Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Escola de Enfermagem – PET Enfermagem
Associação Brasileira de Enfermagem
Hospital Universitário - FURG

74ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
37ª SEMANA RIOGRANDINA DE ENFERMAGEM

"CONSCIÊNCIA PROFISSIONAL E A ENFERMAGEM NO CUIDADO COM A VIDA"

Coordenação:
Profª. Drª. Vera Lúcia de Oliveira Gomes
Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem

Rio Grande
2013

Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Escola de Enfermagem – PET Enfermagem
Associação Brasileira de Enfermagem
Hospital Universitário - FURG

74ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
37ª SEMANA RIOGRANDINA DE ENFERMAGEM

"CONSCIÊNCIA PROFISSIONAL E A ENFERMAGEM NO CUIDADO COM A VIDA"

Coordenação:
Profª. Drª. Vera Lúcia de Oliveira Gomes
Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem

Rio Grande
2013

S471s Semana Brasileira de Enfermagem (74. : 2013 : Rio Grande, RS)
74. Semana Brasileira de Enfermagem e 34. Semana Riograndina de Enfermagem : consciência profissional e a enfermagem no cuidado com a vida, de 12 a 20 de maio de 2013, Rio Grande / coordenação Vera Lúcia de Oliveira Gomes, Edison Luiz Devos Barlem. – Rio Grande: Editora da FURG, 2013.
277 f.

Modo de acesso: http://www.eenf.furg.br
ISBN 978-85-7566-281-6
1. Enfermagem. 2. Educação. 3. Saúde. 4. Cuidados de Enfermagem. I. Gomes, Vera Lúcia de Oliveira. II. Barlem, Edison Luiz Devos. III. Barros, Edaiane Joana Lima. VI. Título.

CDU 616-083

Bibliotecária responsável pela catalogação: Rúbia Gattelli – CRB10/1731

COMISSÃO ORGANIZADORA

Coordenadores: Dra Vera Lúcia de Oliveira Gomes
Dr Edison Luis Devos Barlen
Dra Edaiane Joana Lima Barros

Comissão científica:

1. Camila Biazus Dalcin- camilabiazus@hotmail.com
2. Camila Daiane Silva - camilad.silva@yahoo.com.br
3. Daiani Modernel Xavier – daiamoder@ibest.com.br
4. Daniele Ferreira Acosta - daniele_acosta@hotmail.com
5. Fabiani Weiss Pereira- enffabiweiss@hotmail.com
6. Gabriele Sehik - leli_rs@yahoo.com.br
7. Geisa Luz - geisaluz@yahoo.com.br
8. Jamila Tomaschewski Barlem - jamila_tomaschewski@hotmail.com
9. Janaina Neves Machado – enf.janainamachado@yahoo.com.br
10. Jéssica Ineu Dotto- jessik_ineu@hotmail.com
11. Marilandi M. Antunes – marilandi.antunes@hotmail.com
12. Priscila Arruda - patitaarruda@yahoo.com.br
13. Simoní Saraiva Bordignon - simonibordignon@gmail.com
14. Vania Dias Cruz- vania_diascruz@hotmail.com

Comissão de apoio

1. Bianca Dos Santos Blan
2. Catharine Silva De Souza
3. Cristiane Amarijo
4. Cristine Coelho Cazeiro
5. Daiane Broch
6. Deise Moreira Carlos
7. Jaqueline Do Espirito Santo Costa
8. Jordana Da Fonseca Gautério
9. Luana Amaral Mortola
10. Marina Bisio Mattos
11. Moara Ávila De Jesus
12. Rafaela Capa Verde Corrêa
13. Rochele Maria Zugno
14. Taimara Martins Pinheiro
15. Tiane Da Silva Dantas

Conissão Organizadora dos Anais da 74 Semana Brasileira de Enfermagem e 34 Semana Riograndina de Enfermagem

Dra Vera Lúcia de Oliveirta Gomes
Ac. Taimara Martins Pinheiro
Ac. Eduardo Yukio Devos Ishigami

PROGRAMAÇÃO

15/05/2013	19:30h	**Solenidade de abertura**
	20:00h	**Palestra: Cuidados paliativos** Enfª Isabel Arrieira. Docente na UCPel. Local: Campus da Saúde - Anfiteatro
	21:30h	**Coquetel de confraternização**
16/05/2013		**MINICURSOS:**
	8:30-11:30	**1 Exame físico** Ministrante: Enfª Doutoranda Marlise Capa Verde de Almeida. Escola de Enfermagem FURG. 20 vagas destinadas a acadêmicos de enfermagem do 2º, 3º e 4º semestres e profissionais de enfermagem. Local: Laboratório de práticas.
	14-17:00	**2 Exame físico** Ministrante: Enfª Doutoranda Marlise Capa Verde de Almeida. Escola de Enfermagem FURG. 20 vagas destinadas a acadêmicos de enfermagem do 2º, 3º e 4º semestres e Profissionais de Enfermagem. Local: Laboratório de práticas
	14-17:00	**3 Cuidados de Enfermagem em Neonatologia.** Ministrantes: Enfª Maristela Terra Brandão. Especialista em Neonatologia. Chefe da UTI Neonatal do Hospital Universitário FURG e Enfª Myriam Coelho Lopes, atuante na UTI Neonatal do HU 15 vagas destinadas a acadêmicos a partir do 5º semestre e Profissionais de Enfermagem. Local: Sala do RUTE no HU/FURG
	14-17:00	**4 Cuidados de Enfermagem ao paciente em diálise.** Ministrantes: Enfa.Vânia Vollrath de Azevedo (Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela UFRGS -Enfermeira chefe do Serviço de Hemodiálise da ACSCRG) e Enfa Thanise Demartini Ghilardi (Especialista em Enfermagem do Trabalho e Enfermeira Assistencial do Serviço de Hemodiálise da ACSCRG). 20 vagas destinadas a profissionais e a estudantes dos cursos de Graduação (a partir do quinto semestre) e Técnico de Enfermagem (segundo ano). Local: Campus da saúde sala 211
	14-17:00	**5 Atuação da Enfermagem em diferentes cenários.** Ministrantes: -Enf. Dra Helena Heidtmannn Vaghetti. Enf. Gicelda Pardo Vieira Enf MSc. Zelionara Pereira Branco Vagas destinadas a estudantes do Técnico de Enfermagem e do 1º ao 4º semestres da Graduação em Enfermagem. Local: Campus da Saúde – Anfiteatro

	14-17:00 14-17:00	**6 Cuidado de Enfermagem ao paciente oncológico.** Ministrante: Cleonice Antonieta Costa. Especialista em Projetos Assistenciais em Oncologia e em Saúde da Família. Responsável pelo Serviço de Oncologia e Radioterapia da ACSCRG por 26 anos. Enfermeira da SMS-RG. 20 vagas destinadas a Profissionais e a Estudantes dos Cursos de Graduação (a partir do quinto semestre) e Técnico de Enfermagem (segundo ano). Local: Campus da saúde - sala 406 **7 Gestão da Pós-Graduação na Área da Enfermagem: dos projetos e ações pessoais à organização institucional.** Ministrante: Dra. Gionara Tauchen. Coordenadora de acompanhamento à Pós-graduação-FURG. 30 vagas destinadas a Formandos, Mestrandos e Doutorandos de Enfermagem. Local: Campus da saúde sala térrea do PPGENF.
16/05/2013	8- 12:30	**Apresentação dos Trabalhos na modalidade oral** **Apresentação dos Trabalhos na modalidade pôster** Local: Campus da Saúde

RESUMO

Florence Nightingale, em nível mundial e Ana Nery, em nível nacional representam personagens históricas no campo da Enfermagem. Florence nasceu em 12 de maio de 1820 e é considerada a precursora da Enfermagem Moderna. Ana Nery, primeira enfermeira brasileira a se alistar e atuar voluntariamente na Guerra do Paraguai, morreu em 20 de Maio de 1880. Para homenagear essas grandiosas personagens, as datas do nascimento de Florence e da morte de Ana Nery foram escolhidas para comemorar a Semana da Enfermagem no Brasil. Assim, em todo o país, sob coordenação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), atividades científicas e culturais são desenvolvidas durante essa semana. Tais atividades visam proporcionar à comunidade de Enfermagem, incluindo-se Enfermeiros, estudantes de enfermagem, técnicos de enfermagem, estudantes do curso técnico e auxiliares de enfermagem, a discussão e reflexão sobre a importância de uma enfermagem mais científica e solidária. Além disso, procura integrar profissionais que estudam, debatem, pesquisam e prestam cuidado de enfermagem em diferentes instituições. No município do Rio Grande o evento faz parte do calendário de atividades da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sendo considerado, atividade extraclasse. Conta com o apoio do Grupo PET/Enfermagem, do Hospital Universitário da FURG e é realizado em parceria com a ABEn. Esse evento, vendo contribuindo significativamente para a intensificação da consciência profissional e capacitação da enfermagem para o aprimoramento do cuidado com a vida.

Descritores: 1. Enfermagem. 2. História da enfermagem. 3. Semana Riograndina de Enfermagem. 4. Cuidado de enfermagem.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA FURG: HISTÓRIA E CONQUISTAS

Adriana Dora da Fonseca
Vera Lúcia de Oliveira Gomes
Helena Heidtmann Vaguetti
Mariângela de Magalhães

O Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande FURG, teve sua criação autorizada em 20 de agosto de 1975, sendo implantado no primeiro semestre letivo de 1976 e reconhecido pelo Decreto 1.223/79, publicado no DOU de 18 de dezembro de 1979 com a denominação de Curso de Enfermagem e Obstetrícia. Desde sua criação até fevereiro de 1997, os docentes enfermeiros e as disciplinas do curso eram lotados em quatro departamentos distintos: Departamento de Medicina Interna; Departamento Materno-Infantil; Departamento de Cirurgia e Departamento de Ciências Econômicas, Administrativas e Contábeis.

Inicialmente o Curso de Enfermagem e obstetrícia foi instalado na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande que realizou adequações na área física para atender às exigências do Ministério da Educação e Cultura e criar o Hospital de Ensino. As disciplinas teóricas, a biblioteca, o laboratório de procedimentos de enfermagem e a Coordenação do Curso funcionavam no até então denominado "anel externo"; as atividades práticas, nas unidades de internação: Maternidade, Pediatria, Centro Cirúrgico, São Lucas I e II. Atualmente a Santa Casa ainda recebe acadêmicos da Escola de Enfermagem nas unidades de Pronto Socorro, UTI Geral e Cardiologia.

A inserção do curso na Rede Básica de Saúde se deu com a disciplina "Criança Sadia" que tinha suas atividades práticas desenvolvidas no Posto Dra. Rita Lobato. A partir daí a parceria com a Secretaria Municipal da Saúde foi se intensificando de forma que, atualmente, atividades práticas e estágios curriculares são desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades Básicas de Saúde da Família. Além disso, programas como PET Enfermagem, PET Saúde, Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), Viver Mulher e de Educação Permanente são realizados de forma conjunta.

Em sete de dezembro de mil novecentos e oitenta e oito (1988) foi criado o Hospital Universitário Prof. Miguel Riet Corrêa Júnior, um espaço sonhado, idealizado e cuja realização se deve, em grande parte, ao esforço de docentes enfermeiros da FURG. A primeira diretoria do Hospital de Ensino contou com docentes enfermeiros nos cargos de Administrador, Diretor de Enfermagem e Diretor de Apoio. Com esse espaço próprio, foi possível qualificar o ensino de graduação em enfermagem e, consequentemente, contribuir para a melhoria da saúde da população.

A "Nova Lei do Exercício Profissional de Enfermagem", sancionada em 1986, determinava que a Enfermagem somente poderia ser exercida por Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem e Parteiras. Frente a essa determinação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), os docentes do curso se mobilizaram elaborando um projeto para implantação do Curso Supletivo de Qualificação Profissional para Auxiliar de Enfermagem. Naquela ocasião, foram parceiros da FURG, a Santa Casa do Rio Grande e a Secretaria Municipal da Saúde do Rio Grande. O curso funcionou de 1990 a 1997, formando sete turmas. Com a proibição de formação de novos auxiliares de enfermagem, emitida pelo Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Rio Grande do Sul (COREN/RS),houve incentivo e necessidade da criação de cursos de Técnicos de Enfermagem. Frente a quase inexistência desses profissionais em nosso município, docentes do curso de Enfermagem elaboraram uma proposta para criação do Curso de Técnico em

Enfermagem, na FURG em parceria com o Colégio Técnico Industrial CTI/FURG. Esse curso funciona desde o ano de 2000 junto ao Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia do Rio Grande do Sul – Campus Rio Grande, tento formado onze turmas.

Em 1993, foi criada a Rede de Pós-Graduação em Enfermagem da Região Sul (REPENSUL), que congregou a Universidade Federal de Santa Catarina, com a Fundação Universidade Federal do Rio Grande, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Universidade Federal de Pelotas, a Universidade Federal de Santa Maria e a Universidade Federal do Paraná, com vistas a acelerar o processo de qualificação de docentes enfermeiros dessas IFES. A participação no mestrado interinstitucional, proposto pela REPENSUL, além da titulação dos docentes tornou-se um excelente laboratório para o aperfeiçoamento de competências no ensino e na pesquisa, constituindo-se no embrião do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG e despertando o desejo de criação de uma Unidade Acadêmica para a enfermagem.

Em 1994 foi criado o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho e Enfermagem (NEPETE) que, a partir de 1997, passou a integrar o Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq com a denominação de Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES). Esse núcleo teve uma importância fundamental na trajetória da Enfermagem, na FURG, pois consolidou a interface entre graduação e pós-graduação, em termos de pesquisa. Ainda hoje constitui um espaço de acolhimento aos docentes recém doutores, quando de seu retorno à instituição.

A partir do primeiro semestre de 1996 foi desenvolvido o Curso de Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem - ESPENSUL, destinado à especialização de Enfermeiros no próprio local de trabalho. Com metodologia pautada no ensino semipresencial e na flexibilidade do currículo o ESPENSUL fortaleceu a integração entre o Curso de Enfermagem e a rede de serviços de saúde do município.

Em fevereiro de 1997, após reconhecimento do potencial, da identidade profissional e especificidade do curso foi criado o Departamento de Enfermagem, que reuniu e possibilitou a concreta integração dos docentes, até então lotados em diferentes departamentos. Com a lotação dos docentes enfermeiros em uma única unidade, ficou garantida a autonomia nos processos decisórios que definiriam os rumos da Enfermagem, na FURG. A qualificação de corpo docente, em curto espaço de tempo, possibilitou, além do fortalecimento da identidade profissional, maior visibilidade da Enfermagem nos âmbitos local, regional, nacional e internacional, com significativas repercussões na produção de conhecimentos.

Em outubro de 2001, ocorreu a aprovação e recomendação pela CAPES, do Curso de Mestrado em Enfermagem, sendo criado o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, o primeiro na Área da Saúde na FURG. As atividades acadêmicas do Mestrado em Enfermagem tiveram início no primeiro semestre de 2002. O programa tinha e ainda tem como objetivo formar pesquisadores capazes de promover o avanço do conhecimento e a produção de novas tecnologias na Enfermagem/Saúde, nas dimensões gerenciais, educativas e cuidativas, considerando o ecossistema e as demandas de desenvolvimento da sociedade.

Quanto ao suporte administrativo, foi criada em 2002 a Secretaria Geral das unidades educacionais, com ela, os técnico-administrativos em educação, reunidos em única área física passaram a atuar de forma contínua e mais articulada com as Chefias, docentes e discentes, situação que persiste até os dias de hoje.

Em 15 de agosto de 2008, integrando a proposta de mudança organizacional, foi aprovada a criação da Escola de Enfermagem, como uma das treze Unidades Acadêmicas da FURG.

Passados sete anos de funcionamento ininterrupto do Curso de Mestrado em Enfermagem da FURG, em 19 de dezembro de 2008 a Escola de Enfermagem obteve a aprovação, pelo Conselho de Ensino, Pesquisa, Extensão e Administração, da criação do

Curso de Doutorado em Enfermagem, o qual foi recomendado pela CAPES, constituindo-se em mais uma importante conquista. As atividades acadêmicas do Doutorado em Enfermagem da FURG iniciaram em abril de 2009, atualmente encontra-se em curso a quarta turma.

No mesmo ano foi criado o Programa de Educação Tutorial de Enfermagem (PET Enfermagem) que desde sua implantação tem como objetivo causar um impacto positivo no curso de graduação, além de realizar, com os demais acadêmicos, atividades direcionadas à comunidade.

No primeiro semestre de 2010, com a criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, oferecido pela Escola de Enfermagem (EEnf) e construído emparceria com o Instituto de Educação (IE), Instituto de Ciências Humanas e da Informação (ICHI), Instituto de Ciências Biológicas (ICB) da Universidade Federal do Rio Grande- FURG e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio Grande, mais uma meta foi atingida. O programa tem como horizonte a formação de um profissional, cidadão, crítico, capaz de buscar soluções para os problemas de usuários e trabalhadores da saúde, contribuindo para a promoção e a educação em saúde. Visa especializar profissionais Enfermeiros, Educadores Físicos e Psicólogos por meio do processo de educação permanente e da inserção no trabalho. O residente atuará em equipe interdisciplinar no nível de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), realizando práticas, desenvolvendo pesquisas e construindo propostas que contribuam para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS.

Com a finalidade de prestar atenção integral à saúde cardiometabólica do adulto, a partir da aquisição de conhecimento, inovação em ciência e tecnologia, educação permanente em serviço e utilizando os princípios e diretrizes do SUS, foi criado em 2010, o Programa de Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar com Ênfase na Atenção à Saúde Cardio-Metabólica do Adulto (RIMHAS). O referido curso é fruto daparceria entre Instituto de Educação (IE), Instituto de Ciências Humanas e da Informação (ICHI), Instituto de Ciências Biológicas (ICB), Hospital Universitário e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio Grande, sob coordenação da Escola de Enfermagem (EEnf). A RIMHAS, por meio do trabalho em equipe, tem como objetivo propiciar uma formação acadêmica multiprofissional e interdisciplinar.

A trajetória histórica da Enfermagem da FURG comprova o grande potencial desse grupo tanto para a superação de dificuldades comuns, quanto para a busca da CONSCIÊNCIA PROFISSIONAL em prol de uma voltada ao CUIDADO COM A VIDA.

Para tanto, continuamos a procura dos melhores ventos e direções para alcance da excelência no ensino, na pesquisa e na extensão universitárias.

É motivo de grande orgulho para todos que fizeram e ainda fazem parte dessa história ter contribuído para que, um conjunto de sonhos e emoções, gradativamente se transformasse em objetivos e práticas construídas e operacionalizadas em situações reais e concretas da vida acadêmica. Tais práticas, além de contribuírem para a melhoria da qualidade de vida da população riograndina, sem dúvida enalteceram e ainda enaltecem nossa universidade no cenário nacional e internacional.

SUMÁRIO

EIXOS TEMÁTICOS 14

EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM 14

A MANUTENÇÃO DO VINCULO NAS AÇÕES EM SAÚDE: UMA EQUAÇÃO ENTRE AÇÃO DESEJADA E NECESSIDADE IMEDIATA 14

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA UNIDADE CLINICA ASSISTENCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA 18

COMUNICAÇÃO UM INSTRUMENTO FUNDAMENTAL NO CUIDAR DA ENFERMAGEM 22

CUIDADO DOMICILIAR AOS IDOSOS ACOMPANHADOS POR ACADÊMICOS DO PET SAÚDE ENFERMAGEM 26

PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM, ACERCA DA VIOLÊNCIA NA ESCOLA ENVOLVENDO ADOLESCENTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 33

A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO PARA O APRIMORAMENTO DA SOCIALIZAÇÃO DO CONHECIMENTO PRODUZIDO NO CAMPO DA ENFERMAGEM 41

A IMPORTÂNCIA DA INICIAÇÃO CIENTÍFICA NA FORMAÇÃO DE FUTUROS ENFERMEIROS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA 48

BARREIRAS NA APLICABILIDADE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS 52

SAÚDE DA CRIANÇA 55

CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS 55

A EXPERIÊNCIA NA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV 59

A FAMÍLIA PROCURANDO ADAPTAR-SE AO HOSPITAL DURANTE A INTERNAÇÃO DA CRIANÇA 71

ESTUDO DE CASO EM PEDIATRIA: DIABETES NEONATAL 75

FENDA PALATINA: UM ESTUDO DE CASO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA 78

IMPORTÂNCIA DA PUERICULTURA NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA: RELATO DE EXPERIÊNCIA 82

O CUIDADO FAMILIAR À CRIANÇA PORTADORA DO VÍRUS HIV/ AIDS90

PERFIL DE NEONATOS INTERNADOS NA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO 94

SAÚDE DA MULHER 96

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO ATENDIMENTO HUMANIZADO AO PARTO 96

ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM EM AÇÃO: EXPERIÊNCIA PROMOVIDA PELO PROGRAMA VIVER MULHER 101

AÇÃO OUTUBRO ROSA – RELATO DE EXPERIÊNCIA 106

CONTRACEPÇÃO E USO DE PRESERVATIVOS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE PRISÃO EM RIO GRANDE 109

DISPOSITIVO INTRA UTERINO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ACERCA DO MÉTODO 113

DOAÇÃO DE LEITE HUMANO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 117

DOULAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA121

MARÇO LILÁS – UM MÊS DEDICADO À MULHER 125

O SISTEMA DE ALOJAMENTO CONJUNTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 129

PROCESSO DE ENFERMAGEM VOLTADO À GESTANTE INTERNADA NA UNIDADE MATERNIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA 133

SER MULHER CATADORA DE MATERIAIS RECICLÁVEIS EM UMA COMUNIDADE VULNERÁVEL 143

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO EXAME CITOPATOLÓGICO NA UBSF DR. JOSÉ SALOMÃO. RIO GRANDE/RS 148

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 152

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER IDOSA: (IN) VISIBILIDADE DO PROBLEMA 163

SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA E A INTERFACE COM A ENFERMAGEM: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO 173

SAÚDE DO ADULTO 183

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES ESTOMIZADOS DO GRUPO DE ESTOMATERAPIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE RIO GRANDE/ RS 183

O USO DO CRACK E A VIOLÊNCIA: O QUE OS ESTUDOS SUGEREM? .. 186

IDENTIDADE E ADAPTAÇÃO À ESTOMIA: UMA ANÁLISE QUALITATIVA SEGUNDO OS PRECEITOS DO MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY 197

CUIDADO À PESSOA COM ESTOMIA: PREPARO DO FAMILIAR 201

EXPERIÊNCIAS DE UMA ACADÊMICA NA DISCIPLINA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DO TRABALHADOR 215

OS CUIDADOS RELACIONADOS AO *CUFF* EM TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 219

PROCESSO DE ENFERMAGEM DIRECIONADO A PESSOAS IDOSAS VÍTIMAS DE QUEDAS: ESTUDO DE CASO 223

RECURSO VISUAL NA SAÚDE DO TRABALHADOR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA 234

RELATO DE EXPERIÊNCIA: A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA DE HIGIENE ORAL EM PACIENTES DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. 238

O TRABALHO DA ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE TERMINALIDADE 247

VISITA DOMICILIAR PARA ACOMPANHAMENTO DE UMA PORTADORA DE ESCLEROSE MÚLTIPLA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA 251

PRIVACIDADE DO CLIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM. 255

SAÚDE MENTAL 258

ENFERMEIRO NA UNIDADE PSIQUIÁTRICA: UMA VISÃO SOB O OLHAR DO PACIENTE 258

TRANSTORNO MENTAL E CUIDADO DA FAMÍLIA SOB O OLHAR DA ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CASO 262

TECNOLOGIAS 270

CARACTERÍSTICAS EMPREENDEDORAS DE ENFERMEIROS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 270

ELABORAÇÃO DE UM *WEBSITE*: RELATO DE EXPERIÊNCIA 275

EIXOS TEMÁTICOS

EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

A MANUTENÇÃO DO VINCULO NAS AÇÕES EM SAÚDE: UMA EQUAÇÃO ENTRE AÇÃO DESEJADA E NECESSIDADE IMEDIATA

Carolina Domingues Hirsch[1]; Leda Karine de Almeida[2] ; Cesar Francisco Silva da Costa[3]; Simoní Saraiva Bordignon[4].

INTRODUÇÃO: A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi proposta pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de reorganizar a Atenção Básica a partir das diretrizes do SUS, de forma multiprofissional e interdisciplinar [1]. A equipe da ESF atua com uma população em uma área específica e realiza suas ações através do cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, visita domiciliar e construção conjunta de planos de cuidado para os indivíduos e famílias assistidas [2]. Nestesentido, a visita domiciliar é, para a enfermagem, um trabalho de interesse na investigação ao visar à Promoção da Saúde de forma mais ampliada, na qual a inserção do profissional no contexto do domicilio permite conhecer a família, seus indivíduos e prestar assistência em saúde periodicamente. Assim, há a possibilidadedo profissional realizar ações direcionadas aos integrantes dessas famílias, criando planos de ação de acordo com a realidade e necessidades específicas, tendo como foco a promoção, prevenção e detecção precoce das questões de saúde [2]. Deste modo, a visita domiciliar é entendida como uma ferramenta de assistência à saúde, com objetivos intrínsecos de orientar, informar, reabilitar e educar , para que as famílias atendidas desenvolvam maior autonomia e se tornem corresponsáveis no seu cuidado. Nesse contexto, é necessário que exista um processo de interação e comunicação horizontal entre os profissionais de saúde e as famílias, onde os sujeitos interajam de forma recíproca, e haja exposição das

[1]Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde – NEPES/FURG. Bolsista CNPq. E-mail: hirsch.carolina@gmail.com
[2]Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde – NEPES/FURG. Bolsista CNPq.
[3]Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde – GEPOTES/FURG. E-mail:hspesar@furg.br
[4]Enfermeira.Doutoranda do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal do Rio Grande - FURG.Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde – NEPES/FURG. Bolsista FAPERGS.

representações individuais acerca do processo saúde-doença por todos os envolvidos, auxiliando a construção das questões de planejamento, organização, execução e avaliação das ações promotoras de saúde [3].Para que a proposta traçada por meio da visita domiciliar, entre profissional e usuário, seja efetiva, há a necessidade de conhecer a família e de estabelecer vínculos, entendidos como laços de confiança e respeito. Dessa forma, a partir do desejo e da permissão de seus membros em aceitar a presença dos profissionais da ESF, permitindo sua participação e envolvimento na dinâmica familiar, é possível iniciar a realização das visitas domiciliares, [4.] É necessário ainda que o profissional atente para não padronizar rotinas de ações a serem realizadas, devendo ser construídas conjuntamente com a família, pois cada família possui sua singularidade e é ela que irá direcionar as ações e intervenções a partir do vínculo estabelecido [3]. Conforme a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, a criação de vinculo é um modo de organizar os processos de trabalho em saúde, facilitando o enfrentamento dos problemas, potencializando a resolução criativa e singular das questões de saúde em seu contexto. Esta construção de vínculos deve partir de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe para que exista efetivamente uma interação bilateral [5]. Em relação ao usuário, a criação de vínculo será favorecida quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo para a sua saúde e sentir que esta equipe se co-responsabiliza por esses cuidados. Já para o profissional enfermeiro e equipe, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que o procuram ou são por eles procurados. Assim, pode-se dizer que o vínculo se estabelece verdadeiramente, apenas quando esses movimentos se encontram, e o vínculo será considerado terapêutico na medida em que contribuir para a crescente autonomia da família no modo de pensar e agir sobre questões de saúde [5]. Logo, este estudo pretende oportunizar maiores reflexões a cerca das questões de manutenção do vinculo, visando preparar-se para este enfrentamento durante o exercício profissional. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de acadêmicas do curso de enfermagem na realização de visitas domiciliares e na formação de vínculo, elucidando a importância da sua manutenção para a efetiva continuidade do processo de educação em saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência oriundo da realização de visitas domiciliares por acadêmicas de enfermagem na disciplina “Enfermagem na Rede de Atenção Básica à Saúde” oferecida na sétima série do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. A família visitada é assistida por uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBS/ESF) da cidade de Rio Grande. A escolha da família ocorreu por indicação das agentes comunitárias de saúde, em comum acordo com as

acadêmicas, de acordo com as necessidades de atenção a saúde apresentada pela família. As visitas domiciliares ocorreram entre os meses de Janeiro a Abril de 2013, no turno da manhã, com duração de aproximadamente uma hora. Buscou-se com as visitas domiciliares construir o vínculo, e para isso, a primeira visita à casa da família foi feita juntamente com a agente comunitária de saúde. A partir dessa visita foram traçadas, juntamente com a família, metas de ação para o enfrentamento das questões de saúde elencadas por meio do diálogo e da observação do ambiente. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A visita domiciliar permite ao profissional enfermeiro conhecer e reconhecer, as verdadeiras necessidades e possibilidades de soluções oferecidas pela comunidade. Pois, permite o desenvolvimento de ações de saúde ao mesmo tempo em que observa os fatores socioeconômicos e culturais, bem como os recursos disponíveis no domicílio. Dessa maneira, são considerados outros aspectos além dos problemas de saúde apresentados pelo paciente, como por exemplo: as condições de higiene e segurança, o grau de esclarecimento da família em relação ao processo saúde-doença e interações entre os integrantes da própria família [6]. Assim, durante as primeiras visitas domiciliares realizadas pelas acadêmicas, a família demonstrou bastante interesse e receptividade devido ao fato de estarem sendo atendidas as suas necessidades imediatas, referentes as informações sobre puericultura e realização de laqueadura. Após esse período, foi possível construir, em conjunto com a família, um diagnóstico de outras necessidades como a questão da nutrição infantil, evidenciada pela família. A partir desse momento pareceu iniciar um possível desinteresse da família, evidenciado pela quebra das visitas e consequentemente do vinculo, parecendo que mesmo evidenciando um problema, a organização familiar não priorizava exatamente a resolução deste naquele momento, o que levou a inviabilização do processo de educação em saúde. Tal acontecimento suscitou reflexões enquanto acadêmicas de enfermagem,acerca da aquisição de experiências voltadas para as interações enfermeiro-usuário desenvolvidas naatenção básica e na ESF, oportunizando uma maior visibilidade da complexidade do cuidado domiciliar, através da necessidade de uma atenção multiprofissional e de uma enfermagem pró-ativa na adaptação das estratégias de ação. **CONCLUSÃO:** Ao final das atividades teórico-práticas da disciplina, foi possível perceber o nível de complexidade exigido para realizar educação em saúde através da visita domiciliar. É possível inferir que para a eficácia das ações é necessário contar com a participação e interesse da família em querer agir sobre sua realidade. Assim, o vínculo é imprescindível para que profissionais e a família, possam trabalhar as questões evidenciadas, oportunizando o desenvolvimento da autonomia do usuário em refletir e

agir sobre as questões de sua própria saúde. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Faz-se necessário que a enfermagem repense suas práticas de educação em saúde como um processo de construção coletiva, procurando alternativas em conjunto com a equipe multidisciplinar da ESF. Dessa forma, poderiam ser criados, grupos com temáticas de interesse da comunidade, readequando as estratégias utilizadas, na tentativa de promover a participação e estimular a autonomia do usuário através da exposição das vivencias do grupo.

