-se como critério de inclusão ser artigo científico disponível na íntegra online, gratuitos, publicados no período de 2010 a 2016, no idioma português e inglês, com pelo menos um autor enfermeiro. Como critério de exclusão: teses, dissertações, artigos repetidos em mais de uma base de dados e que não estivessem gratuitos, bem como aqueles fora do período determinado.

Realizou-se a busca nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica (PubMed), Biblioteca Científica Eletrônica Online (SciELO) e SciVerseScopus (SCOPUS). Utilizaram-se a palavra chave “aleitamento materno exclusivo” e os descritores, “aleitamento materno”, “pai”, “conhecimento”, “envolvimento paterno” “breastfeeding”, “paternal behavior” e “knowledge”. Associaram-se nesse estudo os descritores “Pai” and “Aleitamento Materno”, “Conhecimento” and “Aleitamento Materno” e por fim, Breastfeeding and paternal behavior and knowledge. No quadro 1 apresenta-se a dinâmica da busca realizada, de acordo com os descritores, palavras chaves e base de dados.

Quadro 1. Dinâmica da busca realizada na base de dados. Rio Grande, 2016.

Descritores	Base de dados	Quantidade de artigos	Quantidade de artigos de interesse
Pai + Aleitamento Materno	SciELO	10	02
Pai + Aleitamento Materno	Pubmed	66	01
Pai + Aleitamento Materno	BVS	28	01



Aleitamento Materno + Conhecimento	BVS	138 + 1106	04
Aleitamento Materno Exclusivo	BVS	129	09
Breastfeeding, paternal behavies, knowlegde	Scopus	08	01
TOTAL		1.477	18

Fonte: Fazio, 2016.

Foram encontrados 1.477 manuscritos, que após a aplicação dos critério de inclusão e exclusão, bem como a leitura rigorosa do artigo na integra permaneceram 18. Esses, foram identificados no quadro 2, por meio de números romanos, segundo o título, periódico, qualis e ano de publicação. Para a análise dos artigos procedeu-se à leitura exaustiva e avaliação do conteúdo apresentado, elaborando-se as categorias temáticas: aleitamento materno e a mãe, aleitamento materno e o pai, aleitamento materno exclusivo, desmame precoce, aleitamento materno exclusivo e a enfermagem.

Destaca-se que por se tratar de uma revisão integrativa não há a necessidade de aprovação do Comitê de ética.

Quadro 2. Identificação dos manuscritos segundo o código, título, periódico, qualis de enfermagem e ano de publicação. Rio Grande, 2016.

Código	Título	Periódico	Qualis	no
I	Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva.	Rev. Brasileira de Enfermagem	B1	014
II	Aleitamento materno: conhecimento de mães admitidas no alojamento conjunto de um hospital universitário.	Ciências, Cuidado e Saúde	Sem qualis	011
III	Maternal knowledge, outcome expectancies and normative beliefs as determinants of cessation of exclusive	BMC Public Health	B1	016



	breastfeeding: a cross-sectional study in rural Kenya			
IV	Quem são as mulheres que amamentam por 2 anos ou mais?	Jornal de Pediatria	B3	012
V	Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.	Revista de nutrição	B3	012
VI	Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes.	Rev. Escola de Enferm. da USP	B4	013
VII	Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação.	Ciência & Saúde Coletiva	B5	011
VIII	Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR.	Acta Paulista de Enfermagem	B1	012
IX	Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico.	Act Paulista de Enfermagem	B1	011
X	Percepção materna sobre o apoio recebido para a amamentação: o olhar na perspectiva da vulnerabilidade programática.	Ciências Biológicas e da Saúde	B3	013
XI	The prevalence and factors associated with exclusive breastfeeding in babies younger than six months in the city of	Revista Mineira de Enfermagem.	B2	013



	Rolândia– PR.			
XII	Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde.	Epidemiologia e Serviços de Saúde	B4	012
XIII	Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos	Revista Latino-americana de Enfermagem	B4	015
XIV	Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa	Revista Paulista de Pediatria	B4	012
XV	A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno	Revista Paulista de Pediatria	B4	012

XVI	Aleitamento materno: orientações, conhecimento e participação do pai nesse processo.	Revista Eletrônica de Enfermagem	B5	016
XVII	Fathers'and co-mothers' voices about breastfeeding and equality – A Swedish perspective.	Elsevier	C	015
XVIII	Complex young lives: a collective qualitative case study analysis of youngfatherhood and breastfeeding	BioMed Central: news and views	B5	016

Fonte: Fazio, 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apresenta-se a seguir as categorias formadas a partir da análise dos artigos



selecionados na busca em bases de dados.

Aleitamento Materno e a Mãe

Estudos reforçaram a premissa de que o AM proporciona benefícios tanto à saúde da criança quanto a saúde materna. (I, II e XVII). A prática da amamentação vem sofrendo transformações ao longo do tempo devido à complexidade e importância à saúde materno-infantil. Por isso, merece constante abordagem e estudo do tema (II).

Uma pesquisa realizada no município de Uberaba-MG, em 2011, demonstrou que as orientações que as mães receberam sobre o AM ocorreram durante a gestação no pré-natal. (II). Evidenciou-se que o AM evita cerca de 10% das mortes em menores de cinco anos de idade se 90% dessas crianças fossem amamentadas exclusivamente até os seis meses de vida. (I).

O estudo desenvolvido em Caxias do Sul no ano de 2014 com o objetivo identificar o conhecimento das puérperas sobre AME demonstrou que a metade das mães reconheceram o significado de AME, no entanto surgiram discordâncias de informações, divergências de opiniões e desconhecimentos sobre o tema. (I).

As mães crêem que por meio da prática da amamentação ocorre o fortalecimento dos laços afetivos com o filho, a proteção da criança, além de ter um papel relevante nos aspectos fisiológicos da mulher e ser uma prática econômica. (II, XVII). Além disso, referiram que as experiências anteriores positivas durante a amamentação influenciaram a decisão de amamentar pela segunda vez. (I).