Descritores: Unidade Básica de Saúde; Visita domiciliar; Humanização da assistência.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Programa de saúde da família. Brasília (DF); Ministério da Saúde.2001.

2. Silva ROL. A visita domiciliar como ação para promoção da saúde da família: Um estudo crítico sobre as ações do enfermeiro. Tese de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. 2009; 138p.

3. Cruz MM, Bourguet MMM. A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. Saúde Soc. São Paulo, 2010;19(3):605-13.

4. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Rev Bras Enfermagem. 2007; 6:659-64.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 2009; 40p.

6. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Rev. Texto & Contexto. 2006;15(4):645-53.

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA UNIDADE CLINICA ASSISTENCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

João Batista da Silva Maciel[5]; Carolina Domingues Hirsch[6]; Leda Karine de Almeida[6]; Aline Cristina C. de Oliveira[7].

INTRODUÇÃO: As competências gerenciais tem se mostrado cada vez mais importantes no perfil do profissional enfermeiro. O mercado exige que esses profissionais tenham liderança, que consigam enxergar o macro ambiente e traçar estratégia para implementação de mudanças[1]. Assim, o processo ensino/aprendizagem torna-se uma constante, pois é essa flexibilidade na aquisição e troca de conhecimentos através das vivencias do dia a dia que possibilita o desenvolvimento de habilidades, atitudes e competências para o cotidiano profissional[2].Para que esse processo seja efetivo é necessário que haja um planejamento, o qual pode ser considerado como uma função administrativa para implementar um processo de tomada de decisão através de questões que foram elencadas anteriormente. Na área da saúde o planejamento é instrumento de gestão , o qual propicia administrar o processo de trabalho da organização incorporando novas formas de pensar e agir, e também prever problemas a partir das necessidades identificadas na unidade[3]. Nas questões referentes ao isolamento sentiu-se a necessidade de uma revisão das normas preconizadas pela Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, a qual aborda precauções por contato e classifica os pacientes que necessitam desse tipo de cuidado. Os mesmos abrangem usuários com infecções e/ou colonização por microrganismos epidemiologicamente importantes, transmitidos por contato direto (pele a pele) ou indireto (contato com superfícies ambientais ou materiais de uso do cliente). Em relação às normas de barreira de transmissão infecciosa, preconiza-se o uso de equipamentos de proteção individual, tais quais: luvas, aventais e propés. Além disso, há necessidade de uma infraestrutura especifica para receber tais usuários, as quais contemplem um local onde exista um quarto privativo com lavatório exclusivo para higiene das mãos provido de agua corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira provida de sistema de abertura sem contato manual. Há ainda a possibilidade de isolamento de coorte, onde deve ser mantida uma distancia mínima de um metro entre os leitos, atentando para a troca de

[5]Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG.E-mail: enf.joaomaciel@gmail.com
[6]Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG.
[7]Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG.E-mail: arilline82@yahoo.com.br

paramentação entre o atendimento aos pacientes e deve-se evitar acomodar no mesmo quarto pacientes que possam ter uma evolução mais grave quando expostos a infecções[4]. No que diz respeito ao paciente presidiário, a Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que assegura os direitos de cidadão da população carcerária, incluindo a mesma nos planos e serviços de saúde e fundamentando seu atendimento nos princípios do SUS. Assim, a lei de execução penal nº 7.210 diz que: "Quando o sistema carcerário não possuir estrutura necessária para assistir o paciente de maneira adequada, esta deverá ser prestada em outro local. Nesse caso o transporte e o acompanhamento do paciente presidiário durante o período de internação hospitalar será realizado pelo agente penitenciário"[5]. Assim, surgem as questões referentes a segurança e manejo destes pacientes no ambiente hospitalar, que segundo a resolução nº 2, de 8 de maio de 2008 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária refere que: "Durante o transporte e atendimento de saúde do paciente presidiário, o uso de algemas ou de qualquer outro instrumento coercivo é de caráter excepcional e deve ser justificado, devendo ser utilizado somente nos casos onde o paciente apresente risco a segurança individual e/ou publica, em casos de fuga ou resistência, desde que a coerção não atente contra a dignidade física e moral do custodiado"[6]. **OBJETIVOS:** Relatar a experiência acadêmica nas questões de planejamento, desenvolvimento e avaliações gerenciais/assistenciais no campo do exercício da enfermagem na pratica da disciplina. **METODOLOGIA**: Trata-se de um relato de experiência vivenciado durante o estagio prático da disciplina de Enfermagem na Administração Hospitalar, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, na 7° serie, referente ao período letivo do 2° semestre de 2012. Buscou-se desenvolver no discente o exercício de planejar, desenvolver e avaliar ações gerenciais/ assistenciais no campo do exercício da pratica da disciplina. Para tanto foi feito um levantamento, juntamente com a equipe de enfermagem da unidade assistencial, dos aspectos importantes que foram observados pelos acadêmicos durante os momentos das atividades praticas. Assim foram problematizadas questões normativas referentes a clientes com necessidade de isolamento de contato, bem como usuários do Sistema Único de Saúde em regime de cárcere privado. Para problematizar essas temáticas, optou-se por utilizar como estratégia pedagógica a confecção de folders e banner (os quais serão posteriormente doados a unidade hospitalar em que foi realizado o estagio). A escolha por esses instrumentos se deu no intuito de facilitar o acesso a informação, não só pelos profissionais de saúde mas também pelos próprios usuários e seus familiares. Também é

uma forma de valorizar toda a contribuição e esforço conjunto que se recebeu da referida equipe. **RESULTADOS:** Foi possível visualizar a importância da participação de todos os envolvidos para que haja uma ação de educação em saúde efetiva, é necessário que a equipe de saúde seja ativa e proativa para que os objetivos sejam alcançados. Para tal faz-se necessário que haja um processo de ensino/aprendizagem continuo a fim de trazer questões atuais para a atualização e discussão das questões/problemáticas elucidadas. Assim, a confecção dos Pôsteres, bem como a realização de um seminário, onde as questões pesquisadas foram apresentadas sob a forma de estudo de caso administrativo, proporcionaram à turma um debate onde foi possível exercitar questões administrativas de gerenciamento como: reconhecimento do problema, criação de estratégias, metas e planos de ação para a resolução da problemática diagnosticada. **CONCLUSÕES:** Nesse sentido pretende-se também levar esse trabalho aos acadêmicos de enfermagem dos outros semestres, no intuito não só de demonstrar o que foi feito, bem como incentivar novas práticas nesse sentido. A ideia é deixarmos parte desse material para que os próximos acadêmicos que forem para o sétimo semestre possam dar sequencia as temáticas já elucidadas anteriormente, aprimorando-as e agregando outros aspectos que forem de interesse do todo. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Entendemos que praticas como essa possibilitam uma reflexão coletiva para o exercício de nossa profissão, pois o mesmo ocorre através de um trabalho em equipe, sabendo ouvir o outro e buscando construir alternativas no intuito de qualificar cada vez mais a assistência de enfermagem.

Descritores: Proteção pessoal/Educação em saúde/Cuidados de enfermagem

REFERÊNCIAS

1. Cunha ICKO, Ximenes Neto FRG. Competências gerenciais das enfermeiras: um novo velho desafio? Texto & Contexto.

2 . Santos EV, Lima RJO. Ensino/Aprendizagem. In: Competências Gerenciais: desafio para o enfermeiro. São Paulo: Martinari, 2°edição, 2011, p.29-35

3.Alves VLS. Gestão da qualidade: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde. São Paulo: Martinari, 2012, p.95.

4. Medeiros EAS. Isolamento e Precauções. São Paulo – II Seminário de precauções em serviços de saúde, UNIFEST, 2008. In: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/ IIseminario_2008 /precaucoesemservicosdesaude_eduardomedeiros.pdf
Acesso dia 17/04/2013, 16:00h.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário /

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.

6 . Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, Resolução nº 2, de 8 de maio de 2008.Publicado no DOU Nº 89, segunda-feira, 12 de maio de 2008, seção 1, p.27.

COMUNICAÇÃO UM INSTRUMENTO FUNDAMENTAL NO CUIDAR DA ENFERMAGEM

CHAGAS, Maria Cristina da Silveira[8];XAVIER, Daiani Modernel[9]; GOMES, Giovana Calcagno[10]; CUNHA, Joana Ferreira Curcio da[11]; DUTRA, Jaqueline Rodrigues[12]; SOUZA, Jociel Lima de[13]

INTRODUÇÃO:A comunicação como instrumento para humanizar o cuidado, tem como intuito esclarecer dúvidas quanto a tratamento do paciente, bem como nos exames diagnósticos ou procedimentos clínicos, minimizando sua ansiedade causada pela sua condição de passividade estabelecida pela doença e hospitalização. Um processo comunicativo eficiente se dá através da relação empática entre enfermeiro paciente. Nesse contexto, a comunicação se dá pela emissão, recepção e compreensão das mensagens sendo uma ação que coloca em movimento todas as atuações humanas[1]. A interação dialógica entre o cuidador e o ser cuidado mostra-se como uma possibilidade de construção de práticas assistenciais humanizadas, logo, visto que possibilita à equipe compreender as necessidades do ser paciente vulnerabilizado pela doença e hospitalização. A organização e funcionamento de todos os grupos sociais, e se compreende que graças à habilidade de perceber e comunicar, o homem adquire conhecimentos, sente-se satisfeito de suas necessidades, transmite emoções e pensamentos, explica, interage e tem a perceptibilidade de conhecer o que os outros pensam e sentem; a transmissão verbal contempla a linguagem falada e escrita, enquanto que a não verbal são os gestos, o toque as expressões corporais[2]. A comunicação é inerente ao comportamento humano e durante a formação acadêmica o enfermeiro aprende que o trabalho eficiente em saúde é contemplado a partir do vínculo enfermeiro/pacientes, com isso o relacionamento e a comunicação interpessoal é pertinente para a recuperação do indivíduo que frequenta o hospital. A perspectiva que o

8Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde da Criança e Adolescente/ GEPESCA.
9Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Membro do GEPESCA.
10Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação e da Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Líder do GEPESCA/FURG. Orientadora do estudo. E-mail: giovanacalcagno@furg.br
11Enfermeira Graduada- FURG e Especialista em Enfermagem do Trabalho-UNINTER- Especializanda da Saúde Coletiva com Ênfase em Estratégia da Família (UNA/SUS-UFPEL). Aluna especial do Mestrado em Enfermagem/FURG. Discente da Licenciatura Para Educação Profissional E Tecnológica – IFRS. Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão da Criança e Adolescente (GEPESCA/FURG).
12Acadêmica do Curso de Enfermegam da Anhanguera Educacional de Rio Grande.
13Enfermeiro, Especialista em Enfermagem do Trabalho. Aluno especial do Mestrado em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: jocielsouzas@yahoo.com.br

paciente tem em relação a hospitalização, ao tratamento e a qualidade do cuidado pode refletir na sua recuperação. A comunicação ajuda a interação entre enfermeiro e paciente. O enfermeiro por estar em contato diário com o paciente precisa estar mais atento às técnicas da comunicação interpessoal, podendo muitas vezes diminuir a ansiedade do usuário com algumas palavras ou gestos. Portanto, a comunicação pode ser entendida como um "processo de troca e compreensão de mensagens enviadas e recebidas, a partir das quais "as pessoas se percebem, partilham o significado de ideias, pensamentos e propósitos. O processo de comunicação torna-se insubstituível para se prestar uma assistência adequada, efetiva e restringindo falhas. Pessoas com limitações físicas, auditivas e visuais tem dificuldade de inclusão na sociedade, uma vez que a audição é o sentido essencial para aprender e usar a linguagem, e a enfermagem deve prover um cuidado adequado nestas situações. Com isso ressalta-se a importância de o profissional atentar para sinais não verbais na tentativa de entendê-los, no sentido de que estes complementam o que é expresso verbalmente, proporcionado elementos para que o enfermeiro entenda o outro[3]. Portanto, a comunicação pode ser entendida como um "processo de troca e compreensão de mensagens enviadas e recebidas, a partir das quais "as pessoas se percebem, partilha o significado de ideias, pensamentos e propósitos. Comunicação envolve competência interpessoal nas interações e é a base do relacionamento entre seres humanos, além de ser um "processo vital e recíproco capaz de influenciar e afetar o comportamento das pessoas. A anotação ou registro de enfermagem é uma forma de comunicação escrita no prontuário do paciente com informações pertinentes a ele e ao seu cuidado, sendo que essas anotações realizadas pela enfermagem devem ser o mais reais possíveis a fim de retratar a realidade diária do paciente[4]. Anotar é, além de documentar, uma forma de comunicar, registrando diariamente por escrito os fatos clínicos do cliente, toda ação que a enfermagem executa na assistência do paciente, bem como, a identificação dos problemas reais e potenciais e as ações implementadas para uma assistência de enfermagem com qualidade**.** **OBJETIVO:** relatar a importância da comunicação em enfermagem-paciente e a sua efetividade nos mais amplos processos de interação que contribuem para o um bom atendimento do paciente desde a sua internação até a alta hospitalar. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa integrativa em artigos publicados e indexados em banco de dados eletrônicos da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura, e SIELO, referentes à comunicação da enfermagem com o paciente no âmbito hospitalar e compreendeu os anos de 2008 e 2012. As palavras chaves utilizadas foram registro de enfermagem, comunicação e

enfermagem[5]. A análise foi realizada entre os dias 10 de abril a 15 de novembro de 2012. Em todas as buscas foram utilizados como filtro o país da publicação (Brasil) e o idioma (português). Os critérios de inclusão foram estudos realizados no Brasil na língua portuguesa, disponíveis online em texto completo, do tipo resgate históricos, reflexões, pesquisas inéditas, relatos de experiências, abordando a importância do processo de comunicar-se entre enfermeiro paciente.Através dos descritores foram encontrados, na base de dados BDENF, 131 artigos, sendo que 13 artigos foram publicados dentro do período estabelecido. Na base de dados Lilacs, foram encontrados 253 artigos, sendo que apenas 18 estavam dentro do período estabelecido. Inicialmente, selecionaram-se 35 artigos que obedeceram ao recorte da pesquisa. Após observação dos títulos, percebeu-se a repetição de 6 títulos, restando 27 artigos que correspondiam à exigência proposta pelo estudo. A partir dos artigos selecionados, refinou-se a pesquisa, delimitando os descritores: Registro de Enfermagem, comunicação e enfermagem,totalizando 9 artigos para a etapa de análise. Na análise do conteúdo, buscou-se atender as seguintes finalidades: Identificar as informações e os dados do material, estabelecer relações entre as informações e os dados obtidos com o tema proposto, analisar o conteúdo das informações e os dados apresentados pelos autores. **RESULTADOS:** Após a análise dos artigos, observou-se que a comunicação interpessoal entre paciente enfermeiro é importante no decorrer de sua internação, pois quando o enfermeiro se comunica de modo apático com paciente este se mostra mais tranquilo e seguro do seu tratamento. A sobrecarga de serviços e número reduzido de funcionários muitas vezes dificulta que o profissional tenha uma relação interpessoal efetiva com o usuário, entendendo suas necessidades, e desse modo interagindo como o usuário para que ele mantenha-se tranquilo no ambiente hospitalar. No sentido de comunicar-se com pacientes que tem deficiência auditiva a enfermagem mostra-se carente nessa linguagem, porém prove cuidados que se adequem a esse tipo de comunicação de modo que a torne apática e interpessoal. Na comunicação escrita, ainda ocorrem falhas nos registros nas diferentes etapas do processo de enfermagem, uma vez que o apontamento das ações é um instrumento fundamental para assistência de Enfermagem e é indispensável e apropriado para a sistematização da assistência. **CONCLUSÃO:** Deste modo, a comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem, contribuindo para uma melhor assistência ao doente e à família que vivem ao stress hospitalar e no sentido de assistência de enfermagem, valorizar e aperfeiçoara habilidade da comunicação é de extrema importância e assumem proporções ainda mais relevantes pois o cultivo e a utilização da mesma são

indispensáveis para a execução até de mínimas ações. A complexidade e dificuldades inerentes ao processo de comunicação com pacientes que possuem deficiência auditiva possibilita delinear uma comunicação objetiva aproximadamente sem falhas. Dessa forma, os desafios do ambiente de trabalho sempre existirão, mas quando nos reportamos à comunicação como elemento de extrema importância para a liderança do enfermeiro, percebemos que os esforços em adquirir a habilidade da comunicação devem ser constantes e permanentes. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM:** este estudo contribui para o conhecimento da arte de comunicar-se em enfermagem, e relata a importância de uma comunicação efetiva entre enfermeiro paciente, favorece na aprendizagem que desde um toque ou um gesto é possível perceber o que as pessoas pensam e sentem. Tendo em vista a importância da comunicação escrita no prontuário do cliente, parte-se da hipótese de que o acúmulo de atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem contribui para que a equipe deixe de registrar, o que implica na qualidade e efetividade do trabalho em enfermagem.

Descritores: Registro de Enfermagem; Comunicação; Enfermagem

REFERÊNCIAS

1. Oliveira A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO; 2008.

2. Chun RYS. Comunicação suplementar e/ou alternativa: abrangência e peculiaridade dos termos e conceitos em uso no Brasil. Pró-Fono Revista de Atualização Científica; 2009.

3. Rebouças CBA, Cezario KG, Oliveira PMP, Pagliuca LMF. Pessoa com deficiência física e sensorial: percepção de alunos da graduação em enfermagem. Acta Paul Enferm; 2011.

4. Oliveira VC, Cadette MMM. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil Acta Paul Enferm; 2009.

5. MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde 7. ed, São Paulo: Atlas; 2009.

CUIDADO DOMICILIAR AOS IDOSOS ACOMPANHADOS POR ACADÊMICOS DO PET SAÚDE ENFERMAGEM
HOME CARE FOR ELDERLY ACCOMPANIED BY THE PET HEALTH NURSING STUDENTS

Aline Belletti Figueira[14]; Jamila Geri Tomaschewski-Barlem[15]; Edison Luiz Devos Barlem[16]

RESUMO: Objetivou-se relatar a experiência de estudantes do PET/Saúde na realização de visitas domiciliares a pessoas idosas em uma Estratégia Saúde de Família. Trata-se de um relato de experiência de caráter observatório/reflexivo, com abordagem qualitativa, realizado por acadêmicos integrantes do PET/Saúde, durante as visitas domiciliares a idosos, realizadas em uma Estratégia Saúde de Família do interior do Rio Grande do Sul, no período entre os meses de janeiro a dezembro de 2011.A visita domiciliar ao idoso revelou-se um momento importante para os usuários, cuidadores ou familiares exporem suas dúvidas, discutirem cuidados necessários, entre outros, suscitando a intervenção educativa em prol de uma melhor qualidade de vida a todos os envolvidos. Conclui-se que esta experiência proporcionou aos acadêmicos trabalhar com a integralidade do cuidado à pessoa idosa, observando também a importância da construção do vinculo com a família e da educação em saúde.
Descritores: Saúde do Idoso. Visita domiciliary. Serviços de saúde.

ABSTRACT: Aimed toreport the experience ofstudentsPET/Saúde in conductinghome visits toelderly peoplein aFamily HealthStrategy. This isan experience reportof characterobservatory/reflective, qualitative approach, carried out bymembersof theacademicPET/Saúde, during home visitsto the elderly,conductedin aFamily HealthStrategyin the interior ofRioGrande doSul,betweenthe monthsfrom January to December2011.Home visitsto the elderlyproved to bean important timefor users, carersor family memberspresent theirquestions,discusscare,among others, raising theeducational interventiontowards abetter quality oflife for allinvolved. We conclude thatthis experiencehas providedacademicwork withcomplete careto the elderly, notingthe importanceof building therelationship with thefamily andhealth education.
Keywords: Health of the Elderly. Home visit. Health services.

INTRODUÇÃO

Verifica-se um aumento rápido e progressivo no número de idosos em todo o mundo, e as transformações demográficas ocorridas nos últimos anos mostram uma tendência do envelhecimento da população brasileira e de uma considerável parte do mundo. De acordo com o Censo de 2010, no Brasil, o número de pessoas de 60 anos ou mais avançou de 5,9% em 2000 para 7,4% em 2010. Essa situação constitui um reflexo

[14]Enfermeira Assistente Associação Caridade Santa Casa de Rio Grande, Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES). Email: alinebelletti@gmail.com
[15]Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) - Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES). Bolsista FAPERGS.
[16] Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente daEscola de Enfermagem (EEnf) -FURG. Membro do NEPES. Email: ebarlem@gmail.com

da diminuição do crescimento populacional, aliado a diminuição da taxa de natalidade e fecundidade[1].

Atualmente, há um grande número de pessoas idosas que são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis permanentes ou de longa permanência, necessitando de acompanhamento constante. Tais condições crônicas manifestam-se com grande frequência nas idades mais avançadas da vida, associando-se frequentemente a comorbidades, acarretando muitas vezes incapacidade funcional nestas pessoas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente, geralmente comprometendo significativamente a qualidade de vida dos mesmos[2, 3].

Neste mesmo sentido, define-se envelhecimento como sendo um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte[4].

O acelerado crescimento da população idosa e a transformação do perfil epidemiológico da população brasileira exigem dos profissionais da saúde cuidados que necessitam de um novo enfoque em nível de prevenção da doença, promoção, assistência e reabilitação para os idosos. Assim, as pessoas idosas demandam cuidados específicos, por sua potencialidade para fragilidade biológica, psicológica e social[5].

Desta forma, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), através Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde da população idosa terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade[2].

Logo, os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) estão em um espaço privilegiado para o cuidado integral à saúde do idoso, tendo em vista sua proximidade com a comunidade e a visita domiciliar (VD), o que oportuniza trabalhar de forma contextualizada na realidade da pessoa idosa[6].

Na intenção de promover melhor qualidade de vida a estas pessoas, a enfermagem, bem como outros profissionais da saúde, são profissionais com grande respaldo para orientar e proporcionar o cuidado diário e a manutenção dos idosos fragilizados em condições de vida mais satisfatória possível, juntamente com o apoio dos cuidadores leigos, que na maioria das vezes são os próprios familiares, amigos, vizinhos, voluntários ou pessoas contratadas[2, 4, 7].

A variedade dos motivos que levam os idosos a procurarem Unidades Básicas de Saúde, atrelados, especialmente, a queixa do estado emocional, indica a existência de situações complexas de saúde, suscitando a necessidade do desenvolvimento de ações mais específicas na atenção à saúde da população idosa[8]. Nesse sentido, o reconhecimento do contexto familiar de idosos inseridos em diferentes contextos de vulnerabilidade social pode contribuir com o planejamento das ações de cuidado a saúde do idoso[9].

A VD é uma tecnologia voltada para efetivação do acolhimento e fortalecimento do vínculo, sendo, via de regra, realizada pelo agente comunitário de saúde (ACS) que deve manter contato permanente com as famílias da área adscrita, fortalecendo o vínculo entre serviço e população, reforçando a importância de seu papel na equipe[10.]

As VD, na ESF, também devem ser realizadas pelo médico e enfermeiro quando houver indicação ou necessidade constatada, e rotineiramente pelo ACS, otimizando-se a utilização de recursos humanos e evitando a dependência da população dos profissionais de saúde.

Nesta perspectiva, em uma Estratégia Saúde da Família do interior do Rio Grande do Sul, cujas VDs também são realizadas por acadêmicos do PET/SAÚDE, a equipe interdisciplinar propôs-se a desenvolver ações de cuidado domiciliar na intenção de promover um melhor acompanhamento da saúde dos usuários idosos, além de diagnosticar com maior objetividade as necessidades de saúde entre as pessoas idosas cuidadas e seus cuidadores[2, 4, 11]. Além disso, as visitas objetivavam conhecer o idoso e sua família com vistas a intervir da melhor forma possível, aproximando o idoso e sua família da ESF do seu território, bem como aproximar a UBS do contexto familiar deste idoso oferecendo suporte quando necessário[11,12].

OBJETIVO

Relatar a experiência de estudantes do PET/SAÚDE na realização de visitas domiciliares a pessoas idosas em uma Estratégia Saúde de Família do interior do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Trata-se de um Relato de Experiência de caráter observatório / reflexivo com abordagem qualitativa, realizado por acadêmicos integrantes do PET/Saúde durante as

VDs realizadas a pessoas idosas atendidas por uma Estratégia Saúde da Família do interior do Rio Grande do Sul. As VDs eram realizadas periodicamente, com intervalos diferenciados de acordo com as necessidades dos usuários com mais de 60 anos. As visitas foram desenvolvidas entre os meses de marco a novembro de 2011.

O programa PET foi criado pela Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, com o intuito de fortalecer a atenção básica e a vigilância em saúde, em conformidade com os princípios e necessidades do SUS (Sistema Único de Saúde). Caracteriza-se como uma ferramenta para a qualificação, em serviço, dos profissionais da saúde, assim como de acesso ao trabalho e vivências voltadas aos estudantes das graduações na área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS.

A Unidade de Estratégia Saúde da Família, na qual as atividades foram desenvolvidas, conta com uma equipe formada por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista, assistente social, agente comunitário de saúde, recepcionista e funcionários da higienização.

Dentre as atividades integradas desenvolvidas durante o Programa PET/Saúde, foi realizada a organização de atendimento em domicilio dos idosos do bairro. A escolha dos idosos se deu com o auxílio da preceptora PET/Saúde, enfermeira da unidade, juntamente com agentes comunitários de saúde a partir da identificação dos idosos que mais apresentavam necessidades de intervenção da equipe de saúde. Inicialmente, foi realizado um levantamento das informações acerca dos mesmos, observando aqueles que possuíam maiores dificuldades de deslocamento até a ESF ou que encontravam-se acamados, para posterior acompanhamento a partir das VDs, onde são prestados cuidados e educação em saúde nas suas diferentes necessidades.

Nas VDs realizadas, objetivou-se conhecer a família, os costumes da mesma, o cuidado e interação com o idoso, além dos fármacos utilizados. A partir desta avaliação são apresentadas intervenções possíveis com a finalidade de desenvolver ações para auxiliar idoso e família, colaborando com o entendimento do cuidado, tirando dúvidas e suprindo as necessidades pertinentes ao momento[3.]

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir desta experiência foi possível identificar a importância do vínculo desenvolvido durante as VDs e como este pode ser uma ferramenta importante para identificar as principais intervenções necessárias, bem como as orientações relevantes para o idoso, família ou cuidador. A VD ao idoso revelou-se um momento importante

para os usuários, cuidadores ou familiares exporem suas dúvidas, discutirem cuidados necessários, entre outros, suscitando a intervenção educativa em prol de uma melhor qualidade de vida a todos os envolvidos.

A VD favorece o vínculo com o usuário, organiza as demandas de serviços e favorece as observâncias dos acadêmicos envolvidos, tendo por referência a complexidade dos problemas e necessidades de saúde dos indivíduos e coletividade, estimulando situações de aprendizagem e proporcionando abrir novos caminhos para a busca por respostas a novas situações.

Observou-se que no cuidado ao idoso, é necessário reforçar o acolhimento, o diálogo, a confiança, o vínculo e o conhecimento de seus limites e potencialidades, ampliando a compreensão da situação de saúde vivenciada. Destaca-se a necessidade do cuidado integral, considerando a trajetória de vida, as crenças, os valores e o contexto atual do idoso, oportunizando o exercício de sua autonomia e estimulando sua participação no meio familiar.

Cabe destacar que o cuidado a pessoa idosa deveria ser responsabilidade da família, no entanto, não parece haver um suficiente preparo para que esta desempenhe tal papel. Dessa forma, verificam-se, muitas vezes, situações de maus tratos, humilhação, negligência, abandono nas ruas ou em instituições de longa permanência, evidenciando dificuldades e limitações nas relações familiares. Dessa forma, é preciso reforçar o papel da família como responsável pelo idoso, favorecendo os vínculos e a participação ativa deste no sistema familiar.

Entres os cuidados às múltiplas necessidades da pessoa idosa, os profissionais da ESF devem prestar orientações gerais relacionadas à alimentação, principalmente, quando em situações de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, obesidade e hipercolesterolemia[2]. Além disso, devem observar a inatividade física nesta faixa etária como um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas, associadas à dieta inadequada e o tabagismo. Ainda, destaca-se a necessidade de direcionar ações específicas para os idosos, especialmente, no que se refere à promoção do uso racional de medicamentos.

Salienta-se que a prática da educação em saúde no cuidado domiciliar necessita ser o foco principal da assistência e do cuidado prestado na abordagem da Estratégia Saúde da Família e que a inserção dos acadêmicos proporcionada pelo PET Saúde tem um valor ímpar em sua formação profissional, tendo-se em vista que o conhecimento é construído a partir da realidade e das experiências do sujeito[13,14].

Por fim, destaca-se que a educação em saúde à população idosa necessita estar atrelada à realidade dos principais problemas de saúde que os acometem, com vistas à melhoria de suas condições de vida e saúde. Para tanto, é necessário ir ao encontro dos interesses da pessoa idosa, realizando ações que estejam em consonância com suas necessidades. Desse modo, na rotina da ESF, as VDs, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo e a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos que podem ser utilizados no cuidado à pessoa idosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta experiência proporcionou aos futuros profissionais da saúde, acadêmicos do PET Saúde, trabalhar com o idoso em sua integralidade, considerando o contexto familiar e os aspectos psicossocioculturais. Além disso, buscou-se adquirir conhecimentos para acrescentar no processo de ensino – aprendizagem, avaliando como a enfermagem pode intervir na atenção primária e contribuir na prevenção de doenças e promoção da saúde.

No decorrer do trabalho, constatou-se a importância do apoio prestado à família e ao idoso, bem como a relevância da abordagem com a família, pois permite identificar dificuldades, avaliar e intervir de forma mais colaborativa.

Além disso, pôde-se observar a importância da construção do vínculo, sendo esse fundamental na descoberta dos problemas que envolvem o indivíduo e a família, possibilitando que o profissional de saúde se aproxime da família e proponha intervenções dentro de suas limitações e de acordo com as possibilidades destas e, que as mesmas sejam do interesse de todos, sem ferir suas crenças e valores.

Percebeu-se, ainda, que a educação em saúde pode ser estimulada durante a vida acadêmica, através do PET/Saúde, e que esta interação entre profissionais, acadêmicos, familiares e usuários do sistema único de saúde deve permear a assistência prestada à população com vistas à promoção e prevenção em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro; 2011.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa – Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2006.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2006.

4. Gonçalves LHT, SILVA YF, Pfeiffer SA. O cuidado do idoso fragilizado e de seus cuidadores no contexto domiciliar. Cogitare Enferma. Curitiba (PR). 1996; jul/dez;1(2): 39-47.

5. Motta CCR, Hansel CG, Silva J. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. Rev eletrônica enferm. 2010; 12(3): 471-7.

6. Oliveira JCA, Tavares DMS. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(3):774-81.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais – Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2006.

8. Rosa MRQP, Patrício ZM, Silvério MR, Rumel D. Motivos que levaram idosos a buscar atenção em uma unidade básica de saúde.Rev Latino-Am Enfermagem. 2009; 17 (5): 670-6.

9. Pavarini SCL, Barha EJ, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, Petrilli Filho JF, Santos AA. Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários.Rev Latino-Am Enfermagem. 2009; 17 (3): 374-9.

10. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2011; set; 32(3):451-7.

11. Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da família: visão dos profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(2):437-44.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador – Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2008.

13. Freire P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 12ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

14. Engstron G, Fagerberg I. Attitudes towards older people among Swedish health care students and health care professionals working in elder care. Nurs Rep. 2011; 1(1): 2-6.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM, ACERCA DA VIOLÊNCIA NA ESCOLA ENVOLVENDO ADOLESCENTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

SCIENTIFIC PRODUCTION OF NURSING ABOUT VIOLENCE AT SCHOOL INVOLVING ADOLESCENTS: AN INTEGRATIVE REVIEW

Cristine Coelho Cazeiro[17]; Daiane Broch[18]; Marina Bisio Mattos[18]; Rafaela Capa Verde Corrêa[19]; Vera Lúcia de Oliveira Gomes[20]

RESUMO: Trata-se de uma revisão integrativa que objetivou analisar a produção científica da enfermagem, sobre violência na escola envolvendo adolescentes. Colheram-se os dados na Base de dados de Enfermagem (BDENF) e na Biblioteca Virtual em Saúde do Adolescente (ADOLEC), utilizando osdescritores violência, escolas e adolescentes. Foram incluídos todos os artigos referentes à temática, publicados em português, com versões completas disponíveis gratuitamente, publicados a partir do ano de 2006. Encontrou-se quatro artigos para compor a análise. Como resultados, a maioria dos estudos analisados buscou traçar um panorama da atual situação da violência envolvendo adolescentes dentro das escolas. Todos os resultados revelaram que o fenômeno é frequente no cotidiano de uma parcela significativa dos adolescentes. Destacou-se a relevância da realização de outras pesquisas nessa área, com focos diversificados, entre elas, o papel das instituições envolvidas frente ao cenário, a existência de atuação multiprofissional frente ao problema e a indicação de soluções eficazes.
Descritores: Violência, Adolescentes, Enfermagem.

ABSTRACT: It is about an integrative reviewthataimed to analyze thescientific productionof nursingonschool violenceinvolving teenagers. Collectedthe datain the*Base de Dados de Enfermagem (BDENF)*and the*Biblioteca Virtual em Saúde do Adolescente (ADOLEC)*, using the descriptorsviolence, schools and adolescents. We included allarticlesrelatedto the topic, published inPortuguese, withfull versionsavailable for free, published since2006.Four articles were found to compose the analysis. As a result, most studies analyzed sought to give an overview of the current situation of violence involving teenagers within schools. All results revealed that the phenomenon is daily common in life in a significant portion of adolescents.They emphasized theimportance of conductingfurther researchin this area, withdiversefocuses, among them, the role of institutionsinvolvedwith thescenario,the existence ofthe multiprofessionalperformance regarding the problem and the indication for effective solutions.
Descriptors: Violence, Adolescents, Nursing.

[17] Acadêmica da 9ª série da EEnf/FURG. Bolsista PET Enfermagem.
[18]Acadêmica da 5ª série da EEnf/FURG. Bolsista PET Enfermagem. E-mail relator: mattosmarina@yahoo.com.br
[19]Acadêmica da 4ª série da EEnf/FURG. Bolsista PET Enfermagem.
[20]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora titular da EEnf/FURG. Tutora do grupo PET Enfermagem. E-mail: vlogomes@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A adolescência é o período situado entre a infância e a idade adulta. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) compreende o período entre 10 e 19 anos de idade e, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) corresponde à faixa etária entre 12 e 18 anos de idade[1]. Consiste em uma fase de inúmeras transformações tidas como elementares na vida dos indivíduos, incorporando a ideia do adolescente como protagonista na construção de seu processo de vida pessoal e coletivo, o que lhe confere um potencial de emancipação, autonomia e responsabilidade social[2]. É neste estágio também que se localiza o princípio e a intensificação do amadurecimento do indivíduo, com a solidificação de sua personalidade e preparo para a vida adulta[3].

Adolescentes constituem um grupo vulnerável a diversos tipos de violência, visto que passam por um período de transformações biológicas, psicológicas e sociológicas que lhes conferem características peculiares. Apresentam, muitas vezes, comportamentos contraditórios, instáveis e defensivos. Nesta fase, o adolescente sente necessidade de estabelecer contatos com outros jovens e formar seu grupo de identificação, o qual irá influenciar em suas ideias e opiniões. O grupo passa a ser a base para a formação de conceitos, de certo e errado. Estilos de vestimentas, modos de falar como gírias e jargões, atividades em comum e popularidade podem influenciar na decisão do grupo que almeja pertencer. Contudo, o que importa é ser aceito. Ao encontrar seu grupo, passa a permanecer mais tempo com os amigos, fora de casa, do que com pais e mães, diferentemente do que ocorre nas fases da infância e pré-adolescência[4-5].

Durante a adolescência questionam se realmente concordam com tudo o que os pais dizem e fazem, e na maioria das vezes, entram em confronto. O relacionamento com o grupo pode encorajá-los a comportamentos inadequados como atitudes agressivas e antissociais, uso de drogas e a delinquência, que se tornam normas em alguns grupos da mesma faixa etária[5]. Assim, muitos adolescentes sentem a necessidade de confrontar, de experimentar limites, ou mesmo transgredi-los constituindo um espaço de conquista e de afirmação, o que pode ser vivido individualmente ou em grupo[6].

Adolescentes brigam pelo espaço e por bens materiais ou simbólicos competindo entre si, por prestígio, honra e respeito. Brigam também para defender a honra quando são insultados ou para evitar a traição dos namorados ou namoradas[7].Adolescentes violentos se sentem inqueridos a reagir quando seu prestígio ou respeito são questionados, pois em seu sistema, quem não reage perde a consideração dos iguais, o

que para eles tem imenso valor. Além disso, se sentem no dever de defender o grupo do qual fazem parte, envolvendo-se muitas vezes em conflitos que não são seus. Esta violência existente em certos grupos, seja para defender a honra ou para defender seu próprio grupo, tem sido levada a inúmeros lugares, sendo mais frequente nas redes sociais e escolas, onde passam grande parte de seu dia[7].

A violência física, psíquica e social faz parte do cotidiano dos jovens e está presente no marco de suas experiências diárias. Está na escola, nos lugares de lazer que frequentam e até mesmo nas relações familiares. A vivência no âmbito escolar favorece o desenvolvimento da socialização, do convívio com as diferenças e de capacidades tais como ouvir, negociar, ceder, participar, cooperar e perseverar, além da oportunidade de interagir com outros adultos e de identificar outros modelos de referência. Um adequado processo de socialização na escola está diretamente relacionado à conduta resolutiva dos estudantes sem o uso da violência. Da mesma forma que o insucesso escolar, a ausência desse processo, pode ser uma das causas de condutas agressivas. O uso da violência acaba por favorecer um baixo desempenho escolar[7,] gerando um ciclo vicioso.

Existem vários significados para a violência em ambiente escolar, podendo ser diferenciada conceitualmente em violência à escola, violência da escola e violência na escola. A primeira está relacionada com as práticas violentas contra o estabelecimento escolar, como os atos de vandalismo, ou contra quem representa esse estabelecimento, como diretores e professores. A violência da escola consiste na violência institucional, muitas vezes simbólica a que os próprios estudantes são submetidos. Ela depende do tratamento que a instituição e seus agentes dispensam a eles. A violência na escola se refere atos violentos entre jovens. Na realidade, essa forma de violência não diz respeito, diretamente à instituição, pois é representada pelas agressões físicas leves, agressões verbais e ameaças entre estudantes[8-9].

A violência ainda é um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade,trazendo consequências de ordem emocional, econômica e social. Um exemplo, presente no cotidiano de crianças e adolescentes e frequentemente abordado pela mídia é o *bullying.* Esse consiste na perseguição, repetitiva e intencional de um indivíduo por outro, ou por um grupo, com a intenção de provocar-lhe sofrimento. O Bullying tem sido a causa de inúmeros casos de violência física e traumas psicológicos entre alunos de escolas públicas e privadas, o que leva a gestores e profissionais, pesquisarem sobre sua incidência, causas e possíveis interferências para extinguir sua origem e amenizar suas consequências[10].

A violência nas escolas refere-se a um fenômeno complexo que afeta a vida cotidiana, como uma ameaça diária à integridade física, psíquica e da dignidade humana. Além disso, as diferentes manifestações da violência no âmbito escolar vêm comprometendo ainda mais a qualidade da educação no contexto da escola pública brasileira[15].

OBJETIVO

Analisar a produção científica da enfermagem, sobre violência na escola envolvendo adolescentes.

METODOLOGIA

Trata-se de Revisão Integrativa de Literatura, a qual possibilita a síntese do conhecimento atual de um determinado assunto, além de apontar lacunas que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos[11]. Para efetua-la delinearam-se as seguintes etapas: identificação do tema, com a elaboração da questão de pesquisa, seleção de descritores, definição dos critérios para inclusão/exclusão; seleção dos artigos, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos mesmos e discussão e interpretação dos resultados[11].

Investigou-se "O que vem sendo produzido no campo da enfermagem, sobre violência na escola envolvendo adolescentes?". Para tanto, consultaram-se a Base de dados de Enfermagem (BDENF) e a Biblioteca Virtual em Saúde do Adolescente (ADOLEC), adotando-se como descritores os termos violência, escolas e adolescentes.

Os critérios de inclusão foram: artigos completos, de autoria de pelo menos um enfermeiro, publicados em português, a partir de 2006. Utilizou-se este recorte de tempo pois nesse ano houve reformulação do Estatuto da Criança e do Adolescente passando, a assistência aos adolescentes, ser de responsabilidade de uma equipe multiprofissional e não apenas do médico. Foram excluídas as publicações que não preencheram esses requisitos.

RESULTADOS

Encontraram-se 36 artigos, sendo 29 na ADOLEC e sete na BDENF. Desses, foram excluídos três por não haver versão em português; 17 por terem sido publicados

antes de 2006; havia uma tese, uma dissertação; sete não eram de autoria de enfermeiro e três não haviam sido realizados em escolas. Ao final da seleção, restaram quatro artigos para compor esse estudo (Quadro 1). Observou-se que a maioria dos autores eram enfermeiros, tendo algumas parcerias com profissionais das ciências biológicas e sociais, administração, nutrição, medicina e fisioterapia.

Os estudos foram realizados em Fortaleza, Brasília, Porto Alegre e Lisboa. De acordo com o Qualis da Enfermagem, a classificação das revistas, em que os artigos foram publicados é B2, B1 e A2. Na maioria dos estudos foi utilizada a abordagem qualitativa, com entrevistas e questionários para a coleta de dados.

Em relação ao objetivo dos estudos, um buscou caracterizar a violência escolar em um grupo de jovens, seguida de uma intervenção por meio da qual os pesquisadores formularam e implantaram um programa anti-violência escolar, avaliando, posteriormente, sua efetividade. Os resultados evidenciaram que na fase pré-programa, mais da metade dos estudantes vítimas de violência reagiram contra-agredindo, porém mantiveram em silêncio. Na avaliação pós-programa, houve uma redução significativa da violência e os agredidos passaram a denunciar os atos violentos a adultos com influência suficiente, para reprender o agressor[12]. Este estudo demonstrou que o trabalho preventivo dentro de escolas pode ter o poder de modificar a conduta silenciosa de vítimas de violência, impedindo diversos reflexos negativos desta, bem como sua perpetuação.

O segundo estudo objetivou analisar as dinâmicas sociais de jovens que tinham sofrido violência, por meio da reconstrução de relações cotidianas. Para tanto, discutiram situações de vulnerabilidade incluindo as ocorridas na escola. Delinearam o perfil dos sujeitos e perceberam que seu contexto familiar, político, econômico e sociocultural são pressupostos imprescindíveis para conhecer a situação de vulnerabilidade frente ao fenômeno da violência[13]. Sabe-se que a causa para que um adolescente se torne violento é multifatorial, sendo de extrema relevância a identificação dos diversos fatores que possam ser predisponentes e em que grau isto pode ocorrer.

O terceiro estudo objetivou identificar situações de violência vivenciadas por crianças e adolescentes de uma escola pública. O estudo evidenciou que as crianças e adolescentes vivenciam em seu cotidiano inúmeras situações de violência tanto no ambiente comunitário, quanto familiar. Nesse, foi identificado desde responsabilidade por afazeres domésticos até violências física e psicológica. Dentro da escola, se destacou como uma forma de violência, o desestímulo dos professores ao lecionar. No

ambiente comunitário, foram apontados como situações violentas o uso de drogas, assassinatos e ameaças de morte. Neste estudo, foi possível a interligação das diversas situações de violência vivenciadas pelos adolescentes. Como impedir que alguém que sofre violência cotidianamente intralar e fora de escola reproduza esses atos em um ambiente onde convive grande parte do seu dia?[14]

O último estudo buscou identificar e descrever a ocorrência de *bullying* entre estudantes do nono ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas das 26 capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal. Foi o primeiro estudo sobre *bullying* com dados de todas as capitais do país. Grande parte dos sujeitos relatou ter sofrido *bullying* com frequência, inclusive diariamente nos últimos meses. Não houve diferença entre as escolas públicas e privadas e nem em relação a cor ou escolaridade materna com relação a vitimização ou prática de *bulling*[15]. Estudo de extrema relevância na atualidade onde o *bullying*revelou-se um fenômeno existente hádécadas com inúmeros reflexos negativos permanentes na vida de muitas vítimas, porém que só há pouco tempo ganhou visibilidade da mídia e atenção dos estudiosos. Sem dúvida, sua investigação é imprescindível ao se tratar de violência dentro de escolas.

Quadro 1- Artigos selecionados.

Número	**Título do artigo**	**Autores**	**Ano**	**Revista/ classificação qualis da enfermagem**	**Base de dados/ Biblioteca eletrônica**
1	Prevenção da violência escolar: avaliação de um programa de intervenção[12]	Mendes CS.	2011	Revista da Escola de Enfermagem-USP/ A2	ADOLEC
2	Violência entre jovens: dinâmicas sociais e situações de vulnerabilidade[13]	Cocco M, Lopes MJM.	2010	Revista Gaúcha de Enfermagem/ B1	BDENF
3	Violência contra criança e adolescente: rompendo o silêncio[14]	Monteiro EMLM, Neto WB, Gomes IMB, Freitas RBN, Bradi CL, Moraes MUB.	2009	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Fortaleza/B2	BDENF
4	*Bullying* nas escolas brasileiras: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do	Malta DC, Silva MAI, Melo FCM, Monteiro RA, Sardinha LMV, Crespo C, Carvalho	2010	Revista Ciência e Saúde Coletiva/B1	ADOLEC

	Escolar (PeNSE)[15]	MGO, Silva MMA, Porto DL.			

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Evidenciou-se que a maioria das pesquisas relacionadas ao tema, buscou traçar um panorama da atual situação da violência envolvendo adolescentes e jovens dentro das escolas. Todos os resultados revelaram que o fenômeno é frequente no cotidiano de uma parcela significativa dos adolescentes do contemporâneo.

É interessante que outras pesquisas com o mesmo foco sejam realizadas envolvendo grupos diferenciados para que se possa obter ainda mais informações acerca do fenômeno, entre eles, fatores de risco, perfil e papel de agressores, vítimas e expectadores, reação das instituições envolvidas frente ao cenário, atuação multiprofissional frente ao problema, e estratégias para adoção de condutas eficazes para solução do problema.

Com base nos resultados da busca, conclui-se que são escassas as publicações de enfermeiros que abordam a violência na escola e que o papel deste profissional como educador em saúde atuando nas escolas é ainda pouco considerado, ficando tal atribuição mais a cargo de outros profissionais. A desnaturalização de algumas situações de violência consideradas rotineiras no ambiente escolar e a adoção de medidas restritivas são de extrema relevância para evitar situações mais graves, que afetariam seriamente a saúde dos envolvidos. Percebe-se que apesar de todos os estudos terem autores enfermeiros, o papel deste profissional não foi destacado, nem mesmo citado em alguns casos. Observou-se também, que em apenas um dos estudos foi efetivada alguma intervenção além da pesquisa, ou seja, um retorno imediato aos sujeitos. Com base nestes resultados, chama-se a atenção dos profissionais de enfermagem para que percebam a relevância de seu papel junto a adolescentes, seja atuando diretamente nas escolas, por meio de atividades de educação em saúde, seja desenvolvendo estudos que preencham as lacunas existentes nessa área de conhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

2. Miriam H. Adolescência e saúde: uma visão preventiva para profissionais de saúde e educação. Petrópolis: Vozes; 2006.

3. Melo MCB, Barros EN, Almeida, AMLG. A Representação da violência em adolescentes de escolas da rede pública de ensino do Município do Jaboatão dos Guararapes. Rev. Ciência & Saúde Coletiva 2011 out; 16(10):4211-20.

4. Melo EM, Melo EAM, Pimenta SMO, Lemos SMA, Chaves AB, Pinto LMN. A Violência rompendo interações. As interações superando a Violência. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant 2007 jan-mar; 7(1):89-98.

5. Neto WB, Brady CL, Freitas RBN, Monteiro EMLM, Aquino JM. Jovens de Unidades socioeducativas em regime de semiliberdade da FUNASE, Recife-PE: Vivências e expectativas. Rev. Min. Enferm. 2010 out-dez;14(4): 529-38.

6. Silva AS, Deus AF. Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: estudo comparativo. Anál Psicol 2005; 2(23):151-72.

7. Salles LMF. A legitimação da violência nos espaços de lazer e na rua. Rev Mal-estar e subjetividade 2010 mar;10(1): 211-32.

8. Charlot B. A violência na escola: como sociólogos franceses abordam essa questão. Sociologias 2002; 4(8): 432-43.

9. Bonamigo IS, Tondin CF, Bortolossi F, Seraglio KP, Schott DF, Martinelli M.Mapeamento de práticas violentas como dispositivo de intervenção da psicologia na escola. Psicol. Argum. 2012 jul-set; 30(70):525-35.

10. Francisco MV, Libório RMC. Um Estudo sobre *Bullying* entre Escolares do Ensino Fundamental. Rev Psicologia: Reflexão e Crítica 2009; 22(2): 200-07.

11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidencias na saúde e na enfermagem. Rev Texto Contexto Enferm 2008 out-dez; 17(4):758-64.

12. Mendes CS. Prevenção da violência escolar: avaliação de um programa de intervenção. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(3):581-8.

13. Cocco M, Lopes MJM. Violência entre jovens: dinâmicas sociais e situaçõesde vulnerabilidade. Rev Gaúcha Enferm 2010 mar;31(1):151-9.

14. Monteiro EMLM, Neto WB, Gomes IMB, Freitas RBN, Bradi CL, Moraes MUB. Violência contra criança e adolescente: rompendo o silêncio. **Rev. Rene. Fortaleza 2009 jul-set; 10(3):107-16.**

15. Malta DC et al. *Bullying* nas escolas brasileiras: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Rev. Ciência & Saúde Coletiva 2010; 15(Supl. 2):3065-76.

A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO PARA O APRIMORAMENTO DA SOCIALIZAÇÃO DO CONHECIMENTO PRODUZIDO NO CAMPO DA ENFERMAGEM

THE IMPORTANCE OF EVALUATION FOR THE IMPROVEMENT OF KNOWLEDGE SOCIALIZATION PRODUCED IN THE FIELD OF NURSING

Deise Moreira Carlos[21]; Bianca dos Santos Blan[22]; Rochele Maria Zugno[23]; Jordana da FonsecaGautério[24]; Rafaela Capa Verde Corrêa[25]; Vera Lúcia de Oliveira Gomes[26].

RESUMO: Trata-se da avaliação da73ª Semana Brasileira de Enfermagem e a 36ª Semana Riograndina de Enfermagem que ocorreu no ano de 2012 na Universidade Federal do Rio Grande (FURG). **Objetivos:** Obter subsídios para aproximar a Semana Riograndina de Enfermagem das expectativas da população alvo. **Metodologia:** A coleta ocorreu por meio de um formulário semiestruturado, aplicado ao final dos minicursos e do evento. Utilizou-se o discurso do sujeito coletivo para a análise dos dados.**Resultados**: evidenciou-se que as expectativas em relação aos minicursos e ao evento foram atendidas plenamente. Os pontos fortes do evento e dos minicursos superaram os pontos fracos. **Conclusão**: A avaliação realizada possibilitou a apreensão das expectativas do publico alvo para o evento em 2013.
Descritores: Avaliação, Enfermagem, Responsabilidade pela informação.

ABSTRACT: It's of an evaluation about the event entitled 73rd Brazilian Nursing Week and 36th Week Riograndina Nursing that occurred in 2012 at Federal University of Rio Grande (FURG). **Objectives:** Get subsidies for approximate the week Riograndina Nursing to needs of the target population for the next programation of the event.**Methodology**: The data was collected through a semi-structured form, applied to the end of short courses and event. It was used as technique of analyze the discourse collective subject for the analysis of the data.**Results**: Showed that the expectations of the event and short courses were fully met. The highlights of the event and short courses exceeded weaknesses**.Conclusion**: The evaluation allowed the understanding of the expectations of the target audience for the event in 2013.
Keywords: Evaluation, Nursing, Responsibility for the information.

INTRODUÇÃO

[21] Acadêmica da quinta série do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Bolsista PET Enfermagem.deisemoreiracarlos@hotmail.com
[22] Acadêmica da terceira série do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Bolsista PET Enfermagem.
[23] Acadêmica da terceira série do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Bolsista PET Enfermagem.
[24] Acadêmica da terceira série do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Bolsista PET Enfermagem.
[25] Acadêmica da quarta série do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Bolsista PET Enfermagem.
[26] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora titular da escola de Enfermagem da FURG. Tutora do Grupo PET Enfermagem. E-mail: vlogomes@terra.com.br

Em 1940 as enfermeiras da Escola de Enfermagem Anna Nery, promoveram a 1ª Semana de Enfermagem. Foi o primeiro evento dessa natureza de que se tem registro, realizado com a finalidade de congregar a categoria, divulgar as suas atividades e estudar os problemas de sua prática. As proposições explicitadas eram no sentido de melhorar a assistência à saúde da população, embora nem sempre conscientes dos limites de suas ações[3].

Através do Decreto Federal nº 48.202, de 1960, do Presidente Juscelino Kubitschek, ficou estabelecido que a semana da enfermagem ocorreria entre os dia 12 a 20 de maio. Essas datas foram estabelecidas para comemoração da Semana da Enfermagem no Brasil, pois datam, respectivamente, o nascimento e morte de personagens históricas no campo da Enfermagem, Florence Nightingale e Ana Nery[4].

Como contribuinte para esta história, enaltecemos a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) que é uma entidade de âmbito nacional que há 85 anos desempenha importante papel na organização da enfermagem brasileira, desenvolvendo ações voltadas para a defesa e consolidação da enfermagem, bem como visando a melhoria da qualidade de vida da população. Nesse período houve inúmeras lutas e conquistas, destacando-se a elaboração do primeiro código de ética para os profissionais de enfermagem e a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem[5]. Por esse motivo, surgiu o tema para a celebração dos 85 anos da entidade, bem como da 73ª Semana Brasileira de Enfermagem e a 36ª Semana Riograndina de Enfermagem, seção Rio Grande do Sul ABEn/RS, um evento de cunho nacional.

Esse evento faz parte do calendário oficial da Escola de Enfermagem e, assim, considerado uma atividade extraclasse, ou seja, os acadêmicos são dispensados das aulas para possibilitar a participação de todos. Sua organização ficou sob responsabilidade do Programa de Educação Tutorial em Enfermagem, Coordenação do Curso de Enfermagem e Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Para discutir o tema central: "Associação Brasileira de Enfermagem: 85 anos de compromisso social, participação e luta", foram realizadas atividades diversificadas[3]. Além da apresentação da história da Associação Brasileira de Enfermagem e a história da enfermagem, foram programadas palestras sobre temas específicos, ou seja, Atuação de Enfermagem em Doação de órgãos e Assistência de Enfermagem ao paciente queimado. Sob forma de minicursos foram apresentadas e discutidas a atuação do Enfermeiro em diferentes cenários como o Hospitalar, Unidades Básicas de Saúde da Família, Enfermagem do trabalho, docência e auditoria. Outros minicursos oferecidos foram Atendimento Pré-hospitalar (APH), Exame físico, Assistência de Enfermagem ao paciente queimado.