Destaca-se um estudo realizado em 2016 no Quênia, com o objetivo de definir a relação entre o conhecimento, expectativas e crenças normativas na cessação do AME entre mães. Dentre os resultados, evidenciou-se que apenas 72% das mães acreditavam que o AME evitava problemas estomacais, 34% pensavam que o AME gerava fome mais rapidamente nas crianças e 20% acreditava que o ganho de peso era menor naqueles que não eram amamentados exclusivamente. (III).

Ainda nesse estudo, mais de 71% das mães relatou que a prática da amamentação significava perda de tempo e os sinais de choro, fome e a ausência de ganho de peso em crianças foram identificadas como uma das causas para não praticar o AME na África¹. (III).

O estudo realizado no Maringá, em 2011, verificou o tempo de duração do AME.



Assim, 85,4% das mães responderam que a duração deve ser até os seis meses de vida da criança, 12,2% afirmaram que pode variar de três a sete meses e 2,4% não souberam responder. As mães alegaram a impossibilidade do AME e referiram a complementação com outros tipos de leite. A maior parte das mulheres entrevistadas (87,5%) relatou inexistir leite fraco. (II).

Uma pesquisa realizada em São Paulo, no ano de 2013, evidenciou que conforme aumentam os dias de vida de uma criança, diminuem as chances do AME devido às práticas como água, chás, sucos e leite artificial. (VI, VIII).

A complementação alimentar iniciada precocemente pode ser justificada por valores, crenças, mitos e culturas populacionais (...) Esta introdução precoce de alimentos complementares, como frutas, papas salgadas e leite não humano, reduz o tempo de aleitamento materno (...). (II, p. 145).

A percepção de que “o leite é fraco” ainda permeia os relatos das mães. Essa ideia é arraigada de valores, crenças vivenciadas em uma condição sociocultural que contribui para a interrupção da amamentação. (IV). Outro fator relacionado à interrupção da amamentação é a dor referenciada pelas mães, associada a problemas de pega e posição do bebê. Por outro lado, algumas nutrizas referiram que esse acontecimento não interferiu o AME. (IV).

Estudo realizado em um Hospital Universitário de São Paulo evidenciou que a água foi o líquido mais oferecido pelas mães, por acreditarem que a sede dos bebês deve ser saciada. No entanto, a literatura aponta que crianças saudáveis em AME não precisam de água durante os primeiros seis meses, mesmo em dias quentes. (XIII).

Em 2013, uma pesquisa realizada em Rolândia-PR teve como objetivo delinear a prevalência de aleitamento materno e fatores associados. Dentre seus resultados, identificou que as mães com maior escolaridade eram as que mais praticavam o AME, sendo considerado um fator protetor. (XI). Geralmente a escolaridade elevada se relaciona com a condição socioeconômica mais alta. (VIII).

O ato de amamentar se tornou um acontecimento especial de acordo com cada família, permeada pelos conhecimentos do senso comum e os científicos. Apesar das mães descreverem pontos importantes do AM e AME, ainda se sentem inseguras em relação à amamentação. (IX).



Aleitamento Materno e pai

Há um consenso o marido/companheiro pode influenciara mãe no AM, particularmente quando convivem no mesmo lar e é provedor financeiro da família. Apesar de, na maioria dos casos, a ausência do pai estar associado ao desmame precoce, um estudo realizado no Caribe, em 2003, evidenciou que a ausência do pai/companheiro foi positivo na permanência do AM por dois anos ou mais. (IV).

As divisões das tarefas diárias no cuidado do bebê, principalmente com a inserção do pai ou companheiro, podem favorecer a manutenção do AME. A dependência do bebê em relação à mãe causa nervosismo e impaciência. Por isso, a presença do pai ou companheiro é estimado e oportuniza o entendimento da amamentação como uma prerrogativa além da mãe, ou seja, um cargo compartilhado pelo casal. (IX).

Pesquisa realizada em Londrina no ano de 2013, investigou o relato das mães acerca da figura paterna. Essa oferece apoio nas dificuldades vivenciadas pela nutriz. A amamentação possibilita a interação entre o binômio mãe-bebê e, se não for trabalhado essa questão, o pai acaba sendo excluído e interferindo negativamente na relação entre o casal. (X, XVIII). É necessária a inclusão do pai/companheiro desde a gestação, no processo da amamentação. (X). Ainda, o estudo reforça a importância do pai/companheiro frente às dificuldades do AM. Cerca de 95% das mães relataram que gostariam de receber o apoio de seus maridos/companheiros e que 99,2% dos pais desejavam dar assistência, mesmo com pouco conhecimento. (X).

De acordo com a revisão integrativa, que abrangeu o período de 1995 a 2010, há uma escassez de estudos científicos acerca da inclusão paterna e da saúde materno-infantil. (XIV). O aleitamento ou desmame acaba sendo de responsabilidade exclusiva da mãe, sendo dessa forma prejudicial, pois esse fardo deveria ser compartilhado com o companheiro e a mãe. Nesse contexto, o apoio paterno se torna grande aliado na incidência e prevalência da amamentação, mostrando-se presente e atuante nesse processo. (XIV).

A prática de amamentar deve ser centralizada na conjugalidade de todos os membros da família, principalmente o pai. (...) O aspecto materno-infantil, em geral restrito ao binômio mãe-filho, tem ampliado sua temática ao incluir assuntos como relações sociais de gênero. (...) O conhecimento paterno sobre os benefícios da amamentação para o bebê mostra-se



vasto; somado à influência que ele exerce sobre sua companheira e ao sentimento de proteção para com o bebê, o pai apresenta grande potencial de tornar-se um suporte para o aleitamento materno. (XIV, p.126).

Ainda o estudo evidenciou que o pai associa o AM apenas como benefícios ao bebê, mas não em relação à mãe. (XIV, XVI, XVIII). A Conferência Mundial sobre a mulher, 1995, recomendou a inclusão do pai nos projetos de educação em saúde, em Beijing na China. A presença do pai é um desafio em foco no mundo todo. (XIV).

A presença do pai no amparo a mãe durante a amamentação ainda é pouco estudado na literatura. Vale salientar que as nutrizes referem à participação do pai como influente na prevalência do AM nos meses iniciais e 80% relatam se sentirem encorajadas pelos mesmos na amamentação. (XV).