Esses trouxeram aos acadêmicos a oportunidade de vivenciar atividades práticas. O minicurso sobre de construção de artigo científico, teve o intuito de incentivar publicações. Foi ainda aberto espaço para uma roda de chimarrão e prosa, ocasião em que todos tiveram a oportunidade de compartilhar suas vivências enquanto acadêmicos ou profissionais de enfermagem. O último dia do evento foi destinado à apresentação de trabalhos nas modalidades oral e pôster virtual. O evento de forma geral vem representando uma contribuição concreta para os anseios profissionais e estudantis no cuidado à saúde e no cotidiano.

Considerando a relevância desse evento tanto para a classe profissional, quanto estudantil, principalmente pelas oportunidades de instrumentalização gerada, sentiu-se a necessidade de avaliá-lo. Sabe-se que avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, a fim de auxiliar no seu planejamento e elaboração, ou mesmo, fornecer informações para melhorá-la no seu decorrer[6]. A participação de todos, principalmente daqueles que são foco das iniciativas, é requisito básico para sua realização, aumentando a relevância, credibilidade e probabilidade de que os resultados serão utilizados. Além disso, informações mais realistas, asseguram que por meio da avaliação, todos os interessados serão beneficiados, transpondo, assim, fronteiras entre teoria e prática[7].

Além disso, a avaliação não é algo que se dá apenas posteriormente, mas está intimamente vinculada a qualquer processo de intervenção, independente de suas fases. Assim, deve ser empregada na etapa de diagnóstico, no planejamento, na intervenção propriamente dita e, posteriormente, em caráter de acompanhamento longitudinal, combinando indicadores de resultados a curto e longo-prazo, propiciando maior efetividade a tomada de decisão[7,8].

OBJETIVO GERAL

- Obter subsídios para aproximar a Semana Riograndina de Enfermagem às expectativas da população alvo.
-

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a percepção dos participantes acerca da Semana Riograndina de Enfermagem;

- Conhecer a percepção dos participantes da Semana Riograndina de Enfermagem acerca dos minicursos realizados.

METODOLOGIA

A coleta de dados foi realizada, no período de 15 a 17 de Maio de 2012, por meio de um formulário semiestruturado, aplicado ao final de cada minicurso e ao final do evento. Para avaliar os minicursos, o questionamento foi direcionado às expectativas, investigando-se seu atendimento de forma plena, em parte, ou se não foram atendidas. Além disso, se solicitava ao informante que citasse pelo menos um ponto forte e um fraco do minicurso que acabara de participar. Para avaliar o evento como um todo, o formulário continha questões que enfocavam o atendimento das expectativas em relação à qualidade das palestras, temas abordados, duração do evento, adequação da distribuição do tempo, organização geral, atuação da comissão organizadora, qualidade do coquetel. Solicitou-se ainda, sugestão de temas para palestras e minicursos a serem incluídos na programação do evento no próximo ano.

Os dados foram analisados qualitativa e quantitativamente.Do ponto de vista quantitativo adotou-se a frequência absoluta e relativa. Do ponto vista qualitativo adotou-se a técnica do Discurso Sujeito Coletivo DSC proposta por Lefèvre e Lefèvre (2005). Essa consiste na organização e tabulação de dados de natureza verbal, das quais se extrai as ideias centrais e suas correspondentes expressões-chave. Com essa técnica, os depoimentos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora, pois o que se busca fazer é reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessários para expressar um pensamento ou uma representação de um fenômeno. Com a técnica do DSC, o imaginário adquire a forma de um painel de discursos. Esse reflete o pensamento, numa dada coletividade, sobre um determinado assunto.

RESULTADOS

Os principais resultados, quantitativos, evidenciam que as expectativas em relação aos minicursos foram atendidas plenamente em 80 avaliações, parcialmente em 5 avaliações e em nenhuma avaliação constou que as expectativas não foram atendidas, somando um total de 85 avaliações.

Da análise qualitativa, apresentada sob forma de DSC apreendeu-se que:

"o minicurso ***Cuidado de Enfermagem ao paciente queimado*** *que foi interessante, pois é um assunto que não se vê durante o curso. Gostei da competência das palestrantes para desenvolverem o tema, esclarecendo as dúvidas e mostrando as técnicas de curativos, medicamentos que podem ser utilizados em pacientes queimados, além de ter sido disponibilizada a oportunidade de eu conhecer a unidade de queimados. Achei muito válido como foi destacada a importância da enfermeira no cuidado do ao paciente queimado*".

Entre os pontos fracos o DSC evidenciou que "*a principio não tinha visto nenhum ponto fraco, mas parando para pensar melhor, observei que o tempo deveria ter sido melhor organizado, pois faltou tempo para ser realizada a demonstração ao vivo de curativos e os cuidados de enfermagem foram pouco trabalhados*".

No minicurso **Atuação do enfermeiro em diferentes cenários o DSC** enfoca:

"*admirei muito a paixão dos palestrantes pela enfermagem, eles foram muito bons, pois conseguiram fazer apresentações rápidas e objetivas, porém registrou um conhecimento aprofundado e claro da atuação da enfermagem, seja na área da saúde da família, da docência, da residência ou da saúde do trabalho. Consegui ter múltiplas visões do profissional de enfermagem, dos seus sucessos e desafios. A palestra foi muito bem organizada formando um grupo interessante*".

Entre os pontos fracos as informantes referem:

"*seria interessante se mais áreas de atuação fossem exploradas. Considero que o tempo não foi bem distribuído entre todos participantes, além de ter ficado um pouco cansativa devido à falta de interação com nós ouvintes".*

O minicurso do ***exame físico:***

"foi importante, pois preencheu as lacunas existentes na graduação, esclarecendo muitas de minhas duvidas como a diferenciação de sons na ausculta, por meio do domínio e da didática das palestrantes que passaram informações claras e completas. Adorei a participação ativa dos acadêmicos, as demonstrações práticas e a utilização de vídeos. Em minha opinião, como ponto fraco saliento o pouco tempo de duração, sem contar as interrupções externas, em consequência das quais, nem todos os participantes conseguiram executar a prática. Acho que os materiais acerca da temática poderiam ter sido disponibilizados".

No minicurso sobre ***Atendimento Pré-hospitalar:***

"o conhecimento e a paciência da ministrante foram de grande valor para o esclarecimento de dúvidas, muito interessante o modo como foi exposto, as técnicas corretas de transporte do paciente, além de um bloco teórico consistente. A

participação do grupo foi ótima para a relação teórico-prática. Como ponto fraco, aponto que a prática foi pouco explorada, como o ABC do trauma e massagem cardíaca, acredito que foi pelo tempo restrito. Outro aspecto que foi um pouco falho foi em relação à falta de equipamentos e recursos necessários para que a prática se aproximasse da realidade".

Da avaliação do e**vento como um todo apreendeu-se:**

"*a qualidade das palestras atendeu minhas expectativas, pois os palestrantes trouxeram informações importantes expondo-as com qualidade. Todas as palestras foram muito bem organizadas, enriquecedoras e esclarecedoras, com assuntos necessários para o nosso cotidiano. Os temas abordados atenderam minhas expectativas pois eram bastante atuais, com bons assuntos, temas bem desenvolvidos e esclarecidos, bastante diferenciados e de grande relevância para a nossa formação. A duração do evento poderia ter sido maior, para que assim pudéssemos ter assistido a apresentação de trabalhos de todos os colegas e talvez ampliar os assuntos dos minicursos. No entanto, todas as atividades programadas foram executadas sendo bem interessante a divisão de dias por atividades. Não houve sobrecarga aos acadêmicos. A distribuição do tempo permitiu com que o cronograma fosse respeitado, além da divisão dos trabalhos por salas que ficou muito interessante, pois deu oportunidade para que ocorressem várias apresentações. A organização e a qualidade do coquetel foram satisfatórias, com variedades e boa qualidade, espaço adequado e acessível, o coquetel foi uma maneira de integração entre os acadêmicos e demais participantes. O evento foi bem organizado e divulgado, estando a comissão organizadora bastante envolvida e ativa, com ótimo desempenho. Como pontos negativos poderiam ter disponibilizado sucos e frutas para estimular uma alimentação mais saudável. Além disso, houve divulgação de horários errados e atrasos na iniciação de palestras e uma pequena falha no tempo do coffee-break*".

CONCLUSÃO

A avaliação é uma estratégia importante para que se possam conhecer os anseios da população. Foram de grande relevância os resultados obtidos no estudo realizado, visto que se pode analisar pontos fracos e fortes do evento, buscando o aprimoramento na programação da próxima semana riograndina, avaliando e abordando as expectativas do público alvo em relação aos minicursos, temas abordados e organização do evento para assim poder compensar as expectativas da população alvo.

REFERÊNCIAS

1. Rizzotto MLF. Resgate histórico das primeiras Semanas de Enfermagem no Brasil e a conjuntura nacional. Ver BrasEnferm .[periódico online]. 2006[capturado em 17 de abr. 2013]; 59: 423-7. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reben/v59nspe/v59nspea07.pdf

2. Decreto n 48.202, de 12.05.60, disponível em <http://novo.portalcofen.gov.br/decreto-n-48202-de-120560_4171.html>\

3. Da Fonseca AD, Gomes VLdeO, Vaguetti HH, Magalhães M. ABEn: 85 anos de compromisso social, participação e luta/73. Semana Brasileira de Enfermagem:15 a 17 de maio de 2012- Rio Grande: Furg, 2012. Disponível em: <http://www.eenf.furg.br/images/stories/Ebook/85anos.pdf>

4. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. sScielo Books [online]. 1997 [capturado em 18 abr. 2013]; 132. Disponível em <http://books.scielo.org/id/3zcft/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>

5. Hartz ZM de A. Novos desafios para a Avaliação em Saúde: lições preliminares dos Programas de Promoção. Rev. bras. saúde matern. Infant [periódico online]. 2002 [capturado em 18 abr. 2013]; 2 (1): 5-6. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000100001>

6. Comin FS, Oliveira ABM, Casarini KA, Jacquemin RC, Santos MA. Avaliação de programas de intervenção com adolescentes: limites, avanços e perspectivas. Rev. bras. crescimento desenvolv [Periodicoonline]. 2011 [capturado em 18 abr. 2013]; 21(3):883-893. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=647172&indexSearch=ID>

7. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa(Desdobramentos). 2ª Edição. Caxias do Sul, RS: Educs; 2005.

A IMPORTÂNCIA DA INICIAÇÃO CIENTÍFICA NA FORMAÇÃO DE FUTUROS ENFERMEIROS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Kendra Natasha Sousa Castanha dos Santos[27]; Diéssica Roggia Piexak[28]; Laurelize Pereira Rocha[29];Camila Almeida Gonçalves[30]; Anelise Miritz Borges[31];Marta Regina Cezar-Vaz[32]

INTRODUÇÃO: A pesquisa em enfermagem contribui para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de conhecimentos técnico-científicos. Para que ocorra a evolução do conhecimento científico é necessário o incentivo e a formação de novos pesquisadores engajados a qualificar as pesquisas em enfermagem(1). Diante disso, dispomos de modalidades dentro dos Programas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científicos e Tecnológico-CNPq como o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Cientifica (PIBIC), que visa amparar a Iniciação Científica dentro das Instituições de Ensino(2). Com o apoio dessas bolsas, os estudantes aproximam-se da pesquisa, por meio do aprendizado teórico e prático de temáticas específicas da área, tipos de pesquisa científicas, métodos e técnicas de pesquisa e consequentemente desenvolvem e aprimoram a criatividade e o pensamento crítico e reflexivo(3). São orientados por pesquisadores experientes, vivenciam o trabalho conjunto, integrado com a pós-graduação e participam do desenvolvimento de estudos relacionados às linhas de pesquisa do grupo, o que contribui para a consolidação da sua formação profissional. Tal afirmativa corrobora que a iniciação científica, vem permitindo maiores possibilidades no mercado de trabalho aos profissionais que participaram durante a graduação, de grupos e projetos de pesquisa(4). Além disso, a iniciação científica mostra-se como uma trajetória importante para o profissional que deseja dar continuidade aos estudos, pois o tempo de ingresso na pós-graduação para integrantes de grupos de pesquisa, devido ao incentivo e ao aprendizado desde a graduação, é potencializado(1). Na especificidade de um grupo de pesquisa que estuda a saúde do

[27]Acadêmica do 6° semestre do Curso de Graduação em Enfermagem – Escola de Enfermagem (EEnf) – Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Bolsista de Iniciação Cientifica no programa Institucional de bolsas de iniciação cientifica-PIBIC-CNPq, Membro do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA). E-mail: kendra_castanha@yahoo.com.br
[28]Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da FURG. Bolsista CAPES/REUNI. Integrante do LAMSA.
[29]Mestre em Enfermagem. Doutoranda do PPGEnf/FURG. Integrante do LAMSA.
[30]Acadêmica do 6° semestre do Curso de Graduação em Enfermagem – Escola de Enfermagem (EEnf) – Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Bolsista de Iniciação ao Extensionismo do CNPq, Membro do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA).
[31]Mestre em Enfermagem. Doutoranda do PPGEnf/FURG. Integrante do LAMSA.
[32]Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora associada III da EEnf/FURG. Coordenadora do LAMSA. E-mail: cezarvaz@vetorial.net

trabalhador, visualiza-se o aprofundamento da pesquisa científica na Enfermagem do Trabalho. Dentre os objetos de pesquisa desse grupo, destaca-se a relação da saúde com o trabalho, os principais acidentes de trabalho, percepção do risco e comunicação do risco, bem como, intervenções promotoras da saúde do trabalhador. Nessa perspectiva, este estudo **objetiva** relatar a experiência de uma estudante de enfermagem, bolsista de Iniciação Científica e integrante de um grupo de pesquisa, cujo foco incide na saúde do trabalhador. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência de uma bolsista de IC de enfermagem do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), integrante do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA) que dispõe do Laboratório Socioambiental de Saúde do Trabalhador (LASTRA) enquanto local para estudo e desenvolvimento de projetos em saúde. Estes são constituídos por graduandos e pós-graduandos em Enfermagem, vinculado a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Rio Grande/ Rio Grande do Sul, Brasil. **RESULTADOS:** O convite para assumir uma bolsa de iniciação científica e inserção no grupo de pesquisa LAMSA foi oportunizado na quarta série da Graduação em Enfermagem, após a realização da disciplina de Assistência de Enfermagem em Saúde do Trabalhador, a qual é oferecida na terceira série do curso. Nesse primeiro momento especificamente pude ter um maior contato com a saúde do trabalhador, visualizar as distintas atuações da enfermagem, os potenciais riscos no ambiente de trabalho e os possíveis e indesejáveis acidentes de trabalho. Bem como, apreender sobre a promoção e prevenção da saúde do trabalhador, a fim de promover sua saúde visando consequentemente maior produtividade à empresa. A Saúde do Trabalhador é uma das áreas de grande importância dentre as demais na grade curricular do curso de Enfermagem. A partir da vivência como bolsista IC foi possível obter conhecimentos a cerca da pesquisa, em suas diversas fases, aprofundamento teórico, que possibilita aumentar e diversificar o conhecimento, como também o raciocínio crítico e reflexivo, reconhecimento de diferentes ambientes de trabalho, realização de coleta de dados, transcrição de entrevistas, pesquisa de materiais em bases de dados, organização de banco de dados e elaboração de material educativo em saúde para a realização de intervenções. Concomitante às atividades já relatadas foi elaborada uma pesquisa do tipo revisão sistemática, que foi de grande aprendizado, pois através desta, pode-se visualizar o produto final de uma primeira pesquisa apresentado em eventos nacionais e internacionais de Enfermagem. Deste modo, as pesquisas elaboradas durante o período de graduação são visualizadas como chance essencial para empregar na prática, o

conhecimento sobre a teoria. Possibilita o aperfeiçoamento da escrita, composição de ideias e o incentivo do senso crítico[5]. Uma das contribuições obtidas pelos estudantes quando se inserem na iniciação científica é o abandono do medo, da fobia do novo[6]. Dentro das grandes experiências no grupo, destaca-se a vivência com trabalhadores de diferentes áreas de atuação e suas distintas percepções em relação a um mesmo trabalho. Em relação ao convívio com bolsistas de iniciação científica, mestrandos e doutorandos, o relacionamento é de extremo respeito e cooperação, onde é realizado um trabalho em conjunto que todos pensam e opinam de forma enriquecedora a cerca do crescimento individual e coletivo. **CONCLUSÃO:** Ser bolsista IC é uma grande responsabilidade, porém há uma enorme gratificação, pois todo o conhecimento adquirido é para o crescimento acadêmico, profissional e intelectual. Participar de um grupo de pesquisa viabilizou uma formação diferenciada, não somente na relação positiva obtida nas avaliações acadêmicas, mas também na atuação coletiva, cujo espírito de equipe e o ato de falar em público permitiram compreender a importância de trabalhar coletivamente. Além de contribuir na compreensão dos conteúdos sobre a saúde do trabalhador discutidos dentro e fora da sala de aula. Enfim, as experiências vivenciadas e o amadurecimento que o grupo de pesquisa proporcionou à bolsista, serão considerados, certamente, ao longo da carreira acadêmica. **CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM:** A iniciação cientifica estimula a inserção dos estudantes de graduação em grupos de pesquisa, incentivando-os a conhecer e realizar pesquisas, que capacitam e qualificam esses futuros enfermeiros, bem como oportuniza adquirir conhecimentos a cerca desta área específica, viabilizando assim a intervenção e a contribuição para a saúde de trabalhadores.

Descritores: Enfermagem do Trabalho, Programas de Graduação em Enfermagem, escolas de Enfermagem.

REFERÊNCIAS:

1. Erdmann AL, Leite JL, Nascimento KC, Lanzoni GMM. Vislumbrando o significado da iniciação cientifica a partir do graduando de enfermagem. Esc Anna Nery RevEnferm 2010; 14(1):26-32.

2. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq. [acessado em: 18 abril 2013]; Disponível em: www.cnpq.br.

3. Secretaria de Políticas de Promoção da Desigualdade Racial- SEPPIR. . [acessado em: 16 abril 2013]; Disponível em: http://www.seppir.gov.br/acoes/pibic.

4. Marziale MHP, Hong OS, Morris JA, Rocha FLR. Atribuições e funções dos enfermeiros do trabalho no Brasil e nos Estados Unidos. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar-abr 2010;18(2):[09 telas].

5. Lehfeld, N. A iniciação científica e a formação do pesquisado. In: Lehfeld, N. Metodologia e conhecimento científico: horizontes virtuais. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.

6. Moraes FF, Fava M. A iniciação cientifica muitas vantagens e poucos riscos. São Paulo me Perspectiva 2000 14(1).

BARREIRAS NA APLICABILIDADE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS

Bruna Ruoso da Silva[1]; Edison Luiz Devos Barlem[2] ; Valéria Lunardi[3]; Jamila Geri Tomaschewski Barlem[4]; Liliana Pinho Lopes[5]; Kerolayne Machado de Mattos[6].

Introdução: A pesquisa na área de conhecimento da Enfermagem vem evoluindo ao longo dos anos, tanto no que se refere à profundidade das publicações, como no crescente número de programas de Pós-Graduação e de formação de mestres e doutores. No entanto, este panorama enfrenta desafios, como a qualidade das publicações e o baixo índice de impacto dos periódicos para se consolidar e permitir que de maneira concreta, a pesquisa em enfermagem possa contribuir diretamente no cuidado, proporcionando que além da perspectiva teórica, o impacto da produção científica ocorra em ações cuidativas desenvolvidas pelos profissionais enfermeiros[1]. Deste modo a produção científica é parte fundamental dos currículos acadêmicos de enfermagem desde a graduação, se estendendo ao mestrado e doutorado, quando se torna mais aprofundada. Porém, questiona-se se esta prática é relacionada com a busca do progresso da enfermagem e seu corpo de conhecimentos ou se, atualmente, tem sua finalidade única na conclusão de etapas acadêmicas e obtenção de títulos. Assim, é preciso questionar se a pesquisa em enfermagem está realmente contribuindo para o avanço e qualificação do cuidado de enfermagem, investigando, especialmente, se os profissionais ligados a assistência consomem e aplicam os conhecimentos publicados em periódicos científicos, situação que justifica a realização desta pesquisa. **Objetivo:** Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre as barreiras na aplicabilidade da pesquisa no cuidado de enfermagem. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. A pesquisa foi realizada em um Hospital Universitário do extremo Sul do Brasil, o qual se configura como um hospital de ensino, contando com 17 unidades de internação e atendimento e 238 profissionais de enfermagem concursados, assistindo uma diversidade de pacientes. Foram realizadas entrevistas semiestrututadas, transcritas posteriormente para realização da análise. O processo de análise dos dados foi realizado mediante análise textual discursiva. O trabalho foi encaminhado anteriormente para apreciação do comitê de ética local sob o numero 73/2012l. **Resultados:** Foram encontradas resultados como: Barreiras na aplicabilidade da Pesquisa que foram declaradas pelos profissionais entrevistados onde foi destacada a falta de retorno das pesquisas produzidas localmente com o intuito de melhorar a qualidade do cuidado.

Ainda, os enfermeiros reconhecem como dificuldade de aplicação da produção cientifica na prática do cuidado a subjetividade de algumas pesquisas, a falta de apoio institucional, a desvalorização dos trabalhos desenvolvidos na instituição, o acesso restrito aos periódicos especializados na área de enfermagem e a percepção de distância entre a teoria e a prática na visão dos entrevistados. Com relação a subjetividade da produção científica os enfermeiros relatam: *Eu acho que não precisa ser aquela coisa fantasiosa, tem que ser uma coisa dinâmica e prática. É claro que se vais fazer um artigo, este tem que ser bem elaborado, mas na prática tem certas coisas que não ocorrem assim (E10). Muitos produzem alguns artigos que muitas vezes são extremamente empíricos ou teóricos demais e acabam não sendo aplicáveis [...] boa parte das produções são relevantes, é necessário ter adequações. (E13).* Observa-se que o sentimento de frustração é uma constante nos depoimentos colhidos durante a pesquisa. Os entrevistados sentem-se a margem das produções realizadas no seu ambiente de trabalho, muitas vezes participando das coletas de dados, acolhendo os pesquisadores em seu cotidiano, a fim de auxiliar a construção dos saberes que modificam a realidade do cuidado, porém afirmam que não têm retorno dos resultados da pesquisa, que o conhecimento fica restrito ao universo acadêmico. *Eu acho que a maior dificuldade é a gente não ter o retorno dos resultados das pesquisas (E4).Todas as pessoas que eu conheço que saíram pra fazer algum curso, mestrado, ou coisa assim, nunca trouxeram nada que se aproveitasse na prática (E14).Não nos retorna os resultados obtidos, tem muitos dos meus funcionários que não participam mais em função disso, a gente é objeto de observação, objeto de estudo e eles não falam pra nós o que aconteceu com os dados que foram colhidos (E13).* A instituição oferece o serviço de educação permanente, mas a expectativa dos entrevistados com relação aos cursos e capacitações oferecidos vai além da realidade do serviço. Esta situação é vista como uma desvalorização dos funcionários, que por sua vez participam dos cursos visando principalmente a melhoria salarial. *Eu acho que a instituição deveria valorizar mais as pesquisas que a gente busca fazer, incentivar, valorizar, proporcionar condições para que a gente possa fazer pesquisa. (E2).Não somos motivados a ir até o conhecimento desses resultados,[...] talvez alguém faça porque tem algum interesse em algum certificado (E10).Muitos querem receber mesmo é o certificado, infelizmente, ou porque vão ganhar uma melhoria salarial (E12).* **Considerações finais:** O reconhecimento da importância da pesquisa no campo da enfermagem, por parte dos profissionais atuantes na assistência direta aos pacientes, demonstra que há uma disposição para incorporação dos resultados das produções científicas na prática profissional, porém há necessidade

de estratégias de aproximação do universo acadêmico ao assistencial. Quanto às barreiras para aplicação das pesquisas, fica evidenciado que a aplicabilidade dos resultados das pesquisas enfrenta grandes desafios para se concretizar. A distância entre a teoria e a prática causa um desconforto por parte dos profissionais ligados ao cuidado no que diz respeito às tentativas de aplicação do conhecimento para uma melhoria na pratica profissional. Um estudo sobre os desafios à pesquisa no Brasil salienta que é necessário vencer essa distância inserindo o pesquisador no cenário da prática, e que as pesquisas tenham como objetivo a construção de tecnologias apropriadas à incorporação dos achados. Um estudo[2] sobre as implicações de artigos científicos para a prática de enfermagem, evidencia que essas frequentemente são escritas de forma prescritiva, sem considerar os múltiplos contextos em que a enfermagem está inserida, sugerindo abandonar o ideal e ancorar as implicações de enfermagem no concreto, indicando as competências profissionais, as instituições, os cenários e as condições necessárias para que os resultados das pesquisas sejam aplicáveis.Sendo assim, as implicações que os resultados das pesquisas apresentam na prática da enfermagem devem ser o foco das investigações científicas nessa área, especialmente, pela necessidade de provocar mudanças na realidade da prática da profissão e qualificar o cuidado prestado.

Referências:

1- Mercado-Martinez, FJ. Pesquisa Qualitativa em Saúde. Desafios Atuais e Futuros. Texto&Contexto Enferm. 2011; 20(4):645-6.

2- Becker PT. Thoughts on the End of the Article: The Implications for Nursing Practice. Research in Nursing & Health. 2009; 32: 241–2.

SAÚDE DA CRIANÇA

CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS

Paula Katiúscia Vergutz Diel[33]; Giovana Calcagno Gomes[34]; Joana Curcio da Cunha[35]; Daiani Modernel Xavier[36]; Tanise Maria Coutinho Leal[37], Nathalia Zinn de Souza[38]

INTRODUÇÃO*:* Procurou-se caracterizar a clientela vítima de queimadura internada em umaenfermaria de um hospital no extremo sul do país. Apenas sabemos através mídia quando ocorrem grandes incêndios. Há uma carência, no nosso país, de dados estatísticos acerca dos pacientes queimados.(1) A queimadura se caracteriza por ser uma lesão de um tecido produzida pelo efeito do calor, decorrente de substâncias químicas ou da eletricidade, que pode ser resultado da ação direta ou indireta do calor sobre o organismo humano.(3)De acordo com a quantidade de tecido atingido e a profundidade da lesão, a queimadura pode ser de: (a) primeiro grau, quando a pele atingida fica hiperemiada, dolorosa, inchada, e não ocorre formação de bolhas; (b) segundo grau, quando causam lesão profunda, formando bolhas na pele, com base vermelha ou branca, contendo um líquido claro e espesso, dolorosas ao tato e (c) terceiro grau, quando produzem lesão mais profunda, na qual a área queimada perde a sensibilidade ao tato, ocasionalmente formam-se bolhas, e, normalmente, são indolores porque as terminações nervosas da pele são destruídas.Queimaduras são, geralmente, causadas por acidentes. Elas ocasionam a necessidade de cuidados especiais por parte do profissional a quem compete prestar assistência de qualidade, para proceder a uma recuperação satisfatória e com o mínimo de seqüelas.(3)A reparação das lesões de espessura parcial acontece pela regeneração da superfície da ferida por meio de novas células da epiderme.

[33] EnfermeiraPaulaDiel Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA/ FURG.
[34]. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação e da Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Líder do GEPESCA/FURG. Orientadora do estudo.
[35] EnfermeiraGraduada-FURG e Especialização em Enfermagem do Trabalho-UNINTER,discente da Especialização da Saúde Coletiva, com ênfase em Estratégia da Família (UNA/SUS-UFPEL). Aluna especial do Mestrado em Enfermagem/FURG.Discente da Licenciatura Para Educação Profissional E Tecnológica –IFRS. Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão da Criança e Adolescente (GEPESCA/FURG).
[36] Enfermeira.Daini Modernel,Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA/ FURG.
[37]Enfermeira Tanise LealMembro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA/ FURG.
[38]Acadêmica da 9ª série da Escola de Enfermagem-FURG. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA/ FURG.