O estudo realizado no período de 2002 a 2003 em Pelotas-RS, objetivou avaliar a percepção das mães quanto ao apoio paterno e sua influência no AM. Dentre os resultados não encontrou associação do pai e AM no sexto mês de vida, demonstrando o apoio paterno mais no início da AM. (XV). A participação ativa do pai no AM está associada à duração da amamentação. Além disso, a união estável contribui mais na permanência do AM. Os pais com escolaridade maior são mais conscientes dos benefícios da amamentação. (XV).

O relacionamento entre o pai e o bebê deve perdurar desde a gestação. A presença ativa paterna na preparação da maternidade permite encorajar a mãe a amamentar a um período maior, sendo o pai o fator primordial para o sucesso da AM.(XV). Durante o manejo da amamentação a insegurança prevalece à mãe e o envolvimento do pai escasso. Sobre os conhecimentos do pai acerca do AM, o mesmo acredita que o motivo do choro do filho era o leite que não sustentava, por isso introduziram outro leite complementar facilitando assim o desmame precoce. Nessa pesquisa fica evidente que a amamentação é um desejo do pai, ainda que não soubesse definir o tempo ideal da amamentação, a maioria respondeu dentro dos parâmetros recomendado pelo Ministério da Saúde. (XV).

Um estudo realizado no Reino Unido, em 2014, teve como objetivo de investigar o conhecimento e sentimentos de pais/parceiros relacionados à amamentação e a forma como eles pensam sobre igualdade de gênero. Os pais referiram conhecer os benefícios de saúde para mãe e bebê, também que o leite materno tem propriedade protetora, é refeição completa e disponível a qualquer hora, em temperatura perfeita e sob medida para a criança, além de ter



efeito contraceptivo, na involução uterina e prevenção de constipação na criança. (XVII).

Aleitamento Materno Exclusivo

O AME tem o potencial de reduzir significativamente a mortalidade infantil e proteger contra infecções e doenças. (III, VI). No que tange à saúde da criança, os benefícios da amamentação, principalmente a exclusiva até os seis meses de vida, envolvem o adequado desenvolvimento craniofacial, a prevenção de alterações de fonação, deglutição e respiração, a proteção contra alergias alimentares, doenças diarréicas e infecções comuns à infância, além de um adequado desenvolvimento e crescimento da criança. (II, p.147).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as crianças sejam amamentadas exclusivamente até os seis meses de idade e continue complementado com outros alimentos nutricionalmente apropriados até dois anos ou mais. (I, II). Apesar da recomendação, as taxas de AME ainda estão abaixo dos níveis desejados no país e no mundo. (I, VI, VII). Atingir as taxas ideais da duração do AME ainda é uma meta desejada. (V).

Uma pesquisa realizada em 2008 nas capitais brasileiras, evidenciou a prevalência de AME apenas com o leite materno em menores de seis meses foi de 41% e duração média de 54,1 dias (I e II). A duração média do AM aumentou um mês e meio, passando de 295,9 dias em 1999 para 341,6 dias (11,2 meses) em 2008 (II).

Os índices de AME em Nairobi demonstram ascensão, após ter permanecido a baixo por longos anos. Em torno de 60% das crianças com menos de seis meses eram amamentadas exclusivamente e 45% das crianças estavam entre a faixa etária de 4-5 meses. (III). Da mesma forma, na Suécia a taxa de amamentação é alta para os padrões internacionais. No país 97% das crianças nascidas em 2009 foram amamentadas exclusivamente ou parcialmente amamentadas com idade de uma semana, 65% na idade de seis meses, e 16% na idade de 12 meses. (XVII).

Desmame precoce

Os fatores que contribuem para o desmame precoce são o desconhecimento da mãe sobre o próprio ato de amamentar. O surgimento dos problemas durante a amamentação, como ingurgitamento mamário, fissuras, entre outros, contribuem diretamente na cessação do AM. (I). Ainda, as condições socioculturais, como a influência de outras pessoas para o uso de



chás, água, introdução de chupetas artificiais, foram às causas mais comuns para o desmame precoce. (IV).

O estudo realizado no Rio de Janeiro em 2012 evidenciou que o uso de chupeta está interligado com a cessação do AM e AME. (IV, VII, X). Em Porto Alegre, cerca de 60% das crianças menores de um ano utilizaram chupeta. (IV). A chupeta e mamadeira, a longo prazo, prejudicam a dentição e a fala da criança. (XII).

Os estudos indicam a prevalência do desmame precoce em torno dos quatro meses de vida da criança e se relaciona com o retorno da mulher ao mercado de trabalho (I, VI). Diante disso, surgem ações, políticas de incentivo ao AME as mães trabalhadoras, como Rede Amamenta e Alimenta Brasil, Sala de Apoio a Amamentação e legislações trabalhistas. Destaca-se a lei que amplia a licença maternidade para seis meses, sancionada em 2008. Contudo, essa lei não assegura a prática do AME pelas mães, sendo necessário suporte e apoio adequado. (I).

AME e Enfermagem

Uma pesquisa realizada em Londrina em 2013 demonstra que o suporte de apoio profissional é necessário e proporciona à mãe o contato com informações sobre si, o cuidado com a criança e seu desenvolvimento. Para isso, o profissional deve estar atento e dialogar as fragilidades que a mãe vivencia, proporcionando uma continuidade da amamentação. (X).

Em 2015, um estudo realizado em São Paulo mostra que o AME exige esforço da mãe e deve ser perceptível pelo olhar do profissional. Os momentos críticos intervêm na autoconfiança da mulher na amamentação. A promoção do AME é baseado no conhecimento científico para educar adultos em um ambiente acolhedor, em que mãe e pai expressam suas dúvidas, crenças e sentimentos. (XIII).

Uma revisão integrativa referente a educação em saúde sobre AME e saúde materna-infantil, que abrangeu o período de 1995 a 2010, demonstrou que as intervenções que permitiriam a inclusão paterna pouco ocorrem ou não são registrados. Assim, dificilmente chega ao conhecimento dos profissionais do setor acadêmico e assistencial, sendo imprescindível a publicação científica das ações para prática e o ensino no que tange o AME. (XIV).

Ainda é demonstrado nesse estudo que o pai tem exercido seu papel com mais



frequência, principalmente acompanhando a mãe no serviço de saúde a procura de novos saberes a fim de garantir maior apoio. No entanto, verifica-se que os profissionais estão despreparados para recebê-los, uma vez que a graduação é focada nos aspectos técnicos e no manejo da amamentação sem considerar a inclusão paterna. (XIV).

Embora as mudanças sejam a favor da inclusão do pai, os mesmos ainda apresentam dificuldades para entender as transformações que ocorrem com as mulheres, situação presente na assistência. A inserção da atenção à saúde aos diferentes membros de uma família ainda é um desafio que precisa ser alcançado. (XIV).

CONCLUSÃO

A cultura e os costumes ainda influenciam fortemente na questão do aleitamento materno. Em algumas sociedades as mães ainda são vistas como as únicas responsáveis por esse processo, sendo culpabilizadas pelo desmame precoce. Por outro lado, os pais começam a se sentirem coparticipantes e também responsáveis, principalmente no suporte e incentivo à mãe.

O presente estudo alcançou o objetivo de identificar a produção científica de enfermagem acerca do pai e o aleitamento materno. Dessa forma, os principais temas abordados foram o aleitamento materno e a mãe, aleitamento materno e o pai, aleitamento materno exclusivo, desmame precoce, aleitamento materno exclusivo e a enfermagem. Verificou-se que poucos são os artigos que enfocam o pai como participante do aleitamento materno, evidenciando a necessidade de construir novos estudos com este propósito.

Apesar do objetivo ter sido alcançado, verifica-se dentre as fragilidades, a necessidade de ampliar as buscas em diferentes bases de dados. A partir dos resultados obtidos, espera-se ampliar a reflexão sobre o tema e que diferentes profissionais, em equipe, possam dialogar as práticas assistenciais, tanto hospitalares quanto na rede básica, buscando a promoção e incentivo ao aleitamento materno.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

É preciso conhecer a produção científica já existente, para refletir sobre as ações cotidianas junto aos pais e mães, durante a amamentação. A partir disso, repensar algumas práticas, reintervir junto à eles e produzir novos conhecimentos.



Durante a assistência de enfermagem, pode-se incentivar o pai a se sentir pertencente e responsável dessa nova realidade pontuando os aspectos que levam ao desmame precoce e o que é possível ser feito para resolver esse problema. Diversos fatores influenciam na hora da mãe decidir iniciar e prosseguir com o aleitamento materno e a equipe de enfermagem exerce grande influência nesse processo. O motivo de muitas vezes a enfermagem encontrar dificuldade de colocar em prática o que é preconizado pelos programas e projetos de aleitamento materno, é o fato de a equipe multiprofissional desconhecer o que motiva as mães a desistir de amamentar seus filhos⁷.

É imprescindível ressaltar a importância do pai no processo de amamentação. Ele não deve exercer somente a função de provedor econômico da família e sim, o papel de um companheiro que apoia e incentiva a mãe na amamentação. Muitos pais, em virtude de não participarem das consultas de pré natal, acabam ficando desinformados em relação aos benefícios do leite materno para o bebê e para a mãe. É nesse momento que a equipe de enfermagem entra em ação, realizando a educação em saúde no que diz respeito a importância da participação do pai no cuidado, bem como o aleitamento do seu filho.

O momento da visita hospitalar, em que o pai vem ver o seu filho, é propício para que a enfermagem atue, incentivando o pai a dar o banho, a segurar o filho, a cuidar junto com a mãe das mamas, da posição e prega para amamentação. Ainda, a enfermagem pode criar e distribuir panfletos informativos, para que o pai possa consultar a qualquer momento ou relembrar as orientações quando necessário.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Ministério da Saúde. 2009.
2. Brasil. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
3. Silva PP, Silveira RB, Mascarenhas MLW, Silva MB, Kaufmann CC, Albernaz EP. A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. Rev



Paul Pediatr. 2012; 30 (3): 306-13.

4. Paula AO, Sartori AL; Martins CA. Aleitamento materno: orientações, conhecimento e participação do pai nesse processo. 2010.

5. Brito RS de, Oliveira EMF de. Opinião do pai sobre o aleitamento materno. Northeast Network Nursing Journal. 2006; 7(1):9-16.

6. Whitemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005; 52 (5): 546-53.

7. Silva IA. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. Rev Esc Enferm USP. 2000; 34 (4): 362-9.



**SERVIÇO DE ESTOMATERAPIA: LOCAL DE CAPACITAÇÃO DO CUIDADO
ENTRE ENFERMAGEM, PESSOA COM ESTOMIA E FAMÍLIA**

**STOMATHERAPY SERVICE: LOCAL D AND TRAINING OF CARE
BETWEEN NURSING, PERSON WITH STOMY AND FAMILY.**

Ana Cláudia Fortuna; Giovana Calcagno Gomes; Bianca Blan; Aline Grehs

RESUMO: objetivou-se apresentar a experiência de acadêmicas com a extensão no Serviço de Estomaterapia de um hospital do sul do Brasil com pessoas estomizadas e seus familiares cuidadores. As acadêmicas iniciaram a atividade em agosto de 2016, buscando conhecimentos acerca do viver dos estomizados, como se dá o cuidado familiar a eles e quem são as pessoas com estomia atendidas no SE e seus familiares cuidadores. A partir desse conhecimento conversaram com os mesmos acerca do seu viver e definiram as atividades de extensão a serem desenvolvidas. Ensinararam acerca dos cuidados com o estoma, cadastraram pacientes, controlaram estoques e distribuíram materiais. Realizaram busca ativa, elaboraram materiais didáticos, realizaram visitas domiciliares e hospitalares, consultas de enfermagem, grupoterapias e encaminhamento dos pacientes para outros profissionais. A extensão universitária possibilita aos acadêmicos experienciarem a prática profissional de forma protegida, desenvolvendo habilidades, possibilitando-lhes tornarem-se seguros no seu fazer profissional.

Descritores: Estomas Peritoneais. Educação em Saúde. Educação em Enfermagem.