Queimaduras de segundo grau superficiais cicatrizam entre 7 e 14 dias. As lesões que não cicatrizam em até 14 dias estão sujeitas a deformidades permanentes. Por isso, a melhor conduta é o rápido e completo fechamento da ferida. Porém, um tempo de até 21 dias pode ocorrer para lesões de segundo grau, quando são classificadas como profundas. (4). O processo de cicatrização é constituído pelas fases inflamatória, proliferativa e remodelamento da cicatriz. A velocidade e otimização destas fases são determinadas pelos fatores intrínsecos e/ou extrínsecos dos indivíduos. Nas lesões de espessura parcial, ao se iniciar o processo inflamatório, imediatamente após a ocorrência do trauma, as células epidérmicas das margens da ferida e as provenientes dos anexos da pele (folículos pilosos, glândulas sebáceas e glândulas sudoríparas) migram em direção à área da lesão contribuindo na formação do tecido que formará a nova superfície. Cerca de 90% dos acidentes por queimaduras poderiam ser evitados por meio de ações de educação em saúde e de políticas públicas específicas. Percebe-se na literatura que a maioria dos acidentes envolvendo crianças ocorre durante as brincadeiras nos domicílios e na presença de adultos.(6) Devem-se alertar as pessoas em vulnerabilidade para o desenvolvimento de queimaduras no domicílio por meio de ações educativas e de prevenção. Estas ações devem ser de responsabilidade dos profissionais e instituições de saúde, bem como da sociedade de forma geral. (5) O enfermeiro possui um papel fundamental no que se refere ao cuidado no tratamento de pacientes portadores de feridas. Estar em maior contato com o paciente possibilita o acompanhamento da evolução da lesão, a orientação e execução do curativo, assim como o encaminhamento do paciente para avaliação clínica, determinação da etiologia da ferida e avaliação de possíveis intercorrências. É requerido um atendimento especializado, com uma equipe multidisciplinar capacitada para o desenvolvimento de ações que promovam a qualidade de saúde e de vida desses indivíduos.(3).É preciso sensibilidade da equipe de enfermagem para desenvolver os procedimentos com está criança e familiar pois toda esta situação gera um estresse grande para todos membros da família. O trabalho cotidiano da equipe de saúde com crianças e adolescentes exige muito mais do que competência técnica, indo além do uso da razão. É preciso sensibilidade para desenvolvê-lo, pois até o carinho e o abraço são limitados pelo tipo de lesão causada pela queimadura. Nesse cotidiano, os sentimentos de sofrimento e de satisfação dos trabalhadores podem aflorar: o sofrimento com a dor e as deformidades das crianças queimadas, e a satisfação em proporcionar o alívio dessa dor e a possibilidade da reconstrução da sua imagem. (6)A atuação da enfermagem em seu exercício frente à assistência à criança e ao adolescentes vítimas de queimaduras

consiste em atenuar sua dor e sofrimento. Há a necessidade do profissional compreender o paciente que sofre com dor como um ser integral com características específicas. Ressalta-se ainda a importância de se desenvolverem técnicas de enfrentamento que foquem o profissional e, consequentemente, auxiliem na participação da equipe no tratamento da criança e do adolescente quanto ao seu tratamento.A família deve ser inserida no processo de cuidado da criança e do adolescente vítimas de queimaduras, pois seu tratamento pode ser demorado, envolvendo além da equipe multidisciplinar toda a rede de apoio social dos mesmos. (¨6)Esta é responsável por dar continuidade ao cuidado oferecido à criança ou ao adolescente vítimas de queimaduras após sua alta precisando, para isso, ser instrumentalizada pelos profissionais da equipe de saúde.(4) **OBJETIVO*:*** Apresentar uma reflexão acerca do enfrentamento da queimadura por crianças e as implicações deste trauma para seu corpo. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma reflexão teórica na qual se discutiu acerca das conseqüências da queimadura para crianças e o corpo significado pela queimadura. Estas foram discutidas a partir de autores estudiosos da temática. **CONCLUSÃO*:*** Depreende-se a partir disto que a questão do corpo esta diretamente ligada à imagem que nós e os outros indivíduos temos de nós. É através do corpo que expressamos à individualidade, a subjetividade e a singularidade. Assim, para uma criança/adolescente que ainda estão em construção de sua identidade a lesão causada por uma queimadura pode adquirir diversos significados. Estes terão que conviver com as alterações corporais necessitando de auxílio para conviver com a nova imagem corporal de forma que o trauma sofrido não se torne mais relevante que a sua importância como um ser humano. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM*:*** A enfermagem precisa refletir sobre suas condutas para poder impelir mudanças na sua realidade assistencial. È necessário abordar ainda na formação e no início da prática profissional as questões que envolvem a exposição física do paciente. Mostra-se relevante a reflexão da equipe de enfermagem sobre o imperativo moral do cuidado quanto à privacidade e dignidade do paciente no hospital, visto que a rotina do trabalho pode inibir a percepção de alguns profissionais quanto às formas de garanti-la. O conhecimento das reações dos pacientes manifestadas durante sua exposição física poderá subsidiar as atitudes destes profissionais, visando minimizá-las.

Descritores: Enfermagem, Criança, Adolescente.

REFERÊNCIAS:

1. Bolgiani NA, Serra MCVF. Atualização no tratamento local das queimaduras. Rev Bras Queimaduras. 2010;9(2):38-44.

2. Gimenes GA, Alferes FCBA, Dorsa PP, Barros ACP, Gonella HA. Estudo epidemiológico de pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. Rev Bras Queimaduras. 2009; 8(1): 14-7.

3. Narikawa R, Michelski DA, Hiraki PY, Ueda T, Nakamoto HA, Jr PT, et al. Análise epidemiológica da mão queimada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rev Bras Queimaduras. 2011;10(3):89-92.

4. Oliveira FPS, Ferreira EAP, Carmona SS. Crianças e adolescentes vítimas de queimaduras: caracterização de situações de risco ao desenvolvimento.Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. 2009; 19(1): 19-34.

5. Lima Júnior EM, et al. Tratado de queimaduras no paciente agudo. São Paulo: Editora Atheneu, 2008, p. 423-430.

6. Morais GFC, Oliveira SHS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 98-105.

A EXPERIÊNCIA NA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV

EXPERIENCE IN IMPLEMENTATION OF CARE SYSTEMATIZATION AND PROCESS IN NURSING CARE OF CHILDREN EXPOSED TO HIV

Fabiani Weiss Pereira[39]; Adriana Dora da Fonseca[40]

RESUMO: Objetiva-se relatar a experiência de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e do Processo de Enfermagem (PE), para acompanhamento de crianças expostas ao HIV/aids e de suas famílias, usuárias de um Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids (SAE-DST/aids), bem como, relatar a experiência de construção e adaptação de um instrumento de coleta de dados, além de identificar os diagnósticos de enfermagem. Realizou-se análise de prontuários, busca ativa e consulta de enfermagem com familiar ou responsável pela criança exposta, após foi construído um instrumento, denominado carteira de acompanhamento, baseado nas etapas do PE associado à teoria de Orem. Houve uma melhora significativa na adesão aos exames, o número de crianças cadastradas diminuiu, o PE começou a ser utilizado e documentado, melhorando as informações contidas nos prontuários, além disso, o trabalho passou a ser interdisciplinar com a interação dos profissionais, que aderiram à sistematização do cuidado.
Descritores: Enfermagem. Saúde da criança. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

ABSTRACT: The objective is to report the experience of implementing the Nursing Care System (NCS) and the Nursing Process for monitoring of children exposed to HIV / SIDA and their families, attending a Specialized Assistance Service on HIV / SIDA, as well as report the experience of construction and adaptation of an instrument to collect data and identify the nursing diagnoses. Analysis was performed of medical records, active search and consultation with family or nursing supervisor is exposed after it was built a tool, called portfolio monitoring, based on the steps of EP associated with theory of Orem. There was a significant improvement in adherence to exams, the number of children enrolled decreased, the EP began to be used and documented, improving the information contained in the records further interdisciplinary work was strengthened by the interaction of professionals, who joined the systematization care.
Descriptors: Nursing. Child hearth. Acquired Immunodeficiency Syndrome.

INTRODUÇÃO

Durante a infância a criança necessita de apoio para desenvolver suas habilidades e inserir-se no mundo com segurança. Nesse contexto destaca-se a importância da família, bem como da sociedade para assegurar seus direitos à vida, à

[39] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS – FURG. Integrante do Grupo de Estudos e pesquisas sobre Enfermagem, Gênero e Sociedade (GEPEGS). enffabiweiss@hotmail.com
[40] Enfermeira. Professora Associada da Universidade Federal do Rio Grande/RS – FURG. Líder do Grupo de Estudos e pesquisas sobre Enfermagem, Gênero e Sociedade (GEPEGS). adriana@vetorial.net

saúde, à alimentação, à educação, ao lazer e a liberdade, garantindo a qualidade de vida da criança nos diferentes contextos e situações de saúde-doença[1].

O desenvolvimento infantil classifica o crescimento e o comportamento em estágios conforme a idade da criança ou descrevem as características da criança nas diferentes faixas etárias[2]. Assim a criança necessita passar por transformações físicas, emocionais, relacionais e cognitivas. Esse processo de desenvolvimento também é conhecido pelas aquisições de habilidades, competências e diversidades nas formas de agir e comportar-se[3]. Todavia no decorrer do desenvolvimento infantil vários problemas de saúde podem interferir nesse processo, entre os quais, destaca-se o HIV/aids.

O HIV é considerado um problema de saúde pública que acomete indivíduos de diferentes faixas etárias[4]. No mundo, os dados são alarmantes, há 2,1 milhões de crianças que vivem com aids[4]. Além disso, todos os anos, quase 400 mil crianças contraem o HIV, e mais de 40 mil mulheres soropositivas morrem de complicações ligadas à gravidez e à aids[4].

Considerando esse cenário, uma nova campanha do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids, UNAIDS, objetiva que até 2015, todas as crianças do mundo nasçam sem o HIV. A iniciativa, chamada "Acredite. Faça Acontecer." tem ainda por objetivo manter saudáveis as mães soropositivas[5].

No Brasil, há diferenças regionais relativas à dinâmica da epidemia do HIV. O número de crianças portadoras do vírus HIV tem diminuído ao longo dos anos, mas as estatísticas ainda estão longe de serem ideais, estima-se que atualmente cerca de 12,5 mil recém-nascidos sejam expostos ao HIV anualmente[6].

No Rio Grande do Sul o número de crianças, menores de seis anos de idade, expostas ao HIV, ou seja, aquelas crianças filhas de mães infectadas pelo HIV ou que tenham sido amamentadas por uma mulher infectada pelo HIV[6], e, crianças com diagnóstico de aids, é maior em relação às demais faixas etárias e em relação aos demais Estados do país[6].

Segundo os dados epidemiológicos de 2011, o Rio Grande do Sul ocupa o 3º lugar nas taxas de incidência de aids em menores de cinco anos de idade, caracterizando-se como o estado com maior incidência de casos. Entre as capitais da região, observa-se a maior taxa em Porto Alegre/RS[6].

Considerando os dados epidemiológicos, torna-se importante que as equipes de saúde da rede de atenção à criança exposta ao HIV dos municípios que prestam atendimento sistematizado, desenvolvam estratégias para a atenção qualificada,

seguindo as diretrizes da humanização e as orientações do Consenso de recomendações de tratamento em crianças e adolescentes.

Considerando esse contexto outra estratégia a ser utilizada pela equipe de enfermagem dos serviços de atenção a criança é a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e do Processo de Enfermagem (PE) como suporte para garantia do atendimento qualificado as famílias responsáveis pelo cuidado às crianças expostas verticalmente ao vírus HIV. Essa metodologia mostra-se importante, para organizar e sistematizar a assistência com base em um referencial teórico que permeará a coleta de dados realizada pela enfermagem e compartilhada com os demais membros da equipe de saúde e famílias usuárias dos serviços.

O(A) profissional enfermeiro(a) tem responsabilidade legal de seguir a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem[7].

O PE permite a utilização de referenciais teóricos que podem ser adaptados a diferentes situações de vida, necessidade das famílias e cenários de práticas. Nesse contexto, de atenção à criança exposta ao HIV/aids, a teoria do autocuidado de Dorothea Orem pode direcionar as ações do(a) enfermeiro(a) e responder as necessidades dos(as) usuários(as) desses serviços de saúde[8], já que a observação das situações referentes ao autocuidado e a identificação dos diagnósticos de enfermagem são de suma importância para a determinação das necessidades de saúde dos usuários, em especial das famílias cuidadoras e responsáveis pelo acompanhamento de saúde de crianças expostas ao HIV/aids.

Desta forma o serviço de atenção a crianças expostas ao HVI/aids e suas famílias, deve organizar-se de forma sistematizada para atender as demandas dos usuários (crianças e famílias). Assim, acredita-se que compartilhar a experiência de implementar a SAE e as etapas do PE poderá contribuir para o acompanhamento de saúde de todas as crianças expostas ao HIV/aids.

OBJETIVO GERAL

Relatar a experiência de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e do Processo de Enfermagem (PE), para acompanhamento de

crianças expostas ao HIV/aids e de suas famílias, usuárias de um Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids (SAE-DST/aids).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a experiência de Construção e adaptação de um instrumento de coleta de dados para acompanhamento de crianças expostas ao HIV/aids.

Identificar os diagnósticos de enfermagem.

REFERENCIAL TEÓRICO

Adotou-se o referencial teórico proposto por Dorothea Orem[9]. Esta teoria de enfermagem esta constituída pela inter-relação de três bases teóricas, sendo estas: autocuidado, déficit de autocuidado e sistemas de autocuidado. Neste relato optou-se por utilizar a teoria do Déficit do autocuidado[9].

O Déficit do autocuidado é o núcleo central da teoria que, determina o quanto a enfermagem é necessária: sempre que um adulto ou pai/responsável (no caso de um dependente) é inábil ou se encontra limitado para o suprimento de autocuidado eficaz continuado9.

O conceito de autocuidado refere-se a prática de atividades pelo próprio usuário em seu benefício próprio para manutenção da vida e do bem estar. A atividade de autocuidado é uma habilidade para engajar-se em autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado refere-se a totalidade de ações de autocuidado[9], sendo importante que as famílias cuidadoras de crianças expostas ao HIV realizem essas ações para com essas crianças.

Os requisitos de autocuidado são denominados de universais e associados a processos de vida, requisitos de desenvolvimento e especialidade dos requisitos universais, um exemplo é a adaptação a mudanças físicas e os requisitos de desvio da saúde, exigidos em condições de doenças ou para corrigir uma condição. Orem refere cinco métodos para promover o autocuidado, os quais são: agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar[9].

O processo de enfermagem de Orem "é um método de determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro

para satisfazer as exigências de autocuidado"[10:28]. O processo de enfermagem proposto por Orem[9] compreende três momentos.

No 1° Momento ocorre o contato inicial com o(a) paciente, havendo o encontro do(a)profissional enfermeiro(a) com o(a) paciente que necessita desenvolver o cuidado. Os dados coletados devem ser estabelecidos e adequados às necessidades do(a) paciente. É identificado o conhecimento, as habilidades e a orientação da pessoa, para assim poder elencar os diagnósticos e a prescrição de enfermagem[9].

Durante o 2°Momento deve-se criar um sistema que contemple as exigências terapêuticas e formas de auxilio ao (à) paciente. Para satisfazer as exigências de autocuidado da pessoa ou enfermeiro(a) o PE de Orem é um método de determinação das deficiências de autocuidado e definições de papéis[10]. Deve-se avaliar o potencial do(a) paciente para o desenvolvimento do autocuidado. Sendo que a manutenção do cuidado è mantida pela família ou responsável. Este momento é o do planejamento, em que se deve executar as seguintes etapas: reconhecer, organizar e documentar.

E por fim, no 3°Momento o(a)enfermeiro(a) e o(a) usuário(a), juntos, realizam a avaliação. Sendo que a evolução é um processo contínuo e é fundamental que o(a) enfermeiro(a) e o(a) usuário(a) avaliem quaisquer modificações nos dados que afetariam o déficit de autocuidado, o agente de autocuidado e o sistema de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a implementação da SAE e do PE realizada em um Serviço de Assistência Especializada (SAE-DST/aids), com foco no cuidado a crianças expostas ao HIV/aids e suas famílias.

O SAE-DST/aids, onde se realizou este trabalho, localiza-se em um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul. Neste serviço estão cadastradas 112 crianças consideradas expostas ao vírus HIV.

O número estimado de usuários adultos e adolescentes que utilizam o serviço corresponde a aproximadamente 1.150 pessoas; dentre estas 576 são do sexo masculino e 446 são do sexo feminino.

Neste SAE-DST/aids a equipe de saúde é composta por uma enfermeira; duas técnicas de enfermagem; uma médica ginecologista; um médico pneumologista; um cirurgião dentista; duas psicólogas; uma assistente social; uma farmacêutica bioquímica; uma bióloga, um contador; dois técnicos administrativos e uma auxiliar de serviços gerais.

Para sistematizar a assistência de enfermagem prestada às crianças expostas ao HIV e suas famílias realizou-se primeiramente coleta e análise de dados em prontuários. O período de coleta de dados foi de dezembro de 2010 a junho de 2011.

Após avaliação dos prontuários realizou-se a busca ativa no domicilio por meio de visitias domiciliarias em parceria com os membros da equipe multiprofissional (assistente social e agentes comunitários de saúde).

Posteriormente, realizaram-se consultas de enfermagem à criança exposta ao HIV e seu familiar/responsável. A consulta de enfermagem corresponde ao Processo de Enfermagem, desenvolvido em ambientes prestadores de serviços ambulatoriais de saúde e domicílios[8].

A partir da análise dos dados coletados identificou-se as necessidades, os problemas e as disfunções presentes nas crianças. Após foi construído pela enfermeira do serviço, um instrumento para coleta e registro de dados, denominado Carteira de Acompanhamento da Rotina de Exames Laboratoriais (Apêndice 1) adaptado do Roteiro para acompanhamento laboratorial de crianças expostas verticalmente ao HIV/aids[5]. A adaptação ocorreu para atender as especificidades do serviço.

Após a construção, foi realizado um teste no qual o instrumento foi aplicado na prática clínica, durante seis meses, no período de junho de 2011 a dezembro de 2011; sendo avaliada sua compreensão pelas famílias das crianças sobre o conteúdo dos itens deste material.

Posteriormente a avaliação do instrumento pelas famílias, esse foi aprimorado sendo inseridas ilustrações, visando auxiliar a compreensão dessas sobre os registros e aumentar a adesão das crianças ao acompanhamento ambulatorial.

A análise dos dados foi realizada com base na teoria do Déficit do Autocuidado, de Orem[9]. Utilizou-se a classificação de diagnósticos da NANDA-I para identificar as disfunções apresentadas pelos usuários do serviço[11].

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos prontuários identificou-se 112 crianças expostas ao vírus HIV, destas 48 com idade acima de 24 meses não haviam realizado nenhum dos exames laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde.

As famílias responsáveis pelo cuidado destas crianças eram formadas em sua maioria por pais biológicos, porém havia famílias nas quais os responsáveis eram os avós paternos e/ou maternos e pais/mães adotivos, uma vez que há casos de mortalidade

materna[13]. Durante a realização das consultas de enfermagem e de visitas domiciliarias os familiares/responsáveis referiram não comparecer com a criança ao SAE para realizar o acompanhamento por falta de informação, medo, preconceito, dúvidas sobre o cuidado com a criança e desconhecimento sobre importância do acompanhamento[14].

Considerando esses dados, evidencia-se que o(a)profissional de enfermagem precisa estabelecer vinculo, orientar e acompanhar a família como um todo, considerando-a como uma unidade que necessita de cuidados não só em momentos de crise, mas também para proporcionar e manter o grupo familiar saudável[13]. Os profissionais de enfermagemtambém precisam identificar as demandas da família, observando suas limitações na provisão do autocuidado da criança[14].

Durante o comparecimento das crianças no SAE-DST/aids, observou-se à presença, na maioria das vezes, apenas da mulher/mãe com a criança, o que pode ser explicado, segundo Neves e Cabral[14], devido ao significativo papel da mulher na sociedade, em que a tarefa de cuidar recai sob sua responsabilidade. Sabe-se que a mulher, no contexto da família, é considerada como a provedora de cuidados, isto foi construído socialmente ao longo de décadas.

Nesse sentido, torna-se fundamental o compromisso social de todos os profissionais que prestam atendimento as famílias e/ou responsáveis pelas crianças expostas ao HIV, com a pretensão de oferecer um atendimento integral, em busca do fortalecimento dos laços, e assim promover a humanização do cuidado de acordo com as especificidades das crianças.

Por meio da reorganização do serviço e do fortalecimento do vinculo com a equipe de saúde, as famílias começaram a freqüentar o serviço de forma sistemática e assim a criança passou a realizar os exames clínicos e laboratoriais, preconizados pelo ministério da saúde, compreendendo sua importância para acompanhamento da criança exposta ao vírus HIV e inicio da terapêutica antirretroviral, quando indicada6.

A maioria dos prontuários não apresentava informações completas para identificar os problemas, as necessidades e as disfunções, uma vez que não havia registro acerca da SAE e do PE.

Com a implementação da SAE e do PE houve melhora nas informações contidas nos prontuários. As etapas do PE começaram a ser desenvolvidas na consulta de enfermagem, e essas passaram a ser documentadas,com isso houve a melhora nos registros e na comunicação entre a equipe de profissionais. A equipe contribuiu e aderiu à realização do cuidado de forma sistematizada, tornando o trabalho interdisciplinar fortalecido.

O trabalho passou a ser interdisciplinar, com a parceria da psicóloga do serviço para atendimento as crianças e famílias foi possível ofertar apoio às necessidades relacionadas a sofrimentos emocionais; já o auxílio da assistente social e agentes comunitárias permitiu a implementação de estratégias para auxiliar em situações e problemas sociais, bem como para motivar a participação da família no processo de acompanhamento ambulatorial da criança, tais como a as visitas domiciliárias.

A partir das visitas domiciliárias aumentou o número de crianças que aderiram ao acompanhamento ambulatorial, posteriormente com a utilização do instrumento constatou-se maior adesão das crianças, já que das crianças maiores de 24 meses que não haviam realizado todos os exames, a maioria dela passou a realizar o acompanhamento ambulatorial.

Justifica-se que o motivo pelo qual, 5 crianças expostas maiores de 24 meses, não realizaram os exames laboratoriais após a implementação do acompanhamento sistematizado, essas perderam o vínculo com a instituição, identificou-se que 3, após realização de busca ativa, haviam mudado de endereço e estavam morando em outras cidades; e duas não foram encontradas.

Atualmente as crianças já cadastradas previamente e as novas que se vinculam ao serviço estão recebendo cuidados e orientações de enfermagem de forma sistematizada.

Em relação a elaboração da carteira de acompanhamento faz-se pertinente explicitar que, o Ministério da Saúde (MS) propôs um roteiro de exames laboratoriais para acompanhamento de crianças expostas, entretanto destacam nesse documento que poderão ser realizadas adaptações frente às especificidades de cada serviço[5].

Durante a coleta de dados alguns dos fatores evidenciados pelas famílias para a não adesão a rotina de exames laboratoriais, propostos pelo Ministério da Saúde5, eram a exposição da criança a procedimentos invasivos, dor, medo sofrimento da família pela situação vivenciada. Outro fator importante foi que a maioria das famílias não retornavam as crianças ao serviço, quando a primeira coleta de carga viral, CD4 e CD8 era realizada, entre a idade de um e dois meses, mesmo diante de explicações sobre o resultado e sua possibilidade de alteração.

Destaca-se ainda, outro aspecto importante que respaldou a adaptação da rotina, a maioria das famílias não retornava com a criança para o acompanhamento nas situações em que o exame laboratorial apresentava carga viral detectável, e necessitava ser repetido em seguida para confirmação ou exclusão de diagnóstico. E caso o resultado fosse indetectável, o exame também deveria ser repetido aos quatro meses de

vida. Assim a criança precisaria realizar exames nos dois períodos, independente do resultado.

Diante deste contexto, para promover a adesão ao tratamento, o serviço efetivou a adaptação das orientações preconizadas na rotina, as quais são: realizar coleta de exames de carga viral, CD4 e CD8 de um a dois meses e aos quatro meses; sorologia HIV ao nascer, um a dois meses e após entre doze e dezoito meses de idade5 e passou a realizar os exames da seguinte forma: coleta de exames de carga viral, CD4 e CD8 a partir dos quatro meses, segunda coleta entre seis e sete meses; e sorologia HIV a partir dos 18 meses de idade.

Durante as consultas de enfermagem a enfermeira avaliava o conhecimento e entendimento da família sobre a necessidade de acompanhamento e realização dos exames laboratoriais para crianças expostas ao HIV.

Portanto a rotina no serviço foi adaptada visando atender às necessidade das crianças e famílias. Reitera-se que nos casos de crianças filhas de puérperas que não realizaram pré-natal ou que apresentavam história de baixa adesão ao tratamento antirretroviral na gestação, o protocolo do MS não foi adaptado, já que a possibilidade de transmissão vertical do HIV é considerada de maior magnitude e por isso é preciso um acompanhamento de exames mais detalhado para obtenção do diagnóstico precoce5.

Portanto é importante que os serviços de saúde garantam acompanhamento de forma sistematizada para as crianças expostas ao HIV/aids e suas famílias. O crescente número de mulheres em idade reprodutiva infectadas com o HIV afeta diretamente as crianças, pois em conseqüência disso, há o elevado número de crianças expostas verticalmente ao vírus[6].

A partir da identificação das necessidades de saúde e do julgamento clínico da(o) enfermeira(o) elegeu-se dois diagnósticos de enfermagem a serem abordados segundo a Taxonomia da NANDA-I: Controle familiar ineficaz do regime terapêutico e Conhecimento deficiente.

O diagnóstico de controle familiar ineficaz do regime terapêutico é definido como “padrão de regulação e integração aos processos familiares de um programa de tratamento de doenças e suas seqüelas que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde”[12:41]. E o conhecimento deficiente é definido como “ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico”[20:35].

Estes diagnósticos estavam presentes em todas as famílias atendidas, pois ao realizar a coleta de dados as famílias referiram não conhecer o objetivo da realização do acompanhamento laboratorial.

CONCLUSÃO

Após a implementação da SAE e do PE com a utilização da carteira de acompanhamento, a maioria das crianças que estavam cadastradas no SAE-DST/aids com os exames laboratoriais atrasados e/ou não haviam realizado apresentaram melhora na adesão ao acompanhamento e ao tratamento, quando indicado, uma vez que começaram a frequentar efetivamente o serviço.

Dessa forma, a utilização da carteira de Acompanhamento mostrou-se uma importante ferramenta para coleta e registro de dados do SAE-DST/aids, bem como facilitador para o acompanhamento dos dados da criança pela família e equipe.

Identificou-se de acordo com as necessidades dos usuários do serviço, os diagnósticos de enfermagem: Controle familiar ineficaz do regime terapêutico e Conhecimento deficiente, os quais subsidiaram as etapas do PE, intervenções de enfermagem e os resultados alcançados, bem como a avaliação.

Ao compartilhar a vivência da implementação da SAE e do PE destaca-se que esta metodologia possibilitou o desenvolvimento do cuidado individualizado as crianças expostas ao HIV e suas famílias.

CONTRIBUIÇÕES/ IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Acompanhar crianças expostas ao HIV exige da equipe de saúde um olhar para as especificidades das famílias, pois a criança necessita de um sistema de apoio para atender suas necessidades de cuidado. Por vezes a família encontra-se fragilizada pelo medo, preconceito, dúvidas e falta de informações especificas relacionados ao acompanhamento de saúde[13].

Assim, a elaboação da Carteira de Acompanhamento da Rotina de Exames Laboratoriais (Apendice 1), evidencia a importância da atuação do(a) profisisonal enfermeiro(a), pois este(a) ao desenvolver esse instrumento contribuiu com a assistência às famílias dessas crianças e efetividade do serviço, facilitando a implementação da SAE e do PE.

Sabe-se que a SAE como uma metodologia cientifica implementada na prática do cuidado de enfermagem, que busca conferir maior segurança aos usuários, melhora da qualidade do atendimento e maior autonomia aos profissionais de enfermagem[11] , e, o PE, como um método sistematizado para realização das ações de enfermagem independentes[7] norteando o julgamento clínico e permitindo o reencontro com a

cientificidade do cuidado ao direcionar as ações a serem desenvolvidas[11], auxiliam o(a) enfermeiro(a) ao acompanhamento do cuidado.

Neste contexto os(as) profissionais de enfermagem, possuem o compromisso ético e moral de proporcionar estratégias de cuidado que possibilitem, a partir da identificação das necessidades de saúde, a implementação das diretrizes da humanização e da rotina de acompanhamento da criança exposta ao HIV visando à promoção de um ambiente de cuidado acolhedor[5].