ABSTRACT: It aimed to present the experience of academics with extent in Stomatherapy Service of a hospital in southern Brazil with people with ostomies and their family caregivers. The academics began the activity in August 2016, seeking knowledge about the living of the stomates, how to care for them, and who are the people with stomies treated in the SE and their family caregivers. This knowledge made it possible to talk with them about their lives and define the extension activities to be developed. They taught about stoma care, enrolled



patients, controlled stocks and distributed materials. Performed active search, produced didactic materials, carried out home visits and hospital visits, nursing consultations, group therapies and referral of patients to other professionals. The university extension enables academics to experience professional practice in a protected manner, developing skills, enabling them to become safe in their professional practice.

Descriptors: Peritoneal stomas. Health education. Education in Nursing.

INTRODUÇÃO

A pessoa estomizada ou estomizado é aquela que fez uma cirurgia para realizar a exteriorização de parte de um órgão oco, por exemplo, intestino ou bexiga, criando uma abertura no abdômen chamada de estoma. É um processo cirúrgico agressivo que gera diversas mudanças tanto físicas como psicológicas para o indivíduo.¹

A partir do local onde é realizado a estomia é dada diversas definições, por exemplo: colostomia, ileostomia, urostomiagastrostomia, traqueostomia.

Segundo a Associação Brasileira de Ostomizados (2011) estima-se que, no Brasil, há cerca de 50 mil estomizados. O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr do Rio Grande (HU) apresenta-se como um local apropriado para o atendimento especializado dessas pessoas, seja ao lhes propiciar materiais específicos ao cuidado de seus estomas, seja pela equipe multiprofissional disponível.

O atendimento às pessoas com estomias no HU teve início no ano de 1994 como um projeto de extensão denominado Ostomia uma forma de viver. Na época os pacientes eram operados e, após a alta, não existia no município um Serviço especializado no seu acompanhamento. Além disso, os produtos para o cuidado aos estomizados são de alto custo, dificultando sua aquisição e a reabilitação dessas pessoas.

Preocupada com tal situação a enfermeira Giovana Calcagno Gomes, atuante na Unidade de Clínica Cirúrgica na época, elaborou o projeto de extensão e negociou com os diretores do HU o atendimento ambulatorial dessas pessoas e o fornecimento de uma quantidade mínima de bolsas de estomia. Buscou, também, junto à Secretaria Municipal da Saúde a negociação com a Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul para o fornecimento dos recursos necessários ao cuidado (bolsas de estomia e demais materiais e equipamentos de uso



individual), tendo em vista tratar-se de um Programa Estadual e serem estes considerados pessoas com deficiência e terem direito ao recebimento gratuito desses recursos.

Após essa negociação ficou definido que o Estado encaminharia o material para a 3ª Coordenadoria Regional da Saúde em Pelotas e essa, por meio de pedido mensal discriminando o paciente e os materiais que esses utilizam, encaminharia o material para o HU em Rio Grande/RS/Brasil. Desde então o projeto de extensão levou à criação em 2005 do Serviço de Estomaterapia (SE).

A criação do SE buscou integrar em um único serviço a participação de docentes, acadêmicos e de profissionais da saúde do HU com vistas a garantir a integralidade da assistência às pessoas com estomias e suas famílias bem como realizar atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência, pilares da Universidade Federal do Rio Grande - FURG. Este se apresenta como cenário de encontro entre a enfermagem, a pessoa com estomia e a família.

A formação de um serviço de estomaterapia em uma instituição hospitalar tem como objetivo melhorar a estrutura e ampliar o atendimento a pacientes que estejam internados ou que receberam alta hospitalar, e também procurar inovações no cuidado com o uso de terapêuticas eficientes, almejando melhorar a qualidade da assistência prestada, além da redução dos gastos e do tempo de internação hospitalar.²

Normalmente, a pessoa com estomia necessitará do apoio da família que a auxilia a expressar-se, favorecendo seu autocuidado, reduzindo os problemas que possam surgir relacionados à presença do estoma. Esta constatação leva a refletir sobre a necessidade da inclusão da família no planejamento da sua assistência.

OBJETIVO

Apresentar a experiência de extensão de um grupo de acadêmicas de enfermagem no SE de um hospital universitário do sul do Brasil junto a pessoas com estomia e seus familiares cuidadores.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas de enfermagem bolsistas do Programa de Educação Tutorial de Enfermagem – PET Enfermagem no Serviço de Estomaterapia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. junto a pessoas



estomizadas e seus familiares cuidadores. As acadêmicas se inseriram no serviço em agosto de 2016, buscando conhecimentos acerca do viver das pessoas com estomia, como se dá o cuidado familiar à pessoa com estomia e quem são as pessoas com estomia atendidas no SE e seus familiares cuidadores. Estudaram as fichas cadastrais das pessoas estomizadas, obtendo informações acerca de suas idades, sexo, tipo de estoma (ileostomia, colostomia ou urostomia), causas que levaram o paciente a ser submetido à cirurgia, tempo de estomizado, vínculo entre cuidador responsável, paciente e idade do cuidador. A partir desse conhecimento conversaram com estomizados e familiares cuidadores acerca do seu viver e definiram as atividades de extensão a serem desenvolvidas junto aos familiares cuidadores e às pessoas com estomia cadastradas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecimentos acerca do viver da pessoa com estomia

São diversas as mudanças que as pessoas estomizadas enfrentam após a cirurgia, pois houve a mutilação de um órgão e com isso ocorre a privação do controle dos esfíncteres, com isso também ocorre a diminuição da autoestima, autoconceito e alterações na vida sexual, que resultam da diminuição do desejo sexual, sentimentos como depressão, ódio, raiva e inaceitação. Desta maneira, passam por transformações corporais que afetam sua vida social, autoestima, sexualidade, modo de vestir, se alimentar e seu trabalho.¹

No mundo atual, a beleza e a vigor são supervalorizados, quando a pessoa não se sente dentro do padrão de normalidade isso pode gerar sentimento de rejeição.³ Com a notícia de seu diagnóstico, a pessoa com estomia pode sentir medo, ter seu status familiar e social alterado, tornar-se inseguro, isolar-se tentando fugir da realidade, apresentar sentimentos contraditórios. A constatação da necessidade da cirurgia construtora de um estoma pode ser muito impactante para o paciente e sua família. Muitos destes reagem negativamente à notícia e desenvolvem depressão. A cirurgia de estomização acarreta diversas alterações como a perda do controle esfinteriano, na vida sexual, no trabalho, no lazer, na imagem corporal, entre outras alterações.