Novamente reitera-se que por meio da contribuição da enfermeira, ao elaborar a carteira de acompanhamento e implementar a SAE e o PE, houve no serviço, além da melhora no atendimento, a formação de vinculo entre usuários do serviço e profissional, e a melhor interação dos profissionais permitindo que se iniciasse um trabalho interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Lex: Brasília. 1990. [Acesso em: 05 dez, 2011] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

2. Hockenberry MJ, Wilson D, Wong. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 8°Ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2011.

3. Fujimore E, Ohara CVS. (orgs). Resolução 358/2009- Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri: Manole; 2009.

4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatite Virais SAF SUL. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Ano VII- n°1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010. Ano VIII - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.[Acessoem:12jun2012]Disponívelem:http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf.

5. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. [Acesso em: 02dez2010].Disponívelem:http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_pediatrico.df

6. Ministério da Saúde (Brasil), Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV. Plano Integrado de enfrentamento da feminização da epidemia da Aids e outras DST: Análise da

situação atual e proposta de monitoramento. Brasília: Miistério da Saúde, 2010. [Acessoem:03dez2010].Disponívelem:http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=system/files/wilzavilela01.pdf

7. Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implantação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e da outras providências. Lex: Brasília: Ministério da Saúde, 2009. [Acesso em: 03 dez 2012]. Disponível em: http://site.portalcofen.gov.br/node/4384.

8. Cunha GH, Galvão MTG. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com o vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em assistência ambulatorial. Acta Paul Enferm. 2010; 23(4): 256-32.

9. Orem DE. Nursing: concepts of pratice. 4°ed. St. Louis: Mosby; 1991.

10. Ralph SS, Taylor CM. Manual de diagnóstico de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

11. Benedet AS, Bub MBC. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica de NANDA. Florianópolis: Bernúncia editora, 1998.

12. NANDA. North American Nursing Diagnoses Association. NANDA nursing diagnosis: definition and classification 2010-2011. Philadelphia: NANDA, 2011.

13. Schaurich D, Medeiros HMF, Motta MGC. Vulnerabilidade no viver de crianças com Aids. R Enferm UERJ. 2007; 15(2): 284-90.

14. Neves ET, Cabral IE. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(3): 552-560.

A FAMÍLIA PROCURANDO ADAPTAR-SE AO HOSPITAL DURANTE A INTERNAÇÃO DA CRIANÇA

Nathalia Zinn de Souza[41]; Fernanda Lucas Lopes de Meirelles Leite[42]; Giovana Calcagno Gomes[43]; Joana Curcio da Cunha[44]

INTRODUÇÃO: A necessidade de hospitalização da criança pode ser uma experiência desagradável tanto para ela quanto para a família, poisgera uma desestruturação no seu cotidiano. No hospital, é a família, em especial as mães, quem permanece em constante interação com a criança. Ao ser a principal responsável pelo cuidado, a família precisa lançar mão de estratégias para adaptar-se no hospital e para instrumentalizar-se melhor para o cuidado da criança.[1] Normalmente, a família tem dificuldade para dimensionar as modificações que ocorrerão em seu cotidiano, principalmente quando não conhece muito sobre a doença, os cuidados a serem realizados ou como cuidar e amparar adequadamente a criança doente. Por isso passa a sofrer perante o desconhecido que se estabelece, necessitando de auxílio para adaptar-se.[2]Compreende-se que o hospital possui características próprias podendo tornar-se um ambiente hostil tanto para a família como para a criança uma vez que as crianças precisam ser expostas a procedimentos invasivos. Por esse motivo a internação hospitalar mostra-se como um momento de dificuldade para a família. **OBJETIVO:** Conhecer como a família se adapta ao hospitaldurante a internação da criança. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa que teve como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Foi desenvolvido nas unidades de pediatria e de convênios do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr (HU) e na unidade de pediatria do Hospital Geral da Associação de Caridade Santa Casa (HG), ambos na cidade do Rio Grande, Rio Grande do Sul. A população do estudo foi composta por 15 familiares cuidadores de crianças internadas, no primeiro semestre de 2005, distribuídos em quatro grupos amostrais, dois formados por cinco familiares, um por três e outro por dois. Os familiares foram identificados por nomes de sentimentos. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas e analisados

[41]Acadêmica da nona série da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA/ FURG. Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: nathalia_zinn2@yahoo.com.br

[42]Enfermeira da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do Hospital Universitário da FURG. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG. Membro do GEPESCA/FURG.

[43]Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da FURG. Líder do GEPESCA/ FURG.Rio Grande, RS, Brasil.E-mail: giovanacalcagno@furg.br

[44]Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Discente da Especialização em saúde coletiva. Aluna especial do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG. Discente de Licenciatura para Educação Profissional e Tecnológica- IFRS. Membro do GEPESCA/FURG.

pela codificação aberta, axial e seletiva. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina recebendo parecer favorável, Protocolo nº 068/04, conforme a Resolução no 196/969. **RESULTADOS:** A análise dos dados gerou cinco categorias. **Buscando informações acerca do tratamento fornecido à criança no hospital:** nesta categoria verificou-se que na tentativa de adaptar-se ao hospital, o familiar cuidador busca informações que o habilitem mais para o cuidado à criança. Ele precisa de informações acerca do que vai ser feito com a criança, acerca dos medicamentos, da alimentação, dos exames e procedimentos.Estas informações irão acalmar a família fortalecendo-a enquanto cuidadora de seu filho, permitindo que assuma o controle sobre a situação na qual se encontra.“Qualquer dúvida, eu pergunto. Se eu não entendi, eu pergunto de novo. Eu vou perguntando, perguntando porque sou eu quem está aqui. Eu preciso estar informada de tudo que está acontecendo com ela. Como eu não entendo muito, eu tenho medo do que possa acontecer” (Família Solidão).“A gente aqui se torna chata. Mas não é porque a gente quer. É porque a gente está muito nervosa” (Família Desespero). Que quantidade que veio, que horários” (Família Carinho). A família tem a necessidade de perguntar acerca da alimentaçãoda criançapara saber o que ela pode ou não comer, os horários das refeições no hospital e as quantidades fornecidas à criança, de forma a evitar a oferta de alimentos inadequados e a piora de seu quadro clínico.“Eu pergunto sobre a comida porque ela não tem limites e cada um que vem traz uma coisinha. Então, eu preciso saber o que ela pode e o que ela não pode comer. Eu não posso permitir que ela piore. È muito importante ter informações sobre a comida” (Família Alegria). Para a família, os resultados dos exames são importantes para esclarecer como a criança está reagindo à terapêutica instituída e como seu quadro clínico está evoluindo. Além disso, saber antecipadamente acerca dos procedimentos a serem realizados na criança possibilita à família prepará-la para estes, de forma que os mesmos não causem tanto trauma na criança.“A minha filha internou para fazer uma tomografia da cabecinha. Então, eu estou aguardando com muita ansiedade o resultado deste exame” (Família Inexperiência). **Procurando reproduzir no hospital os cuidados domiciliares à criança:** esta categoria mostra que na busca por reproduzir no hospital os cuidados domiciliares, a família procura tornar a enfermaria parecida com o quarto da criança, trazendo de casa suas cobertinhas e brinquedos; realizando atividades comuns do domicílio como cantar as mesmas músicas; adaptar sua dieta à de casa; fazendo com que os familiares venham visitar a criança, entre outras estratégias.“ Aqui no quarto, eu procurei reproduzir um pouquinho do quarto dele. Trouxe as cobertinhas dele, os brinquedos dele, o copinho dele, os joguinhos” (Família Desespero). **Não conseguindo reproduzir no hospital os cuidados domiciliares à criança:** esta categoria verificou que ao tentar adaptar-se ao hospital e reproduzir seus cuidados domiciliares à criança, a família encontra algumas dificuldades.Neste contexto, a família

apresenta dificuldade em reproduzir até mesmo alguns cuidados simples, que antes desempenhava tão bem como o banho e a alimentação da criança. Percebe que precisa aprender um novo modo de cuidar para dar conta das novas necessidades de cuidado da criança.“ Os cuidados com ele são bem diferentes do que em casa, porque para dar banho tem que cuidar o soro, a mão. Para dar comida ele está enjoadinho, chorãozinho. Colocar a roupa é difícil por causa do soro. A gente tenta fazer igual, mas é diferente. Tem que ter o dobro de paciência, o dobro de carinho”(Família Desespero). Além disso, a categoria revela que a família não apresenta, no hospital, a mesma liberdade para cuidar que em casa, sentindo-se controlada pela equipe de saúde.“O cuidado aqui é muito diferente do de casa. Aqui é assim, tudo com horinha marcada. Em casa não. Aqui é hora de almoço tem que comer. É hora dos banhos tem que tomar. Em casa, tem mais liberdade. É tudo no nosso ritmo” (Família Alegria).**Organizando o ambiente do cuidado:** No hospital, o espaço familiar para o cuidado torna-se limitado, muitas vezes, a uma cama e uma cadeira. Além disso, a família, na maioria das vezes, precisa dividir este espaço de cuidado com outras famílias.Ao organizar seu ambiente de cuidado, a família procura preservar sua identidade, exercendo sua singularidade de ser família, apesar de conviver, neste momento, com uma pluralidade de ser família na enfermaria coletiva.“Este canto aqui é o nosso. Aqui que a gente come, que a gente dorme, que a gente recebe visitas. Eu arrumo o nosso bidê do nosso jeito. **CONCLUSÃO*:*** A internação da criança no hospital altera a dinâmica familiar, levando à necessidade de adaptação à situação vivida.Perante a nova realidade estabelecida, a família procura formas para poder enfrentar a doença e adaptar-se ao hospital como: buscar informações acerca do tratamento; reproduzir no hospital os cuidados domiciliares; organizar o ambiente do cuidado e familiarizar-se com a tecnologia do cuidado.Buscando informações acerca do tratamento da criança os pais se sentem mais instrumentalizados para cuidar, podendo assim, administrar o momento em que se encontram de uma forma melhor. **CONTRIBUIÇÕES/ IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** O estudo aponta que a hospitalização da criança é um momento permeado de dificuldades para toda a família, sendo necessário adaptar-se ao hospital. Sabendo disso, é preciso que o enfermeiro preste um apoio emocional para a família durante o processo de internação da criança. . Através de uma conversa franca e clara, onde todas as dúvidas dos familiares sejam esclarecidas, é possível fazer com que a internação seja enfrentada de forma menos dolorosa e estressante.

Descritores: criança hospitalizada, família, cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS:

1. Schneider CM, Medeiros LG. Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. Unoesc & Ciência – ACHS. 2011;2(2):140-154.

2. Côa TF, Pettengill MAM. A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2011;45(4).

ESTUDO DE CASO EM PEDIATRIA: DIABETES NEONATAL

Alessandra Mendes de Barros[1]; Gabriele Hellwing[2]; Marceli Fernandes[3]; Eloisa da Fonseca Rodrigues[4].

INTRODUÇÃO: A disciplina da 8ª série, Estágio Supervisionado Assistência a Enfermagem I propôs como atividade teórica e prática a elaboração de um estudo de caso direcionado a uma criança hospitalizada na Unidade de Pediatria. A partir desta proposta o grupo de acadêmicas escolheu um paciente portador de diabetes que constitui-se por um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sangüíneos[1]. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. Os tipos de diabetes mais freqüentes são o diabetes tipo 1, anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2, anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos.A ocorrência de diabetes melito tipo 1 em crianças abaixo de 5 anos é rara,mas vem apresentando um aumento em sua incidência em vários países do mundo. O diagnóstico é comumente postergado e a criança em geral encontra- se em estado avançado de descompensação. Um dos desafios do acompanhamentodesses casos é estimular o total envolvimento da família, já que a criança é dependente de seus cuidados[2].Outro tipo desta patologia é o diabetes neonatal que corresponde ao desenvolvimento da doença ainda no período que compreende do nascimento até o 28º dia de vida,o diabetes neonatal (DN) tem sido definido na literaturacomo a presença de hiperglicemia, que necessite de tratamento com insulina,nos três primeiros meses de vida. Entretanto, em termos de idade, um ponto de corte aos 6 meses parece mais apropriado, uma vez que possivelmente todos os casos de diabetes melito diagnosticados antes dessa idade são devidos a mutações em um único gene, e após os 6 meses de idade diabetes melito tipo 1 auto-imune representa a causa mais comum da doença.

Universidade Federal do Rio Grande-FURG. Acadêmica de Enfermagem 8ª série. alessandra_mbarros@yahoo.com.br.
[2] Universidade Federal do Rio Grande –FURG. Acadêmica de Enfermagem 8ª série.
[3] Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Acadêmica de Enfermagem 8ª série.
[4] Universidade Federal do Rio Grande- FURG. Enfª Drª.eloisadafonsecarodrigues@yahoo.com.br.

O DN é uma condição rara, com incidência estimada de 1 em 400.000 a 500.000 nascidos vivos. Em aproximadamente metade dos casos, o DN é transitório (DNT) entrando em remissão em média dentro de três meses e podendo recidivar durante a infância ou a adolescência, e na outra metade dos casos, o DN é permanente (DNP). Não existem características clínicas que possam predizer se um neonato com diabetes melito apresenta a forma transitória ou permanente. **OBJETIVOS:** Esse estudo teve como objetivo,a exploração do caso de uma criança portadora de Diabetes Neonatal, a escolha da criança se deu pela necessidade que percebemos de iniciar um processo educativo com a mãe, pois a mesma tinha dúvidas em relação à patologia.Com este estudo procurou-se aprofundar os conhecimentos científicos acerca do processo de enfermagem, com ênfase aos principais cuidados e ações que podem ser realizadas com esse cliente. **METODOLOGIA:** O estudo é do tipo relato de experiência, ocorrido na Unidade de Pediatria do Hospital Universitário do Rio Grande – FURG, o sujeito do estudo foi uma criança de dois (2) anos internada nessa unidade. A pesquisa aconteceu no período de 28/11/2012 a 21/12/2012. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram a aplicação do Histórico de Enfermagem (entrevista e exame físico) e consulta no prontuário do mesmo. A análise dos dados se deu através de uma revisão bibliográfica sobre a temática. O sujeito do estudo foi preservado sendo utilizado apenas as iniciais, o termo de consentimento livre e esclarecido foi aceito e assinado pela responsável da criança. **RESULTADOS:** O.A.W.S, 2 anos, 1 mês e 24 dias internado desde o dia 06/12/2012 na Enfermaria 327- A da Unidade Pediátrica. Acompanhado pela mãe, a mesma relata que a criança internou com quadro de polidipsia e poliúria. A partir de então começou apresentar apatia e prostração. Após a investigação e realização de exames o diagnóstico clínico foi de Diabetes Mellito Tipo I. Os exames que apresentaram alteração foram: Glicose em jejum, 507 mg/dl sendo que os valores de referência são de 60- 105 mg/dl. Fosfatase Alcalina 583 U/L valor de referência 100-320 e o EQU: nitrito -; proteína -; glicose +++ e corpos cetônicos como referência a criança deveria apresentar nitrito -; proteína -; glicose 0. Criança anda e senta sozinho, comunica-se verbalmente, expressa o desejo de urinar e evacuar avisando os pais. O grupo familiar onde à criança vive é composto pela mãe, pai e o irmão cinco (5) anos. A criança encontra-se com todas as vacinas em dia. As consultas da criança são realizadas no Posto de saúde mais próximo a casa (Posto da Junção) ou consultas particulares pelo convênio. A criança já havia realizado uma internação prévia com oito (8) meses de vida devido uma pneumonia aspirativa por leite materno. A internação durou sete (7) dias. Com relação ao uso de fraldas a mãe já estava retirando durante o dia e a criança

utilizando o vaso sanitário. Durante a noite a criança dorme sempre de fraldas. Voltou a usar fraldas continuamente durante a internação. Tem bom apetite, costuma ter uma alimentação variada (leite, arroz, feijão, carnes, iogurtes, sucos). Não tem hábito de comer frutas, doces, bolachas recheadas e nem salgadinhos industrializados. Quando a mãe foi questionada sobre o que sabia da doença atual a mesma relata que inicialmente desconhecia totalmente a doença. A criança realizou uma coleta de sangue que foi encaminhado para São Paulo para excluir ou diagnosticar uma diabetes do tipo neonatal. Quanto o resultado o mesmo deu positivo para Diabetes Neonatal a criança começou a fazer uso de insulina glargina, 3 U as 10:00hs diariamente. Quando aglicemia maior que 300, deve fazer uso de 1U de insulina regular. Dentro do processo de enfermagem foram feitos diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA – *Risco de glicemia instável* relacionado a falta de controle de diabetes; Conduta: monitorização da glicemia; controle da alimentação e uso correto e diário da insulina. *Medo* relacionado a falta de familiaridade com a doença evidenciado por relato verbal; Conduta: Oferecer apoio emocional, Incentivar a participação da família no cuidado; Ensinar a ação, uso e efeito dos agentes antidiabéticos. **CONCLUSÃO:** Conclui-se, portanto que em razão da pouca frequência de diagnósticos de diabetes em serviços de pediatria, a educação, em geral, é realizada individualmente. Existem vários tópicos a serem discutidos com a família, que devem ser adaptados à sua capacidade de compreensão. Percebeu-se que o processo educativo deve ser iniciado após a superação pela família do impacto emocional e psicológico que se sucede ao diagnóstico de diabetes em uma criança previamente hígida. **CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM:** Esse estudo de caso contribuiu para que se tenha a percepção que todos os fatores patológicos que envolvam crianças nessa faixa etária devem ser visto como um problema especial, que exige conhecimentos específicos e muita dedicação por parte da equipe multiprofissional.

Descritores: Enfermagem Pediátrica. Diabetes Mellitus. Cuidados de Enfermagem.

REFERÊNCIAS:

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

2. Calliari JM, Monte PMN. Diabetes na primeira infância. Arq Bras Endrocrinol Metab; 2008.

FENDA PALATINA: UM ESTUDO DE CASO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA

Jaqueline do Espirito Santo Costa[45];Maria Eduarda de Lima dos Santos[46]; Rosane Lima[47]; Heloísa da Fonseca Rodrigues[48].

INTRODUÇÃO: Estudo de caso proposto pela disciplina de Estágios Supervisionados em Assistência de Enfermagem I, com o objetivo de relatar os resultados do desenvolvimento do processo de enfermagem em unidade de internação pediátrica e realizar o aprofundamento teórico acerca de um caso clínico. Justifica-se a realização deste trabalho, pois considerando a especifidade do 8º semestre curricular, no qual se desenvolve habilidade prática, nota-se a necessidade do suporte teórico para apresentação de uma assistência adequada e de qualidade. Para a realização deste trabalho escolheu-se uma criança, com uma mal formação crânio facial, a fenda palatina, que é resultado da incapacidade dos processos maxilares e pré-maxilares entrarem em contato no inicio da vida do embrião[1]. A fusão do palato secundário (palatos duro e mole) ocorre entre a 7° e a 12° semanas de gestação. Qualquer atraso neste processo resulta no não fechamento do palato[1]. As crianças com Fenda Palatina podem apresentar problemas como: sucção inadequada, por falta de pressão intra oral, mamada prolongada e regurgitação[1,2]. Sendo de competência do enfermeiro a sondagem nasogástrica/nasoentérica/oro, analisou-se estudo divulgado em 2011 que informou que ¼ da amostra estudada, de bebês com fenda palatina, ou fissura de lábio utilizou SNG/SNE. Valor considerado alto uma vez que o uso de sonda para alimentação nestes casos só tem indicação quando outros métodos alimentares não forem efetivos para garantir a nutrição e o ganho de peso do paciente. Indica-se a sonda quando a criança é prematura ou quando houver cardiopatias ou síndromes associadas e em caso de comprometimentos do sistema nervoso central[3.] Com relaçãoao tratamento, esse envolve atuação multiprofissional medicina, nutrição, odontologia, ortodontia, fonoaudiologia, psicologia, enfermagem, serviço social, entre outras.[1] Geralmente a correção cirúrgica da fenda palatina é adiada entre 12e 18 meses de idade, devido as modificações do palato, que ocorrem com o crescimento da criança.[1]**METODOLOGIA:** Estudo de caso, realizado na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet

[45]Acadêmica da 8ª série do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Bolsista PET Enfermagem
[46]Acadêmica da 8ª série do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande
[47]Acadêmica da 8ª série do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande
[48]Mestre em enfermagem, Técnica administrativa em educação da escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande- FURG.

Correa Jr., com um recém nascido(RN) do sexo feminino, nascido de parto cesáreo, com idade gestacional de 39 semanas e dois dias pelo método capurro, apgar 7/8 e peso ao nascer de 3.280. No momento de coleta dos dados, o bebê estava com dez dias de vida. Foi solicitada autorização da mãe da criança para utilização dos dados clínicos da mesma. Os dados foram coletados em dezembro de 2012. Foi respeitado o anonimato do binômio mãe-bebê, na realização e divulgação deste estudo. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Com a análise do histórico obteve-se a informação de que a mãe não havia realizado pré natal visto que desconhecia a gestação até o terceiro trimestre**.** O desconhecimento acerca da gestação remete a uma das principais causas de fenda palatina, a deficiência nutricional de ácido fólico. Em uma gestação diagnosticada e acompanhada desde o início realiza-se a suplementação deste micronutriente essencial para o fechamento do tubo neural, no período de embiogênese[4]**.** Aos exames físicos do RN, havia a suspeita diagnóstica de micrognatismo, o que poderia associar a anomalia anatômica à sequência de Pierre Robin[3]. A sequência de Pierre Robin apresenta entre seus sinais e sintomas, quadro de dificuldade respiratória, cianose[5]. A criança deste estudo de caso apresentava dificuldades respiratórias estando em uso de óculos nasal a dois litros por minuto durante sua internação, além de em muitos momentos de exame apresentava cor de pele cianosada. Foi prestada assistência de enfermagem ao recém nascido com orientações à mãe e familiar es acerca dos cuidados com o bebê, incentivo à amamentação entre outras orientações pertinentes. Após análise do quadro chegou-se aos seguintes diagnósticos de enfermagem baseados na taxonomia da Nursing American Diagnosis Association: Padrão ineficaz de alimentação do bebê relacionado à anomalia anatômica evidenciada por incapacidade de iniciar uma sucção eficaz; Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, relacionada à fraqueza dos músculos necessários à sucção evidenciada por redução dos níveis glicêmicos e necessidade de suplementação alimentar (leite nan); amamentação ineficaz relacionada à anomalia anatômica do bebê evidenciado por pega inadequada; risco de aspiração relacionado à fenda palatina e alimentação por sonda; risco de infecção relacionado a defesas primárias inadequadas (fenda palatina); conflito no desempenho do papel de mãe relacionado à estranhamento do estado de saúde da criança evidenciado por relutar em participar de atividades usuais de cuidado ao bebê[6]. Destacam-se os cuidados de enfermagem, que incluem o auxílio à mãe na amamentação, estimulação do reflexo de ejeção do leite visto que a criança não possui sucção adequada e monitorar diariamente o peso do RN. Sabendo-se que o lactente tem tendência de deglutir grande quantidade de ar durante as mamadas, deve-se estimular a eliminação frequente de ar deglutido

(eructação). Para alimentação a posição indicada é manter o RN ereto durante o procedimento com intuito de reduzir o risco de aspiração. Avalia-se como relevante incentivar a família no enfrentamento da situação e na expressão de sentimentos bem como demonstrar atitude de aceitação com relação à criança, pois os pais são sensíveis às atitudes de outras pessoas. Quanto aos utilitários específicos para alimentação em casos de fenda palatina têm-se os dispositivos sem bico e os com bico. Com relação aos dispositivos sem bico, deve-se colocar o alimento na parte posterior da língua facilitando assim a deglutição e ajustar o fluxo do alimento de acordo com a capacidade de deglutição do RN para evitar aspiração. Os dispositivos com bico são indicados para promover o desenvolvimento dos músculos da fala, durante seu uso posiciona-se o bico entre a língua e o palato existente. **CONCLUSÃO/CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Conclui-se que este trabalho foi de grande relevância para o aprofundamento teórico acerca da patologia, e do processo de enfermagem inerentes ao caso do paciente. Foi possível investigar a literatura científica da área de pediatria buscando conhecimentos desenvolver um plano de cuidados adequado, e para embasar a conduta terapêutica. Observou-se a importância da assistência de enfermagem instrumentalizada em conhecimento científico, para a realização de cuidados qualificados. Na área de pediatria é relevante um profissional que além do conhecimento teórico, busque também o atendimento humanizado, levando em consideração o contexto de internação hospitalar e as condições sócio educativas da mãe e familiares. Desta forma a empatia durante a prestação de cuidados e a atenção aos sentimentos da família, também são grandes contribuições de enfermagem em casos delicados como o descrito anteriormente.

REFERÊNCIAS:

1. Whaley e Wong. Fundamentos de enfermagem pediátrica. São Paulo: Guanabara Koogan; 1999.

2. Araruna RC,Vendrúscolo DMS. Alimentação da criança com fissura de Lábio e/ou palato-um Estudo Bibliográfico. Rev. latino-am. enfermagem - Ribeirão Preto: Abr 2000, 8(2): 99-105.

3. Di Ninno CQMS, et al. Aleitamento materno em bebês com fissura de lábio ou palato. RevSocBras Fonoaudiol; 2011, 16(4): 417-21.

4. Lima MMS, Diniz CD, Souza ASR, Melo ASO, Neto CN. Ácido fólico na prevenção de gravidez acometida por morbidade fetal: aspectos atuais. FEMINA: Outubro 2009, 37(10).

5. Fuzza RF, Abuabara A. Sequência de Pierre Robin no recém-nascido: relato de caso. PediaTria (São Paulo) 2010; 32(3): 231-5.

6. Nanda. Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação 2009/2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.

IMPORTÂNCIA DA PUERICULTURA NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

IMPORTANCE OF CHILDCARE IN CHILD DEVELOPMENT: REPORT OF EXPERIENCE

Aline Belletti Figueira[49];**Jamila Geri Tomaschewski-Barlem**[50];
Edison Luiz Devos Barlem[51]

RESUMO: Objetiva relatar a experiência de estudantes de enfermagem na realização de consultas de puericultura em uma Estratégia Saúde de Família do interior do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de caráter observatório/reflexivo, com abordagem qualitativa, realizado por acadêmicos integrantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, durante as consultas de puericultura realizadas em uma Estratégia Saúde de Família do interior do Rio Grande do Sul, compreendendo o período entre os meses de janeiro a dezembro de 2011.**Resultados:** a partir desta experiência observou-se a importância fundamental da puericultura como oportunidade para avaliar o desenvolvimento saudável da criança, podendo intervir rapidamente quando os resultados não são satisfatórios. **Conclusão:** as consultas de puericultura proporcionaram a experiência de trabalhar com a criança em sua integralidade, considerando o contexto familiar e os aspectos socioculturais envolvidos.
Descritores: Cuidado da Criança; Saúde da Criança; Enfermagem.

ABSTRACT: Objective to report the experience of nursing students in realization the consultations of childcare in a Family Health Strategy in the interior of Rio Grande do Sul. **Method:** this is a report of experience of character observatory / reflective, qualitative approach, conducted by academic members of the Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, during consultations of childcare conducted in a Family Health Strategy in the interior of Rio Grande do Sul, comprising the period between the months of January to December 2011. **Results:** from this experience it was observed the fundamental importance of childcare as an opportunity to evaluate the healthy development of children, can act quickly when the results are not satisfactory. **Conclusion:** consultations childcare provided the experience of working with the child in its entirety, considering the family context and sociocultural aspects involved.
Keywords: Child Care; Child Health; Nursing.[52]

[49]Enfermeira Assistente Associação Caridade Santa Casa de Rio Grande, Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES). Email: alinebelletti@gmail.com
[50]Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) - Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES). Bolsista FAPERGS.
[51]Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente daEscola de Enfermagem (EEnf) -FURG. Membro do NEPES. Email: ebarlem@gmail.com

INTRODUÇÃO

O cuidado inerente à fase de desenvolvimento da criança deve ser o foco principal da assistência primária com vistas à qualidade da saúde infantil. Para tanto, a puericultura diz respeito a um conjunto de meios que visam assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral da criança. Assim, trata da infância, da promoção da saúde e prevenção da doença, relacionando sua evolução com os aspectos físicos, sociais, psíquicos, do ambiente onde ela está inserida e do comportamento das pessoas que lhe prestam os cuidados nas etapas do seu desenvolvimento[1].

Cabe lembrar que no Brasil, desde a Reforma Sanitária, passando pela Estratégia Saúde da Família (ESF), até os dias atuais, a enfermagem pediátrica vem ganhando mais espaço na área da saúde pública, com grande importância na Atenção Básica à Saúde (ABS), tendo em vista que nestes serviços, a enfermagem desenvolve vários tipos de ações em sua dimensão cuidadora às crianças, desde a gravidez até à adolescência, proporcionando não só o acesso, mas consolidando vínculos, acolhimento, e contribuindo para a resolução de problemas, prevenção de doenças e promoção da saúde[2].