O estoma pode se tornar um obstáculo em diversos momentos do viver da pessoa com estomia. Essa, geralmente, passa a viver em função do seu cuidado deixando de realizar atividades que antes eram importantes e prazerosas por medo, vergonha e constrangimento.



Com isso, muitos se apresentam tristes e desanimados tendo dificuldades na sua (re)inserção social.

Conhecimentos acerca do cuidado familiar à pessoa com estomia

A família é uma peça muito importante no processo de superação desta nova realidade, uma vez que é a principal fonte de informação e vínculo afetivo com o paciente, assim ajudando o mesmo a lidar com a insegurança e com os diversos outros sentimentos que resultam desta vivência. Na maioria das vezes a família não se encontra pronta para lidar com a situação, diante disso é importante que seja capacitada para realizar o cuidado em seu lar.⁴

Para isso, deve ser envolvida no processo terapêutico visto que convive diariamente com a pessoa com estomia, podendo intervir de forma constante e efetiva bem como fornece informações acerca da mesma, auxiliando na elaboração do plano terapêutico, do processo de reabilitação e de (re)inserção social desta. Cada família reage de maneira diferente, vivenciando diversas maneiras de oferecer apoio e cuidado. Desta maneira, o enfermeiro, desempenha um papel fundamental como suporte ao paciente e a família para o enfrentamento dos problemas resultantes do processo do adoecimento.

5

A família tem primordial importância, pois deverá ser uma base de sustentação e apoio que o paciente estomizado precisa. No entanto, se observa-se fragilidade da família. Assim, a equipe multiprofissional tem importância para instruir e melhorar a qualidade de vida do estomizado e da sua família.⁶

Entende-se que contar com um grupo de profissionais especializado no cuidado ao estomizado torna-se fundamental para que estes consigam superar suas dificuldades e medos e se potencializem enquanto cuidadores. Assim, necessitam adquirir conhecimentos e habilidades.

A orientação deve começar com a determinação prévia do grau de compreensão e retenção de informações do familiar cuidador. A participação do familiar cuidador nas atividades desenvolvidas no SE proporciona uma atmosfera de apoio, na divisão de seus medos e angústias, na facilitação da expressão de suas emoções e na aquisição de habilidades e competências específicas de cuidado.



Conhecimentos acerca da caracterização das pessoas com estomia atendidas no SE e de seus familiares cuidadores

Esses dados foram retirados das fichas de acompanhamento social (FAS), fichas de cadastramento (FC) e livro de registro (LR) do SE do HU. O número de pacientes do SE é flutuante, pois a cada mês morrem ou fecham as estomias e entram novos pacientes recém operados ou transferidos de outros municípios. No mês de Abril de 2017 haviam 115 pessoas com estomias cadastradas no SE. Decidiu-se por apresentar a caracterização por meio de tabelas.

Tabela 1- Distribuição por número e porcentagem dos casos pesquisados segundo a idade do paciente

IDADE	Nº DE PACIENTES	PORCENTAGEM
0-09	4	3,5%
10-19	3	2,6%
20 – 29	2	1,7%
30-39	2	1,7%
40-49	12	10,4%
50-59	12	10,4%
60-69	41	36,8%
70-79	29	25,2%
80-89	8	7%
90-99	2	1,7%
TOTAL	115	100%

FONTE: FAS , FC e LR do GAOF – 2017

Ao analisar suas idades verificamos que a maioria deles encontra-se com idades entre



60 e 99 anos (70,7%). Acredita-se que isto ocorra, pois a maioria deles é portador de adenocarcinoma, uma patologia que comumente se manifesta mais na terceira idade. Nesta idade, o paciente apresenta maior risco cirúrgico devido à diminuição da sua imunidade e a presença de outras doenças associadas.⁷

Tabela 2- Distribuição por número e porcentagem dos casos pesquisados segundo o sexo do paciente

SEXO	Nº DE PACIENTES	PORCENTAGEM
MASCULINO	55	48%
FEMININO	60	52%
TOTAL	115	100%

FONTE: FAS , FC e LR do GAOF – 2017

Por meio destes dados, pode-se observar que, tanto homens como mulheres, apresentam porcentagens semelhantes em questão à incidência da estomia. No entanto, em nossa prática profissional temos observado que, normalmente as mulheres apresentam uma adaptação mais rápida à sua nova condição apesar de que, são as mulheres que, normalmente, se deprimem mais no pós-operatório imediato.

Tabela 3- Distribuição por número e porcentagem dos casos pesquisados segundo o tipo de ostomia

TIPO DE OSTOMIA	Nº DE PACIENTES	PORCENTAGEM
COLOSTOMIA	95	83%
ILEOSTOMIA	12	10%
UROSTOMIA	08	7%
TOTAL	115	100%

FONTE: FAS, FC e LR do GAOF – 2017



A maioria dos pacientes do GAOF é portadora de colostomia.

Tabela 4 - Distribuição por número e porcentagem dos casos pesquisados segundo o tempo de uso da estomia.

TEMPO DE USO	Nº DE PACIENTES	PORCENTAGEM
1 – 5 ANOS	80	69%
6 – 10 ANOS	11	10%
11 – 15 ANOS	05	4,3%
16 – 20 ANOS	10	9%
21 – 25 ANOS	05	4,3%
26 – 30 ANOS	04	3,4%
TOTAL	115	100%

FONTE: FAS, FC e LR do GAOF – 2017

A maioria dos pacientes possui estomias recentes (1 a 5 anos), ou seja, bem no período adaptativo à sua condição de estomizado.

Tabela 5 - Distribuição por número e porcentagem dos casos pesquisados segundo a causa da estomia

CAUSAS	Nº DE PACIENTES	PORCENTAGEM
ADENOCARCINOMA	93	81%
CA PRÓSTATA OU BEXIGA	08	7,1%
PERFURAÇÃO POR ARMA DE FOGO	02	1,7%
DIVERTICULITE	02	1,7%
VOLVO INTESTINAL	02	1,7%



POLIPOSE	02	1,7%
CA OVÁRIO	02	1,7%
SÍNDROME DE FOURNIER	02	1,7%
ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	02	1,7%
TOTAL	115	100%

FONTE: FAS, FC e LR do GAOF – 2017

A partir dos dados levantados pode-se perceber que existem múltiplas causas que podem levar um paciente a ser estomizado. No entanto, verifica-se que as principais causas que levam um paciente a uma estomia é o adenocarcinoma de intestino e o câncer de bexiga ou próstata.

Tabela 6 - Distribuição por número e porcentagem dos casos pesquisados segundo a temporalidade de uso da ostomia

TEMPORALIDADE	Nº DE PACIENTES	PORCENTAGEM
Temporária	40	35%
Definitiva	75	65%
TOTAL	115	100%

FONTE: FAS, FC e LR do GAOF – 2017

A partir dos dados levantados, pode-se verificar que a pessoa estomizada, que participa do GAOF em Rio Grande, na sua maioria são portadores de colostomias definitivas (65%) por Adenocarcinoma de Cólon (81%).

Tabela 7 - Distribuição por número e porcentagem dos casos pesquisados segundo o grau de parentesco do familiar cuidador

GRAU DE PARENTESCO	Nº DE PACIENTES	PORCENTAGEM
FILHO	06	5,2%



ESPOSO	05	4,3%
FILHA	46	40%
MÃE	07	6,1%
ESPOSA	46	40%
NORA	03	2,6%
AMIGA	02	1,8%
TOTAL	115	100%

FONTE: FAS, FC e LR do GAOF – 2017

A maioria dos cuidadores da pessoa com estomia são mulheres, principalmente filhas e esposas da pessoa com estomia (80%). Estudo acerca das vivências do cuidador familiar de uma pessoa com estomia intestinal por câncer colorretal também verificou que seu principal cuidador é do sexo feminino. **Tabela 8 - Distribuição por número e porcentagem dos casos pesquisados segundo a idade do familiar cuidador**

IDADE DO FAMILIAR CUIDADOR	Nº DE PACIENTES	PORCENTAGEM
< de 20	04	3,5%
20-29	03	2,6%
30-39	10	8,7%
40-49	35	30,4%
50-59	16	13,9%
60-69	25	21,7%
70-79	22	19,2%
TOTAL	115	100%

FONTE: FAS, FC e LR do GAOF – 2017.

Verificou-se que o familiar cuidador da pessoa com estomia atendida no GAOF possui idade, principalmente, acima de 40 anos (85,2%), sendo muitos (40,9%) idosos. A partir dos dados levantados, pode-se verificar que o familiar cuidador da pessoa estomizada, que participa do GAOF em Rio Grande, na sua maioria, é mulher, sendo principalmente filha ou esposa com idades acima dos 40 anos, sendo muitas idosas.



O SE do HU e as atividades de extensão desenvolvidas junto aos familiares cuidadores e às pessoas com estomia cadastradas

O SE funciona no Ambulatório Central do HU com consultas de enfermagem durante as quartas-feiras. A equipe atuante é composta por uma enfermeira docente da Escola de Enfermagem, uma enfermeira do programa de pós graduação , duas assistentes sociais, uma acadêmica bolsista PET e uma acadêmica bolsista EPEC ,o espaço é aberto à acadêmicos e profissionais que buscam fazer pesquisa na área da Estomaterapia.

Como questões técnicas os pacientes e familiares são ensinados acerca dos cuidados com o estoma e pele periestomal e o uso dos materiais e equipamentos necessários. Como ações administrativas são realizados os cadastros dos pacientes no SE e solicitados mensalmente os materiais e equipamentos para cada paciente para a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, controle dos estoques e distribuição dos materiais e equipamentos.

Como ações educativas são elaborados materiais didáticos (folders, álbuns seriados, manequim de gesso, fotos, etc) e assistenciais, são realizadas visitas domiciliares, visitas a pacientes no hospital, tanto no pré como no pós-operatório imediato, consultas de enfermagem ambulatoriais, consultas com assistente social, grupoterapias e encaminhamento dos pacientes para consultas com psicólogas, nutricionistas ou médicos. Realiza-se orientações para a prevenção das complicações mais comuns das estomias.

Na área da pesquisa são coletados dados para diversos trabalhos na área, gerando temas livres, banners, artigos publicados em periódicos da área e resumos publicados em anais, além de dado cursos acerca dos cuidados com pessoas com estomias em eventos, nos hospitais e rede básica.

As atividades realizadas são semestralmente avaliadas pelos membros da equipe, pacientes e familiares cuidadores em reunião específica e realizados relatórios anuais das atividades realizadas. Todas as sugestões são discutidas e, dentro das possibilidades, incorporadas ao processo de trabalho no SE.

Anualmente o projeto de extensão, hoje considerado permanente, é renovado e as questões éticas incorporadas. O projeto é cadastrado no Sistema de Informação e Gestão de Projetos (SIGProj) do Ministério da Educação – MEC. Este tem como objetivo auxiliar o planejamento, gestão, avaliação e a publicização de projetos de extensão, pesquisa, ensino e



assuntos estudantis desenvolvidos e executados nas universidades brasileiras. Os projetos de extensão são acompanhados, também, pela Pró-reitoria de Extensão da Universidade.

Cada paciente e/ou seu familiar cuidador participa uma vez ao mês da consulta de enfermagem. Nela é realizada a anamnese e o exame físico da pessoa com estomia. Na maioria das vezes, quem comparece à consulta é o familiar cuidador. Esse, além de buscar o material para a pessoa com estomia, busca orientações acerca de formas efetivas de cuidado com a estomia e fornece informações acerca do seu processo de reabilitação.

Nas visitas domiciliares os familiares e pessoas com estomias são auxiliadas a organizar o ambiente de cuidado além de receberem e fornecerem orientações importantes para direcionarem o Plano Assistencial de cuidados à pessoa com estomia. Nas visitas de pré-operatório os pacientes e familiares são orientados acerca do preparo para a cirurgia, da cirurgia e do pós-operatório imediato. Nas visitas de pós-operatório imediato os pacientes são avaliados e é decidido junto com pacientes e familiares os materiais e equipamentos adequados ao cuidado do estoma e pelo periestomal.