A consulta de enfermagem foi legalizada pela Lei nº 7.498/86 que regulamentou o Exercício da Enfermagem e estabeleceu essa atividade como privativa do enfermeiro. A partir de então, tem sido alvo de diversas portarias e resoluções de diferentes instâncias, inclusive do Conselho Federal de Enfermagem, como a Resolução COFEN/159 que estabelece a obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde em instituição pública e privada e regulamenta as ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames[3].

Logo, a consulta de enfermagem à criança tem como objetivo prestar assistência sistematizada, de forma global e individualizada, identificando problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação de sua saúde. Nesse sentido, a realização da puericultura é envolvida por uma sequência sistematizada de ações, como exemplo: histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, plano terapêutico ou prescrição de enfermagem e avaliação da consulta[4].

Desta forma, evidencia-se a importância da puericultura vista em sua plenitude, devendo compreender a criança em seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interação com o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em

que está inserida, observando-a como um elemento indispensável ao processo de trabalho da enfermeira5.

Assim, o enfermeiro deve monitorar a evolução da criança, apoiar e orientar a mãe e seus familiares, observando seu contexto cultural, social e ambiental, intervindo de forma benéfica para um bom desenvolvimento neuro – psicomotor, interagindo com os envolvidos em busca de um cuidado holístico e efetivo a criança que esta sendo assistida.

Observa-se, ainda, que a puericultura quando realizada no âmbito da Estratégia Saúde da Família configura uma ferramenta indispensável na construção do SUS (Sistema Único de Saúde), além de propor novas formas de relacionamento entre profissionais de saúde e as crianças. Assim, a puericultura tem como objetivo principal acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças a fim de possibilitar uma assistência integral e promover a qualidade de vida do infante[2].

Além disso, a puericultura prima em promover o desenvolvimento saudável da criança, sob o ponto de vista físico, mental e social, identificando possíveis doenças e/ou sinais de alteração no desenvolvimento infantil. Não obstante, nas consultas de puericultura, é fundamental, entre outras ações, incentivar o aleitamento materno exclusivo (até os seis meses de vida, conforme recomendação do Ministério da Saúde), trabalhar com a educação alimentar, nutricional, cuidados com a higiene, fortalecer o vinculo entre mãe e o bebê, manter o calendário vacinal atualizado, reforçando sua importância para o bom desenvolvimento da criança, estimulando a promoção da saúde e a prevenção das doenças mais comuns na comunidade, valorizando a participação dos pais na obtenção de resultados positivos[6].

OBJETIVO

Relatar a experiência de estudantes de enfermagem na realização de consultas de puericultura em uma Estratégia Saúde de Família do interior do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de caráter observatório / reflexivo, com abordagem qualitativa, realizado por acadêmicos integrantes do PET Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), durante as consultas de puericultura realizadas com crianças pertencentes à área de abrangência de uma Unidade de

Estratégia Saúde da Família do interior do Rio Grande do Sul, compreendendo o período entre os meses de janeiro a dezembro de 2011.

O PET Saúde constitui um programa dos Ministérios da Saúde e Educação destinado a viabilizar o aperfeiçoamento e a especialização em serviço, bem como a iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos, respectivamente, aos profissionais e estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS.

As consultas de puericultura realizadas pelos acadêmicos de enfermagem, além da construção do vínculo entre estudantes, profissionais de saúde, crianças e familiares, possibilitaram uma maior compreensão da infância, de suas fases, do desenvolvimento, permitindo trabalhar na prática o que já havia sido estudado na teoria, potencializando o processo de ensino aprendizagem do estudante.

Cabe ainda informar que eram realizadas em média três consultas diárias, sendo agendadas em tempos predeterminados conforme idade e desenvolvimento de cada criança. Nas consultas, entre outros fatores, procurava-se observar, principalmente, o crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, alimentação, calendário vacinal, além de investigar o vinculo entre mãe – bebê – família – cuidador, buscando intervir quando necessário em prol da saúde da criança em acompanhamento na UBS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A consulta de enfermagem em puericultura possibilita ao enfermeiro da ESF estreitar o vínculo com as famílias assistidas, reconhecendo a importância da interação estabelecida entre profissional e família, e constituindo importante ferramenta para a construção e consolidação da confiança mútua, de modo que o fortalecimento do vínculo cresce a cada dia com os encontros, fazendo com que a família e a comunidade adquiram mais respeito e confiança pelo profissional[7].

Dentre os principais objetivos da assistência à saúde infantil nas Unidades de Saúde da Família estão à promoção e a recuperação da saúde das crianças, buscando assegurar um crescimento e desenvolvimento saudáveis na plenitude de suas potencialidades, sob o ponto de vista físico, mental e social[2].

Logo, a partir desta experiência, observou-se a importância fundamental da puericultura como oportunidade para avaliar o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, podendo intervir rapidamente quando os resultados não eram satisfatórios. Como exemplo, pode-se citar: o estímulo à amamentação exclusiva em bebês menores de seis meses de idade, pois as mães pensavam que o leite materno era fraco;

orientações acerca dos cuidados de higiene com bebê; observação da boa pega, com orientações quando a mesma não era presenciada; a observação do vínculo entre mãe e bebê, entre outros.

Percebeu-se que através da educação em saúde é possível identificar situações de risco à saúde das crianças, bem como desenvolver processos educativos voltados para promoção da saúde e ainda, apoiar, esclarecer dúvidas e enfrentar juntamente com os pais e cuidadores os obstáculos relativos ao processo de crescimento e desenvolvimento. Esta prática permite instrumentalizar os pais ou cuidadores para os cuidados com a criança e propicia, aos estudantes de enfermagem, a qualificação das competências e habilidades no processo de trabalho de promoção da saúde com crianças.

A puericultura é uma das atribuições do enfermeiro na ESF, de modo que para obter êxito na avaliação e acompanhamento da criança, a enfermagem deve realizar anotações claras e coerentes referentes ao crescimento e desenvolvimento da criança no prontuário de cada paciente, possibilitando sempre que necessário recorrer a este para obter informações sobre determinada criança[8].

Ainda, toda a equipe de saúde deve estar preparada para este acompanhamento, identificando crianças de risco, fazendo busca ativa de crianças faltosas ao calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, detectando e abordando adequadamente as alterações na curva de peso e no desenvolvimento neuropsicomotor da criança9.

A construção do vínculo desenvolvido durante as consultas de puericultura entre profissional, acadêmico e cuidador foram fundamentais tanto para a criança, que teve oportunidade de se desenvolver em toda sua potencialidade, quanto para os pais e cuidadores, que aprendem e trocam experiências sobre o cuidado para o bom desenvolvimento de seus filhos. Mediante a participação ativa, ficou evidenciado que a prática da educação em saúde junto aos pais e responsáveis possibilita resultados positivos no desenvolvimento de seus filhos.

Neste nível de assistência, o profissional, ao utilizar a consulta de enfermagem em puericultura, necessita buscar o atendimento integral das necessidades da criança, modificando o enfoque centrado na doença. Por intermédio da consulta de enfermagem e da educação em saúde é possível monitorar, avaliar e intervir no processo de saúde/doença, revelando forte componente interacional e educativo[10].

Assim, salienta-se que a prática da educação em saúde na consulta de puericultura deve ser o foco principal da assistência e do cuidado prestado na abordagem da Estratégia Saúde da Família e que a inserção dos acadêmicos

proporcionada pelo PET Saúde tem um valor ímpar em sua formação profissional, de modo que o conhecimento é construído a partir da realidade e das experiências do sujeito em todos os instantes[11]. Além disso, a educação em saúde é essencial, pois consiste em uma prática voltada para a reflexão e discussão entre os profissionais de saúde, estudantes e os pais ou cuidadores, o que facilita a aproximação e a troca de conhecimentos entre estes. Tal prática compõe um instrumento de mudança, com o poder de construir sujeitos livres e com capacidade de receber e criar novos conhecimentos.

Constata-se que dentro da atenção básica, a puericultura é uma ferramenta oportuna no acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento infantil, voltando-se para os aspectos de prevenção, proteção e promoção da saúde, de modo que a criança alcance a vida adulta sem influências desfavoráveis trazidas da infância.

Para os acadêmicos de enfermagem, houve a possibilidade de desenvolver habilidades durante as consultas de puericultura, que seguiam como rotina, além de aferir as medidas antropométricas, revisar o calendário vacinal da criança e a realização das vacinas necessárias, a avaliação dos reflexos de desenvolvimento da criança, e o estímulo o aleitamento materno, sempre com registros fidedignos, entre outras atividades com vistas ao crescimento e desenvolvimento saudável do bebê.

CONCLUSÃO

A partir do envolvimento diário dos acadêmicos no atendimento em puericultura, identificou-se uma evolução no aprendizado destes, pois esta prática de atendimento e envolvimento com a clientela é rica em proporcionar integração entre a teoria e a prática que fazem parte do processo de aprendizagem dos discentes, proporcionando aos futuros profissionais, acadêmicos do PET Saúde, trabalhar com a criança em sua integralidade, considerando o contexto familiar e os aspectos socioculturais envolvidos.

Além disso, buscou-se adquirir conhecimentos para potencializar o processo de ensino aprendizagem, avaliando como a equipe multidisciplinar de ESF pode intervir na atenção primária, contribuindo na prevenção e promoção da saúde.

Constatou-se ainda a importância do apoio prestado à família e a criança, bem como a relevância das abordagens com mãe, família e/ou cuidadores, permitindo identificar dificuldades, avaliar e intervir. Ainda, foi visível a satisfação dos envolvidos com o

atendimento, além de ser muito gratificante para os membros do PET Saúde, enquanto acadêmicos participantes deste processo de ensino aprendizagem.

Pretendeu-se, portanto, reforçar a importância da equipe de ESF enquanto educadores e agentes de transformação social. Percebeu-se ainda que, a educação em saúde pode ser estimulada durante a vida acadêmica, através do PET/Saúde, e que esta interação entre profissionais, acadêmicos, familiares e usuários do sistema único de saúde deve permear a assistência prestada à população sempre com vistas à promoção e prevenção em saúde.

Por fim, destaca-se a importância de práticas que permitam a inserção dos acadêmicos no trabalho, construindo com diferentes profissionais novos saberes e experiências, interagindo em busca de autonomia na tomada de decisões, compreendendo como esses profissionais vivenciam a consulta de enfermagem, a fim de obter subsídios na aquisição de conhecimentos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

2. Assis WD, Collet N, Reichert APS, Sá LD. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. Rev bras enferm. 2011; 64(1): 38-46.

3. Conselho Federal de Enfermagem. Lei Nº 7498 de 25 de junho de 1986: dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Rio de Janeiro (RJ): COFEn; 1987.
4. Santos RCK, Resegue R, Puccini RF. Childcare and children's healthcare: historical factors and challenges. Rev bras crescimento desenvolv hum. 2012; 22(2): 160-5.

5. Hall D, Blair M. From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive children's services. Arch Dis Child. 2006; 91(9): 730-5.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da criança. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/documentos/caderneta_saude_da_crianca.pdf> Acesso em: 10 Mar. 2011.

7. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva, CV, Saparolli, ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45 (3): 566-74.

8. Lima GGT, Silva MFOC, Costa TNA, Neves AFGB, Dantas RA, Lima ARSO. Registros do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. Rev RENE. 2009; 10(3): 117-24.

9. Ministério da Saúde (BR). Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. 2ª reimpressão. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

10. Gautério, DP, Iralaii DA, Vaz MRC. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. Rev Bras Enferm. 2012; 65(3): 508-13.

11. Freire P. Educação como prática da liberdade. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

O CUIDADO FAMILIAR À CRIANÇA PORTADORA DO VÍRUS HIV/ AIDS

Giovana Calcagno Gomes[53]; Bruna Peres Pacheco[54]; Daiani Modernel Xavier[55]; Joana Curcio da Cunha[56]; Maria Cristina da Silveira Chagas[57]

RESUMO: Cuidar da criança portadora do HIV/AIDS significa mudança na rotina e dedicação, requerendo preparo tanto emocional quanto físico, causando alteração na dinâmica familiar. Neste sentido, o cuidado a essa criança pode causar um significativo impacto para sua família(1). A família apresenta-se como a principal fonte de cuidado a essa criança, contribuindo para o seu bem-estar. Para que isso aconteça, o familiar cuidador necessita adquirir competências que o habilite ao cuidado tendo que ser sensível às demandas da criança, garantindo seu crescimento e desenvolvimento saudáveis(2). Além disso, a criança portadora do HIV/ AIDS precisa conviver com a doença podendo passar por situações difíceis e de confusa compreensão. Este fato faz com que a mesma necessite de cuidados especiais de seu familiar cuidador. Neste sentido, este tem que ser devidamente instrumentalizado para o eficaz enfrentamento das situações cotidianas, evitando ao máximo o comprometimento psicológico, físico e social da criança de forma que a mesma torne-se capaz de enfrentar suas inseguranças e medos(3). Neste contexto, a questão que norteou o estudo foi: como a família cuida da criança portadora do HIV/ AIDS? A partir desta, o **OBJETIVO** do estudo foi conhecer as vivências da família no cuidado à criança portadora do vírus HIV/ AIDS. Este conhecimento poderá subsidiar os profissionais da saúde que atuam junto às famílias e as crianças soropositivas a desenvolver estratégias mais efetivas de cuidado que auxilie na facilitação do cuidado familiar a estas crianças, diminuindo o seu impacto. **MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo descritiva. Foi realizada em um hospital universitário, no primeiro semestre de 2010, onde apenas estudantes de enfermagem e medicina atuam no setor Dia, realizando consultas com crianças com HIV/ AIDS e sua família. Há duas enfermeiras, no setor, responsáveis pelas consultas de pré e pós-teste para o HIV e controle da administração de

[53] Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/ FURG. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA/FURG. Rio Grande/ RS/ Brasil. E-mail: giovanacalcagno@furg.br

[54] Acadêmica de Enfermagem da FURG. Membro do GEPESCA/ FURG. Rio Grande/ RS/ Brasil. E-mail: enf.bruna.pacheco@hotmail.com

[55]Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FURG. Membro do GEPESCA/ FURG. Rio Grande/RS/, Brasil. E-mail: daiamoder@ibest.com.br

[56]Enfermeira, Aluna especial do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FURG. Membro do GEPESCA/ FURG. Rio Grande/RS/, Brasil. E-mail: joanafsaraiva@yahoo.com.br

[57]Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FURG. Membro do GEPESCA/ FURG. Rio Grande/RS/, Brasil. E-mail: maria25cris@yahoo.com.br

antiretrovirais e imunoglobulina e dos pacientes Dia. Os acadêmicos de enfermagem acompanham essas consultas. Participaram sete familiares cuidadores, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser a principal cuidadora domiciliar/institucional da criança, estar lúcida e orientada. Após esclarecida acerca dos objetivos e metodologia do estudo, assinou seu Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas e analisados pela técnica de Análise Temática. As entrevistas abordaram questões relativas ao perfil dos familiares cuidadores da criança portadora do HIV/ AIDS, a quem auxilia o cuidador no cuidado à criança, às alterações que ocorreram na vida após o diagnóstico do HIV/ AIDS na criança, ao preparo do familiar para o cuidado, às necessidades especiais da criança, às facilidades e dificuldades enfrentadas pelo cuidador e às estratégias que utiliza para cuidar. Seguiu-se a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Saúde para a Pesquisa com Seres Humanos[(4)]. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa recebendo parecer favorável sob o número 067/2010.**RESULTADOS:**Evidenciou-se o silenciamento do diagnóstico pelo familiar cuidador que passa a viver em função do cuidado à criança. Como dificuldades para cuidar destacam-se as condições de saúde da mãe ou sua morte, as hospitalizações como comprometedoras da escolarização e reveladora do diagnóstico e o medo em revelar o diagnóstico à criança. As mães, desse estudo, referem ter descoberto serem portadoras do vírus durante a realização do pré-natal. Entretanto, verifica-se, também, que mulheres que já sabem serem soropositivas estão engravidando e que após o conhecimento do diagnóstico do HIV na mãe e na criança a família evidencia estresse. A contaminação da criança pelo HIV pode ser de difícil aceitação pela família, tendo em vista a sua fragilidade. Podemos entender, que a criança depende exclusivamente do cuidado da família para manter sua qualidade de vida. Dessa forma, o familiar cuidador passa a viver em função da criança na esperança de conseguir a sua cura. Como a mãe da criança normalmente é sua principal cuidadora, e também é soropositiva, esta pode apresentar problemas de saúde. Dependendo destes problemas, o cuidado à criança pode estar comprometido. Caso ocorra a morte da mãe, a criança portadora do vírus pode acabar em uma instituição por falta de uma estrutura familiar que dê conta do seu cuidado. Outro problema enfrentado, pelo familiar cuidador, é quanto à revelação para a criança do seu diagnóstico. Eles referem que seu medo deve-se ao fato da criança ainda não ter maturidade suficiente para saber lidar com a notícia, justificando seu ocultamento. Em relação à sua escolarização, muitas crianças enfrentam a interrupção ou o atraso dos estudos por causa da doença ou estudam em classes especiais. **CONCLUSÃO:** Acredita-se que os profissionais da

saúde/enfermagem que atuam com essas famílias necessitam empregar estratégias assistenciais que lhes possibilitem um melhor enfrentamento do seu cotidiano assessorando-as para o cuidado, fornecendo informações pertinentes acerca do HIV/ AIDS às pessoas do círculo social dessas famílias, diminuindo o estigma e a discriminação a que estão expostas. São necessárias políticas públicas e serviços de saúde que sejam aderentes às necessidades do familiar cuidador da criança com HIV/ AIDS, auxiliando-os a obterem precoces diagnósticos e acesso ao seu tratamento e ao da criança, ao planejamento familiar efetivo e a orientações que os habilitem a cuidar da criança e se cuidar. O enfermeiro e demais profissionais da saúde deverão também dar subsídios à gestante soropositiva para o enfrentamento das adversidades do cotidiano com as quais se deparam. Em relação ao acompanhamento dessas mulheres e de seus filhos, é de suma importância que ocorra a humanização da assistência no pós-parto e que se tenha uma ampliação do apoio social e da rede de atenção para o suporte ao cuidado à criança soropositiva e seu familiar cuidador. Necessitamos entender que as mulheres infectadas pelo HIV/ AIDS não possuem diminuído o desejo de ser mãe. Dessa forma, seu estado sorológico não poderá ser considerado na hora de tomar a decisão pela gravidez e pelo uso ou não de métodos contraceptivos.Neste sentido, o cuidado em enfermagem visa habilitar a pessoa para ter condições de ser protagonista de sua vida e tem como objetivo instrumentalizá-la para realizar responsáveis escolhas. Assim, o enfermeiro deve fornecer assessoramento e apoio adequado para os familiares e para todos os que cuidam de crianças com HIV/ AIDS, com a finalidade de oferecer resposta a suas dúvidas e temores, fornecendo informações pertinentes acerca do HIV/ AIDS às pessoas do círculo social dessas famílias. Dessa forma, criar-se-á apropriados ambientes para diminuir o estigma e a discriminação a que estas famílias e crianças estão expostas.

Descritores: Família; Criança; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Gomes AMT, Cabral IE.The medication care to children with HIV: challenges and dilemmas of family caregivers. RevBrasEnferm. 2009;62(2):252-57.

2. Trejos AM, Tuesca RJ, Mosquera M. Children affected with HIV/AIDS: Information of HIV/AIDS in five Colombian cities. Colomb Med. 2011; 42(1):39-47.

3. Carvalho CML, Galvão MTG, Silva RM. Life changes among women with the Adquired Inmune Deficiency Syndrome. Acta PaulEnferm. 2010;23(1):94-100.

3. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2 Supl):15-25.

PERFIL DE NEONATOS INTERNADOS NA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Dionara Rodrigues Corrêa Pinheiro[58]; Fernanda Lopes de Meirelles Leite[59]; Rosana da Silva Moll[59]

INTRODUÇÃO: A prematuridade é um problema de saúde pública e a melhora nos cuidados, os avanços científicos e tecnológicos tem reduzido a mortalidade dos prematuros[1]. **OBJETIVO**: Caracterizar o perfil clínico dos neonatos internados na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal de um Hospital Universitário no extremo sul do País de março de 2011 à março de 2013. **METODOLOGIA**: Estudo exploratório retrospectivo de natureza descritiva tendo como fonte de dados os prontuários das crianças e livros de registro da enfermagem.Atendendo à Resolução nº 196/96 o trabalho foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande, recebendo parecer favorável sob nº 92/2009. **RESULTADOS**: Dos 402 recém-nascidos internados no período estudado, 226 (56,21%) eram prematuros e desses 41 (10,19%) eram prematuros extremos. Dos 25 (7,21%) óbitos, 16 (3,98%) foram de prematuros. A média da idade gestacional foi de 30,01 semanas e o peso médio do nascimento de 1100 gramas. Cento e vinte e cinco (31,09%) usaram surfactante exógeno, 91(22,63%) necessitaram ventilação mecânica e 55 (13,68%) necessitaram de suporte ventilatório não invasivo. A média de tempo de ventilação mecânica foi de 12,5 dias e a média de tempo de internação foi de 50,03 dias. As principais doenças e complicações foram broncopneumonia, infecção fúngica, sepse, doença da membrana hialina, persistência do canal arterial, enterocolite necrosante e displasia broncopulmonar.**CONCLUSÃO**: Observou-se que a prematuridade foi a maior causa de internação e que as principais complicações estão associadas ao baixo peso e à imaturidade imunológica destas crianças. Ao conhecer o perfil clínico acreditamos que a enfermeira possa executar um cuidado mais especializado e individualizado.

Descritores: Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal; Prematuro; Recém-nascido

---

[58] Técnica de enfermagem da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI Neo) do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Aluna da 7ª série do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Anhanguera. Membro doGrupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente- GEPESCA da FURG. E-mail: didi.cpinheiro@gmail.com

[59] Enfermeira da UTI Neo do HU/FURG. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Membro do GEPESCA/FURG.

REFERÊNCIAS:

1. Piccoli A et al. Perfil clínico de neonatos de muito baixo peso internados em uma unidade de tratamento intensivo neonatal. Rev HCPA 2012;32(4).

SAÚDE DA MULHER

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO ATENDIMENTO HUMANIZADO AO PARTO

Alessandra Mendes de Barros[60]; Nara Beatriz Silveira[61]; Jéssica Medeiros Minasi[62]; Nalú Pereira da Costa Kerber[63]; Daiane Bittencourt de Lemos[64].

INTRODUÇÃO: A história da assistência ao parto mostra que este passou de um processo natural a um procedimento controlado e medicalizado. Gradativamente, o número de intervenções neste setor cresce, convergindo para o desenvolvimento e disseminação no uso de tecnologia médico-farmacológica no nascimento. Com o intuito de obter melhores resultados maternos e neonatais, ocorreu uma rápida expansão do uso de tecnologias para desencadear, aumentar, acelerar ou regular o processo fisiológico do parto, com o objetivo de torná-lo seguro e saudável para mães e recém-nascidos. No entanto, as tentativas de melhorar a qualidade da assistência ao parto, muitas vezes, levaram à adoção de intervenções rotineiras inapropriadas, desnecessárias ou arriscadas, sem a devida avaliação de sua efetividade ou segurança. Tratando como aspecto secundário a dimensão subjetiva da intervenção assistencial nesse episódio[1]. Com isso, o abuso na medicalização dos partos, intervenções cirúrgicas desnecessárias, falta de acesso aos leitos e a desinformação passaram a ser considerados como desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e, consequentemente, como violações aos direitos humanos, passando, também, a serem entendidos como práticas e modelos desumanizantes de assistência à mulher e a sua família[2]. Para haver mudança, é necessário romper com práticas que estão cristalizadas na atuação profissional, sendo imprescindível uma disposição para aceitar o novo e buscar soluções adequadas ao

[60]Acadêmica da 8º série do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG/Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. e-mail: Alessandra_mbarros@yahoo.com.br

[61]Acadêmica da 8º série do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG/Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher

[62]Acadêmica da 6º série do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG/Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher

[63]Enfermeira. Doutor em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da FURG. Líder do Grupo de Pesquisa Viver Mulher (Co-orientadora)

[64]Enfª Msc Prof.ª Substitua do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG; Enfª Assistencial no Centro Obstétrico do Hospital Universitário/FURG. Membro do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.(Orientadora) e-mail: daiaenfblemos@yahoo.com.br

melhor cuidado.A educação é concebida como um processo permanente, onde cabe ao educador assumir um compromisso com a realidade. O papel do professor é essencial, tem função educativa de facilitador da aprendizagem, permitindo ao educador a chance de errar, discutir, testar e achar suas próprias soluções.Aprender vai além de estudar nos livros; significa adquirir uma nova forma de conduta. Assim, habilidades necessárias vão além do manejo dos equipamentos e da execução de procedimentos técnicos, incluem também, habilidades para promover o cuidado humanizado.Desde o final da década de 1990, a expressão "humanização do parto" tem sido utilizada pelo MS para se referir a uma série de políticas públicas promovidas com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e/ou do Banco Mundial e com a colaboração ou parceria de diversos atores sociais, como ONGs e entidades profissionais[3].Segundo o MS, a atenção humanizada ao parto envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal[4]. Nesta concepção, a humanização tem como foco a qualificação da atenção, envolvendo preocupações com o respeito e promoção de direitos humanos da mulher que recebe assistência, com treinamento ou formação dos profissionais e evidências científicas que norteiam as rotinas assistenciais, bem como com a disponibilidade de instalações físicas e recursos tecnológicos.Na tentativa de contribuir para a formação profissional na atenção humanizada ao parto, procura-se contemplar, neste estudo, o seguinte **OBJETIVO**: Conhecer a produção científica sobre a formação profissional no atendimento humanizado ao parto. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa[5], onde a busca de dados foi realizada na Biblioteca Virtual da Saúde em junho de 2010, utilizando o descritor "parto humanizado" foram encontradas 212 publicações. A partir da leitura exploratória dos resumos do material, foram selecionados 4 estudos completos para uma análise mais aprofundada, constituindo a amostra do estudo.Os dados foram agregados na forma de núcleos temáticos compondo um achado que foi interpretado e sustentado com outras literaturas pertinentes. Os critérios de inclusão utilizados para a seleção da amostra foram: artigos que contemplassem o objetivo; artigos com resumos disponíveis *on line*; artigos na integra disponíveis *on line*; artigos em português; artigos publicados a partir de 1º/06/2000, que foi a data da implantação do Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento no Brasil[4]. A análise dos dados foi realizada através da análise temática e procedeu-se em duas etapas. Na primeira, foram identificados: ano, periódico de publicação, título e objetivo efetuando-se uma análise descritiva destes dados na continuidade. Na segunda

etapa ocorreu a análise dos artigos na íntegra, cujos resultados foram sintetizados por similaridade de conteúdo. Os dados foram agregados na forma de núcleos temáticos conforme a identificação de semelhanças e diferenças compondo um achado que foi interpretado e sustentado com outras literaturas pertinentes. **RESULTADOS:** Humanizar é resgatar a importância dos aspectos emocionais do paciente, assumindo uma postura ética de acolhimento e de reconhecimento dos limites. A prática do ensino se constitui em estar com o paciente, e deve refletir a realidade que o ato de cuidar desperta no aluno e no educador, pois, enquanto cuidam, os alunos estabelecem reações que os inspiram e os sensibilizam, tornando-os mais fortes na expressão dos sentimentos para a compreensão de si e dos outros. humanizar é preciso, visto que a valorização indiscriminada dos aspectos tecnológicos, não levando em consideração a subjetividade, a solidariedade, o toque e a interação humana, pode gerar uma assistência centrada na máquina, na doença e não no ser humano[6]. No contexto da formação a relevância atribuída à noção de humanização do parto é variável. O valor atribuído como temática no ensino parece ser bastante diverso: desde a absoluta falta de menção nas disciplinas obrigatórias até o uso do termo na declaração da missão de ensino da faculdade, nas ementas de disciplinas e/ou a presença dos manuais técnicos do MS nas bibliografias recomendadas.Os alunos apresentam entendimentos variáveis, alguns identificam humanização como um termo que se refere às esferas das relações entre os diversos sujeitos envolvidos na assistência e a um conjunto de rotinas assistenciais. Outros entendem que o termo humanização se refere ao respeito e cuidado que a equipe profissional e o hospital têm com as gestantes. Para alguns, parto humanizado é parto normal com a presença de acompanhante. Assim, para parcela dos alunos, humanização se refere exclusivamente à esfera das relações: entre profissionais e gestante/parturiente/ puérpera; entre mães, bebês e acompanhantes[3]. Os docentes e os enfermeiros/médicos dos campos de estágio devem ser capacitados em cursos e oficinas de trabalhos, fundamentados na concepção crítica da educação, na construção coletiva de um currículo integrado e na metodologia da problematização, objetivando-se, com isso, formar profissionais voltados para a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde, na perspectiva de humanização e integralidade de ações, rompendo com o modelo “biomédico” nas práticas docentes na atenção à mulher, a fim de minimizar a medicalização nessa assistência[2].Os professores valorizam a dimensão atribuída ao aluno no processo ensino-aprendizagem, destacando seu papel ativo na formação e sua responsabilidade profissional. Compreendem a educação como um processo de mudança constante, em que o educando é o sujeito determinante de sua própria história,

um contínuo vir a ser. O profissional atuante na área obstétrica deve ser acolhedor, estabelecer uma relação de vínculo com a mulher e ter um conhecimento baseado em evidências científicas, mediante a busca constante de novos achados científicos[1]. Devem ter uma formação voltada para a valorização do parto normal humanizado, entendendo a humanização como um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Assim, o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento deve ser ensinado durante a formação profissional, utilizando-se os recursos tecnológicos disponíveis de forma criteriosa. É importante ter um docente qualificado, competente e habilidoso, em constante atualização quanto às evidências científicas, com experiência em parto convencional e humanizado. Além disso, o bom educador deve ter competência, experiência, boa didática, habilidade e bom conhecimento científico, unindo o conhecimento teórico à prática, conforme o que lhe dá sustentação[1].O conhecimento científico é indispensável para a formação e o ensino teórico não pode estar desvinculado da prática, que deve propiciar ao aluno a experiência no cuidado da mulher durante o parto.**CONCLUSÃO:** O conhecimento ocorre por meio de uma constante superação e deve ser centrado no educando, de maneira que este se torne criativo e reflexivo, que possa elaborar hipóteses e buscar soluções. Esse é um processo que conduz ao desenvolvimento de uma consciência transformadora e crítica, que leva o ser humano a criar e estabelecer sua história. A disposição em aceitar o novo e buscar soluções adequadas para o melhor cuidado é imprescindível. O profissional que opta pela mudança em sua prática se torna agente de uma mudança, nesse contexto, a educação assume um lugar privilegiado.**CONSIDERAÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A enfermagem tem papel fundamental nas ações educativas, pois é uma equipe atuante em diversas áreas, permanecendo durante grande parte do tempo perto de seus pacientes, desta forma tem a oportunidade/facilidade de divulgar e incentivar a utilização de práticas humanizadas ao parto, visando à melhoria da qualidade na assistência. Por meio dessas ações o profissional tem uma oportunidade impar, momento ideal para ensinar, modificando a rotina hospitalar, contribuindo para o conhecimento das mulheres, proporcionando assim o estabelecimento de um vínculo.