Nas grupoterapias mensais são discutidas temáticas emergentes das consultas individuais. Profissionais da saúde são convidados a promover essas interações. Pacientes e familiares tem um espaço aberto para contarem suas experiências positivas ou negativas e receberem reforço positivo para o enfrentamento das situações vivenciadas. São realizadas grupoterapias específicas para familiares cuidadores de forma a habilitá-los para o cuidado.

Destaca-se, desta forma, que o cuidado às famílias no hospital apresenta-se como um desafio a ser enfrentado pela equipe de enfermagem do SE, pois precisa ser focado no cuidador, levando em consideração suas crenças, valores e modos de viver e enfrentar a vida e seu cotidiano. Para cuidar da pessoa com estomia o familiar precisa se cuidar e ser cuidado. Muitos deles são idosos e possuem doenças crônicas e suas comorbidades que precisam ser consideradas e assumidas como parte do trabalho da equipe desse setor. Nesse sentido, é comum serem avaliados, orientados e encaminhados para diversos tipos de atendimento como forma de promover sua saúde e auxiliá-lo a prevenir doenças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresenta-se aqui a pessoa com estomia como um ser capaz de realizar seu



autocuidado desde que ajudado pelos seus familiares cuidadores e pelos profissionais da saúde/ enfermagem. O cuidado familiar surge como um suporte importante a ser explorado e compreendido pelos profissionais. Conhecer a força propulsora deste cuidado e considerar a família como alguém também a ser cuidado e auxiliado a cuidar apresenta-se como possibilidade de qualificar o viver da pessoa com estomia e o fazer da enfermagem.

A educação em saúde realizada individualmente durante as consultas de enfermagem e visitas domiciliares ou coletivamente nas grupoterapias apresenta-se como uma estratégia capaz de proporcionar a essas pessoas e seus familiares cuidadores uma atmosfera de apoio, auxiliando-os, assim, no enfrentamento desta problemática com a divisão de seus medos e angústias e na facilitação da expressão de suas emoções, ajudando-o a manter sua autoestima e a aceitar as alterações ocorridas no seu viver a partir da cirurgia de estomização.

Assim é indispensável que o cuidado de enfermagem à pessoa com estomia e seus familiares cuidadores seja construído a partir da análise dos comportamentos das famílias contemporâneas, enfocando as necessidades de cada núcleo familiar, a fim de que tenham suas crenças e valores compreendidos de forma a garantir a funcionalidade da sua vida.

A busca de novas estratégias que instrumentalize a pessoa com estomia e seu familiar cuidador para o (auto)cuidado constitui-se um desafio para a profissional que se propõe a promover o retorno à posição de equilíbrio e harmonia da pessoa estomizada e sua família por meio de sua assistência. Estar com essa pessoa e sua família, partilhar seus medos, alegrias e angústias, alargar sua rede de suporte social e conviver com eles deve ser prioridade de todo profissional que se dispuser a enfrentar este desafio.

Concluiu-se que a extensão universitária possibilita aos acadêmicos, no caso de enfermagem, experienciar a prática profissional de forma protegida, pois acompanhados de um docente e de técnicos administrativos em educação. Desta forma, aprendem a atuar desenvolvendo diversas habilidades, possibilitando-lhes tornarem-se seguros no seu fazer, críticos e reflexivos acerca de sua prática assistencial, desenvolvendo o raciocínio clínico e a tomada de decisões embasados em conhecimento científico.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O serviço de estomaterapia é uma área diferente em que o enfermeiro pode prestar sua assistência, é um atendimento incomum do que o prestado dentro do hospital, pois no SE o



enfermeiro fica mais próximo do paciente, podendo orientá-lo de uma forma melhor, ajudando também a enfrentar seus medos e angústias, realizando grupos com pessoas estomizadas que podem compartilhar seus sentimentos juntos e assim superar a fase difícil pela qual passam. A pessoa que passa pelo processo de estomização precisa de ajuda e cuidado para enfrentar aquele momento e muitos pacientes veem no enfermeiro um profissional no qual podem pedir ajuda e orientação. A Participação de graduandos de enfermagem no SE amplia a formação dos mesmos, pois coloca-os em um campo distinto da assistência de enfermagem, com isso faz que sua formação seja mais completa e qualificada. Para as enfermeiras o trabalho faz com que se sintam felizes e satisfeitas pelo serviço prestado pois veem a melhora da qualidade de vida de seus pacientes no decorrer do tempo.

REFERÊNCIAS

1. Motta MS, Silva CD, Gomes GC, Vida e sexualidade de mulheres estomizadas: subsídios à enfermagem. R. Enferm. Cent. O. Min. 2016 mai/ago; 6(2): 2169-2179.
2. Teixeira AKS, Menezes LCG, Oliveira RM. Serviço de Estomaterapia na Perspectiva dos Gerentes de Enfermagem em Hospital Público de Referência. ESTIMA. 2016; 14 (1): 3-12.
3. Motta MS, Gomes GC, Petuco VM. Repercussões no Processo de Viver da Pessoa com Estoma. Texto Contexto Enferm. 2016; 25 (1): e1260014.
4. Sousa CF, Brito DC, Branco MZPC. Depois da colostomia vivências das pessoas portadoras. Enfermagem em Foco. 2012; 3 (1):12-5.
5. Oliveira CG, Bavaresco M, Filipini CB, Rosada SR, Dázio EMR, Fava SMCL. Vivências do cuidador familiar de uma pessoa com estomia intestinal por câncer colorretal. Rev Rene. 2014 jan-fev; 15 (1):108-15.
6. Cetolin CF, Beltrame V, Cetolin SK, Presta AA. Dinâmica Sócio-Familiar com Pacientes



Portadores de Ostomia Intestinal Definitiva. ABCD Arq Bras Cir Dig 2013; 26 (3):170-172.

7. Lenza NFB, Sonobe HM, Zago MMF, Buetto LS. Características socioculturais e clínicas de estomizados intestinais e de familiares em um Programa de Ostomizados. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 jul/set;15 (3): 755-62. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.17594>. doi: 10.5216/ree.v15i3.17594.