Descritores: Enfermagem; Parto Humanizado; Saúde da Mulher.

REFERÊNCIAS:

1. Silveira JC, Riesco MLG. ensino da prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica rev. enferm. uerj, rio de janeiro, 2008 out/dez; 16(4):512-7.

2. Moura CFS, Lopes GT,Santos TCF. humanização e desmedicalização da assistência à mulher: do ensino à prática. rev. enferm. uerj, rio de janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):182-7.

3. Hotimsky SN, SchraiberLB.Humanização no contexto da formação em obstetrícia Ciência e saúde Coletiva, 10 (3):639-649,2005.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Programa Humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília, 2000.

5. Mendes, K.D.S.; Silveira, R.C.C.; Galvão C.M. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidencias na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm 2008; 17(4): 758-64.

6. Magalhães FJ, Rolim KMC, Campos ACS, Cardoso MVLML,Silva RM. sensibilizando os discentes para o cuidado humanizado: vivências do ensino-aprendizagem Rev Rene;5(2):79-85,jul-dez.2004.

ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM EM AÇÃO: EXPERIÊNCIA PROMOVIDA PELO PROGRAMA VIVER MULHER

Catharine Silva de Souza[65]; Taimara Martins Pinheiro[66]; Camila Magroski Goulart Nobre[67]; Fernanda Ruas Machado[68]; Vanessa Franco de Carvalho[69]; Nalú Pereira da Costa Kerber[70];

INTRODUÇÃO: As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, representam atualmente cerca de 65% da população feminina brasileira, evidenciando a importância da elaboração de políticas voltadas a elas. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem como diretrizes atender as mulheres em todos os ciclos da vida, realizando ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde. Além disso, as práticas devem ser norteadas pela integralidade e humanização da assistência [1]. Uma das atribuições do profissional enfermeiro é a realização da consulta de pré-natal de gestação de baixo risco, em que o Ministério da Saúde preconiza que sejam realizadas no mínimo seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação [2]. Além de informar a mulher sobre as diversas alterações que ocorrem no seu corpo durante a gravidez, e sobre o desenvolvimento do seu bebê, o enfermeiro(a) deve solicitar os exames de rotina, realizar as orientações necessárias, encaminhar gestantes identificadas como de risco para o profissional médico e realizar ações educativas sempre envolvendo a família da paciente no cuidado [2,3]. Outra atribuição do enfermeiro é a consulta puerperal,que deve ser realizada até 42 dias após o parto, sendo avaliados as condições de saúde da mulher e do recém-nascido, amamentação, retorno da menstruação e da atividade sexual e realização de orientações educativas[4]. Além da consulta de enfermagem no pré-natal e no puerpério, o enfermeiro deve promover ações para prevenir e detectar precocemente o câncer do colo do útero e, a maneira mais efetiva de fazê-las é a realização de rotina do exame citopatológico, também denominado de Papanicolau. O Ministério da Saúde preconiza que este exame deve ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma

[65] Acadêmica do 6º semestre de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Bolsista PET-Enfermagem. E-mail: catharinesouzaenf@hotmail.com
[66] Acadêmica do 6º semestre de Enfermagem da FURG. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Bolsista PET-Enfermagem.
[67] Acadêmica do 7º semestre de Enfermagem da FURG. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.
[68] Acadêmica do 6º semestre de Enfermagem da FURG. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.
[69] MsC. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.
[70] Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FURG. Líder do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.

vez por ano, e após obterem em dois anos consecutivos resultados negativos, este exame pode ser realizado a cada três anos [5]. Entendendo a importância da assistência integral e de qualidade à saúde da mulher, foi estabelecida uma parceria entre a Coordenação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal de Saúde - SMS do município do Rio Grande/RS e o Programa de Extensão Viver Mulher, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG.O programa tem como objetivos prestar assistência integral à saúde da mulher, durante o pré-natal e puerpério, prevenir e detectar precocemente doenças transmitidas sexualmente e o câncer do colo do útero e de mama. **OBJETIVO**: relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem no desenvolvimento de projetos de extensão do Programa Viver Mulher, na Secretaria Municipal de Saúde. **METODOLOGIA:** O Programa Viver Mulher apresenta diversos projetos direcionados às especificidades das mulheres, como mulheres em idade fértil, gestantes e puérperas e é desenvolvido em diferentes espaços, como Ambulatório e Maternidade do Hospital Universitário, Penitenciária Estadual do Rio Grande, domicílio de puérperas e Posto de Assistência Médica (PAM). Neste momento será efetuado um relato das atividades desenvolvidas nos projetos desenvolvidos no PAM: Consulta de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco, Prevenção do Câncer de Colo Uterino e de Mama e Consulta de Enfermagem em Puerpério. Os Projetos de Extensão são realizados por meio de consultas de enfermagem individuais às mulheres que buscam atendimento na Coordenação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal da Saúde. Estas são realizadas pela enfermeira da unidade juntamente com bolsistas remuneradas e extensionistas voluntárias, acadêmicas da Escola de Enfermagem, da FURG e integrantes do Programa Viver Mulher. O programa possibilita ao acadêmico de enfermagem que já tenha cursado a disciplina de Assistência de Enfermagem na Saúde da Mulher, aprimoramento do seu conhecimento e integração com a equipe de saúde e a comunidade. Além disso, há uma integração entre ensino, pesquisa e extensão, os acadêmicos aprendem a vincular as pesquisas às diferentes realidades e necessidades da comunidade. As atividades realizadas são consulta de enfermagem, grupos de mulheres e campanhas educativas. As ações se desenvolvem desde 2007 e são realizadasuma ou duas vezes por semana. A frequência está relacionada ao desenvolvimento das práticas da disciplina de Assistência de Enfermagem na Saúde da Mulher, uma vez que durante esses momentos, as ações são realizadas pela docente e estudantes matriculados na disciplina. Os bolsistas da extensão possibilitam que os projetos não sejam interrompidos em época de férias curriculares e nos momentos em que não há práticas

da disciplina no PAM. **RESULTADOS:** No ano de 2012, foram realizadas 1787 consultas de enfermagem distribuídas entre os projetos citados anteriormente. Durante a realização das consultas de enfermagem no pré-natal de baixo risco, as enfermeiras, juntamente com as acadêmicas realizam o acolhimento da mulher, investigam dados importantes para a gestação, fazem requisição dos exames de rotina, coleta do exame de Papanicolau, prescrição de medicamentos, exame físico da gestante, orientações e atendem as dúvidas e questionamentos da mesma. Estas consultas são de extrema relevância, pois o período que compreende a gestação, o parto e o puerpério, corresponde a uma etapa única na vida da mulher, cheia de novas experiências e descobertas. Os profissionais de saúde participam de todo esse processo, e desempenham um papel muito importante nele, em que devem colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, e identificar os momentos em que são necessárias intervenções para assegurar a saúde de ambos [2]. Uma atenção pré-natal realizada com qualidade e de maneira humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. A mulher deve ser acolhida desde o início da sua gestação e ser acompanhada continuamente até o fim da mesma, para que possa ser garantido o bem-estar materno e o nascimento de uma criança saudável [4]. O pré-natal é muito importante para a realização de orientações e esclarecimento de dúvidas que a gestante possa ter. Ao realizar os atendimentos percebe-se a satisfação das mulheres com a consulta de enfermagem, pois esta dura mais tempo, elas sentem-se a vontade para expor suas dúvidas e relatam a importância das orientações realizadas durante a mesma. Foi realizado ainda, um curso de gestantes, em que além das enfermeiras e acadêmicas, participaram outros profissionais da saúde, como médico, fisioterapeuta e nutricionista, visando à saúde da gestante e a preparação da mesma para o parto e puerpério. Quanto às consultas de enfermagem no puerpério, evidenciou-se a baixa procura pelas puérperas, sendo realizadas apenas cinco consultas durante o ano de 2012. Entretanto, este atendimento é muito importante, pois nele é avaliado o estado geral da puérpera e do recém-nascido, estabelecimento do aleitamento materno, dificuldades e dúvidas da puérpera quanto aos cuidados com o bebê, além de orientações. Um estudo realizado com mulheres no puerpério evidenciou que, destacam-se também, a necessidade de serem acolhidas, ouvidas, de orientação e informação, que deve ir além dos cuidados com o recém-nascido [6]. Logo, cabe a este profissional acompanhar assistencialmente e educacionalmente a puérpera e o recém-nascido, prestando-lhes um atendimento integral e humanizado[7].As acadêmicas realizam também a coleta de exame Papanicolau em mulheres que possuem vida sexual ativa, este é importante para a prevenção e

detecção precoce do câncer de colo uterino, que é uma doença de desenvolvimento lento, que tem como principal fator de risco a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV). É o segundo tumor mais freqüente entre as mulheres brasileiras e a quarta causa de morte por câncer no sexo feminino[8]. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos. Estimativas recentes evidenciam que este tipo de câncer é um importante problema de saúde pública, somente no ano de 2012, no Brasil, foram esperados 17.540 casos novos[9].Através da realização do Papanicolau, se pode detectar desde a ausência de células atípicas ou anormais, quando o resultado está dentro dos limites da normalidade, a um carcinoma invasor, sendo uma citologia conclusiva de malignidade. Apesar do câncer do colo do útero apresentar elevada incidência, esta neoplasia apresenta um alto potencial de prevenção, e quando precocemente diagnosticada, possui grande chances de cura [10]. Além das consultas de enfermagem, as acadêmicas auxiliam a enfermeira na organização da unidade e participam de ações promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde, como campanhas e oferta de serviços nos bairros. **CONCLUSÃO/CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM:** Conclui-se que é de extrema importância o acolhimento da mulher pelos profissionais de saúde, que devem sempre orientá-la de forma clara e objetiva, atendendo as suas dúvidas e questionamentos. A enfermagem acompanha a mulher prestando assistência, em todo o ciclo gravídico-puerperal, possuindo desta forma importante papel na saúde das mulheres. Ao participarem destas atividades de extensão os acadêmicos além de conseguirem realizar de forma mais eficiente uma relação teórico-prática, conseguem acompanhar de maneira mais continua o trabalho da enfermagem. Ao terem a oportunidade de realizar a consulta de enfermagem, mesmo que acompanhados pela enfermeira responsável, os alunos conseguem adquirir mais autonomia e confiança para o seu fazer. A realização destes projetos proporciona não só um crescimento pessoal para os alunos envolvidos, como também, auxilia no desenvolvimento do senso critico, e contribui significativamente para a sua formação como enfermeiro.

Descritores: Enfermagem; Saúde da Mulher; Promoção da Saúde;

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. Brasília: 2004.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: 2001.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Conversando com a gestante. Brasília: 2008.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico. Pré-natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada. Brasília: 2006.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: 2006.

6. Ravelli APX. Consulta puerperal de enfermagem uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. Rev Gaúcha Enferm 2008; 29(1): 54-9.

7. Almeida SN; Silva IA. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(2): 347-54.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Tipos de Câncer. Colo do útero. Rio de Janeiro: 2012.

9. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2012.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: 2006.

AÇÃO OUTUBRO ROSA – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Camila Magroski Goulart Nobre[71];Alessandra Mendes de Barros[2]; Catharine Silva de Souza[3];Taimara Martins Pinheiro[4]; Vanessa Franco de Carvalho[5]; Nalú Pereira da Costa Kerber[6].

INTRODUÇÃO: Segundo tipo mais frequente no mundo, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%. Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Estatísticas indicam aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento[1]. Na cidade do Rio Grande, segundo dados da Coordenação de Saúde da Mulher do município, no ano de 2010, ocorreram 21 óbitos por câncer de mama, em 2011 foram 35 óbitos e até setembro de 2012 foram registrados 23 óbitos. Por entender essa problemática, o Grupo de Pesquisa Viver Mulher vem atuando desde o ano de 2007 em parceria com a Coordenação de Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal de Saúde, se empenhando continuamente em realizar ações que contemplem a saúde integral da mulher e promovam o empoderamento das mulheres quanto ao seu autocuidado. Nesse sentido, são desenvolvidos diversos projetos, os quais congregam inúmeras ações voltadas às mulheres riograndinas. Entre as ações, destacamos a ação denominada Outubro Rosa, tema abordado neste momento. **OBJETIVO:** Divulgar as ações desenvolvidas pelo Grupo de Pesquisa Viver Mulher em comemoração ao mês dedicado contra o câncer de mama, no município do Rio Grande, Rio Grande do Sul. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, de atividades realizadas para as mulheres da comunidade riograndina, no mês de outubro, em comemoração ao mês dedicado à luta contra o câncer de mama. O movimento "Outubro Rosa" é reconhecido mundialmente. O nome faz alusão ao laço de cor rosa que é o símbolo do movimento de prevenção ao câncer de mama. O evento teve a participação de diversos programas da

[71]Universidade Federal do Rio Grande-FURG. Acadêmica de Enfermagem 7ª série. kamy_magroski@yahoo.com.br.
[2] Universidade Federal do Rio Grande –FURG. Acadêmica de Enfermagem 8ª série.
[3] Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Acadêmica de Enfermagem 6ª série.
[4]Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Acadêmica de Enfermagem 6ª série.
[5]Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Enfª Mestranda da Escola de Enfermagem.
[6]Universidade Federal do Rio Grande- FURG. Enfª Drª.nalu@vetorial.net.

Secretaria Municipal de Saúde (SMS) entre eles: Programa DST/AIDS, Saúde do Idoso, HIPERDIA, Saúde do deficiente, Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, Programa de Prevenção ao Tabagismo e Vigilância Epidemiológica. O Grupo de Pesquisa Viver Mulher, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, participou ativamente desse movimento, em parceria com a Coordenação de Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande (SMS). Sua participação foi por meio de uma ação conjunta com as diversas secretarias da Prefeitura Municipal, no Largo Drº Pio, em Rio Grande, no dia 27 de outubro. O grupo realizou orientação às mulheres que transitavam no local, entrega de folder com orientações educativas para a prevenção do câncer de mama, exame clínico de mamas, solicitação de mamografia e encaminhamentos quando necessário. **RESULTADOS:** As atividades realizadas no Largo Drº Pio se deram principalmente em torno de orientações quanto à importância da realização do autoexame de mamas, realização de mamografia e exame preventivo de câncer do colo uterino. O grupo que atuou nessa ação dividiu-se e foram realizadas verificação de pressão arterial, distribuição de folders, orientações e esclarecimentos de dúvidas da população, além da realização do autoexame nas mamas das mulheres que demonstraram interesse em serem examinadas. Após a realização do autoexame as mulheres que apresentaram necessidade de realizar mamografia ou consulta, foram encaminhadas para o médico que contribui com a ação e realizou os agendamentos para consultas no PAM. Essa ação alcançou um total de 89 mulheres, a idade das mulheres variou de 17 até 77 anos. Consideramos que houve bastante adesão por parte das mulheres, visto que essa ação foi realizada apenas em um (1) dia, e conseguimos mobilizar um número relativamente grande de mulheres.Soube-se que 51,68% das mulheres já haviam realizado mamografia anteriormente, 42,69% nunca tinham realizado esse procedimento.O câncer de mama é uma doença frequente entre as mulheres a partir dos 40 anos de idade, porém, mesmo sendo uma doença grave e séria, pode ter cura desde que diagnosticada precocemente. Através da mamografia, é possível controlar o aparecimento de anormalidades nas mamas das mulheres. Dessa forma, o rastreamento mamográfico é recomendado como rotina para pessoas do sexo feminino com as mamas aparentemente ausente de nódulos, ou corpos estranhos ou ainda qualquer tipo de sintomas, visando obter o diagnóstico do câncer de mama de forma precoce. É indicada também para diferenciar tumores malignos e benignos a partir de resultados obtidos, para o estabelecimento do tratamento. A eficácia dessa metodologia é muito grande e reflete na diminuição da taxa de mortalidade de mulheres afetadas por essa enfermidade[2]. Por isso a importância é tão grande, devendo ser feita uma (1) vez

por ano por todas as mulheres a partir dos quarenta anos, uma vez que é a partir dessa idade que as chances dessa doença aumentam consideravelmente. Além da mamografia, a mulher pode realizar o autoexame, que é baseado na palpação dos seios a procura de possíveis nódulos e dores isoladas. Vale lembrar que o autoexame tem importância, mas secundária, pois seu poder de diagnóstico é mínimo, acontecendo, geralmente, quando o tumor já está com um tamanho mais avançado. **CONCLUSÃO:** Como a prevenção continua sendo a melhor maneira de diagnosticar precocemente o câncer de mama, é de fundamental importância que as mulheres se conscientizem a respeito da necessidade da mamografia. Portanto, a mulher tem duas alternativas que podem ajudar de maneira significativa na prevenção do câncer de mama: realizar a mamografia uma vez ao ano e, nesse intervalo, incluir na rotina o autoexamedas mamas.A realização destas ações proporcionam não só o crescimento pessoal para os alunos envolvidos, como também, auxilia no desenvolvimento do senso critico, e contribui significativamente para a sua formação como enfermeiro. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Acredita-se que eventos como esses, aproximam os saberes da mulher dos saberes dos profissionais, e vice-versa, possibilitando assim que o profissional desenvolva estratégias de orientações mais eficazes referente a prevenção do câncer de mama. A influência dos profissionais, incentivando as mulheres para o cuidado diário de si próprias e introduzindo novos conhecimentos, instrumentalizam a mulher, podendo, assim, ser uma forma de contribuir para a diminuição dos índices de câncer de mama na nossa região.

Descritores: Enfermagem. Saúde da mulher. Neoplasias de mama.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer – (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro : Inca, 2011a. 118 p.

2. Lima C, Matos D.L. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: Um estudo baseado na Pesquisa Nacional por amostra de domicílios (2003). Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(7): 2007.

CONTRACEPÇÃO E USO DE PRESERVATIVOS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE PRISÃO EM RIO GRANDE

Camila Magroski Goulart Nobre[72]; Deciane Pintanela de Carvalho[73]; Alessandra Mendes de Barros[72]; Vânia Bernardetti do Amaral Leivas[74]; Nalú Pereira da Costa Kerber[75]

INTRODUÇÃO: Segundo o Ministério da Justiça[1], o percentual da população carcerária no Brasil é crescente. A cada dia entram 200 presos a mais do que saem das 1.150 prisões espalhadas no país. Em 2008, a taxa de encarceramento no Brasil era de 225 presos para cada grupo de 100 mil habitantes. Logo, estas compõem uma população de risco para infecções transmitidas por via sexual, pois apresentam, com frequência, comportamentos de risco que incluem atividades relacionadas ao uso de drogas e a troca de sexo por drogas[2]. As iniciativas de prevenção trazem como eixo central a promoção do uso do preservativo masculino e feminino, por ser a única forma de proteção contra as Doenças sexualmente transmissíveis /AIDS e gravidez não planejada. Porém, no Brasil, persiste uma cultura sexual tradicional, impregnada por uma visão em que o "machismo" é um fenômeno marcante, delegando ao homem atributos de atividade, dominação, racionalidade, e à mulher, de passividade, submissão e emoção. A recomendação de uso do preservativo masculino e feminino nem sempre pode ser discutida e negociada antes da relação sexual, o que coloca a mulher encarcerada, que precisa e deseja solicitar o seu uso, numa situação em que depende da concordância do parceiro[3].Em vista disso, essa temática é sempre atual e necessária de discussão, tanto nos espaços acadêmicos quanto nos serviços de saúde.**OBJETIVO:** Identificar o método contraceptivo e o uso de preservativo pelas mulheres em situação de prisão no município do Rio Grande/RS.**METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa do tipo documental, oriundo de dados secundários das entrevistas realizadas na Penitenciária Estadual do município do Rio Grande/RS (PERG) com 68 mulheres que estavam em situação de prisão no referido local, no período de março a dezembro de 2010. Nesse período estava sendo desenvolvido um projeto de extensão do Programa

[72] Acadêmica da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.
[73] Acadêmica da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher e do Grupo GEPOTES.
[74] Enfermeira. Coordenadora do Programa Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande. Mestre em Ciências da Saúde. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.
[75] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Líder do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.

Viver Mulher, da Escola de Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande em parceria com a Coordenação Municipal de Saúde da Mulher, intitulado: "Projeto Assistência Integral à Saúde da Mulher Privada de Liberdade".O projeto era desenvolvido por meio de consultas de enfermagem quinzenais direcionadas às mulheres que se encontravam em situação de prisão no período de realização do projeto. Durante as consultas era utilizado um instrumento próprio, construído para utilização no projeto. O Grupo de Pesquisa Viver Mulher elaborou um projeto de pesquisa "Diagnóstico de saúde das mulheres em situação de prisão no Presídio de Rio Grande/RS", o qual obteve o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde sob parecer nº 023/2013. Para o presente estudo foram extraídas, do banco de dados, as respostas às questões envolvendo o uso de métodos contraceptivos e de preservativos. Foi realizada a análise descritiva dos achados, relacionando estes com a literatura científica encontrada sobre a temática. **RESULTADOS:** Das 68 mulheres entrevistadas, o método contraceptivo utilizado por 20 delas (29%) foi o anticoncepcional oral (ACO), 10 (14,7%) faziam uso de preservativo, 9 (13,2%) realizaram laqueadura e 5 (7,3%) tinham sido submetidas à histerectomia, (4,4%) utilizavam anticoncepcional injetável, 1 (1,4%) era gestante e 1(1,4%) estava com dispositivo Intra-uterino (DIU). O restante (17) das mulheres, não utilizavam nenhum método contraceptivo. Quando questionadas especificamente sobre uso de preservativo durante as relações sexuais, 6 mulheres (10,2%) afirmaram fazer uso deste às vezes, 45 (66%) não utilizavam e 17 (25%) utilizavam preservativos sempre que tinham relações sexuais. **DISCUSSÃO:** O método contraceptivo mais utilizado pelas mulheres em regime penitenciário foi o anticoncepcional por via oral. O mesmo possui elevada eficácia contraceptiva, não tem interferência na relação sexual, regulariza os ciclos menstruais, porém, não protege contra as DSTs como AIDS e Hepatite B. Os anticoncepcionais injetáveis foram citados por um menor número de mulheres, sendo que, estes possuem utilização mais prática, não necessita de uso diário como os ACO, não interferem com a relação sexual, provocam irregularidades do ciclo menstrual e não protegem contras as DSTs. O (DIU) é um método de longa duração, introduzido no útero, permanecendo por anos, não interfere no ato sexual, nem na amamentação, também não previne contra DSTs. A laqueadura e histerectomia realizadas por um total de 14 mulheres são métodos irreversíveis, que evitam futuras gestações, porém não evitam contágio por DSTs. Com relação ao uso de preservativos é possível perceber que a maioria das mulheres não o utiliza durante as relações sexuais, mesmo este sendo o método mais eficaz para prevenir contra as doenças sexualmente transmissíveis, além de

evitar uma gravidez não planejada[4]. **CONCLUSÃO:** A vida sob cárcere penitenciário possui características que são singulares. Em nosso país, a população que se encontra confinada nestes locais, em geral, carece de uma atenção especial, visto que esta possui mais facilidades em adquirir DST/AIDS no sistema penitenciário. Entende-se que as relações existentes entre mulheres encarceradas e as DST/AIDS encontram-se em raízes mais profundas e complexas que decorrem além do individuo. Mostram-se aprofundadas em aspectos culturais, sociais e econômicos que são resultantes da interação destes sujeitos com o meio em que vivem e de como o compreendem. Pelo exposto sobre o assunto e considerando os resultados encontrados, sugere-se que sejam desenvolvidas ações voltadas para a promoção do uso do preservativo masculino, com enfoque nas relações conjugais estáveis, com o intuito de esclarecer homens e mulheres, justificando para estes que o tipo de relação não constitui um fator de proteção contra as DST/AIDS Além disso, por ser um método que promove proteção relacionada a uma gravidez não planejada, seu uso deve ser estimulado também sob esse enfoque. As equipes de saúde que trabalham com a população carcerária devem implementar formas de promover o uso constante do preservativo masculino e feminino nesta população, integrado a um amplo conjunto de estratégias de informação para a promoção da saúde. A inserção da enfermagem na discussão da atenção à saúde no sistema prisional é algo novo que requer continuidade, através de novas pesquisas científicas que busquem contribuir com a promoção e prevenção da saúde, tendo em vista as lacunas existentes na literatura sobre o processo saúde-doença no cárcere. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A pesquisa mostra-se relevante, pois permite a ampliação de conhecimentos acerca da temática, possibilitando uma maior contribuição para acadêmicos de áreas afins, pesquisadores e profissionais de saúde. Dessa forma, tais informações irão proporcionar a realização de ações direcionadas a esse público, já que no tocante à saúde poderá ser possível um cuidado mais específico, com um olhar de gênero nas relações mulher/homem, sob o enfoque do contexto vivenciado pelas presidiárias. Para tanto, este estudo contribui não só para explicitar a importância do acesso à informação como fator de promoção de saúde, mas também, para produzir informação que pode ser usada como guia nas políticas públicas no campo da saúde.

Descritores: Enfermagem; Saúde da Mulher e contracepção.

REFERÊNCIAS:

1. BRASIL. Ministério da Justiça. Índice penitenciário nacional. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBR NN.htm>. Acesso em: 16/04/2013

2. MIRANDA, A. E.; VARGAS, P. R. M.; VIANA, M. C. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 2, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000200015&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 16/04/201

3. GELUDA, K. et al. Quando um não quer, dois não brigam: um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 abril 2013.

4. MINISTÉRIO DA SAÚDE; DST-AIDS, Hepatites Virais; Disponível em <http://www.aids.gov.br/> Acessado em 30 mar 2013.

DISPOSITIVO INTRA UTERINO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ACERCA DO MÉTODO

Jaqueline do Espírito Santo Costa[1], Vera Lúcia de Oliveira Gomes[2]

INTRODUÇÃO: O dispositivo Intra Uterino (DIU) é um aparelho pequeno e flexível, constituído de plástico que pode ou não ser recoberto por cobre ou conter hormônio: progesterona ou levonogestrel.[1,2] É um material que necessita do profissional médico devidamente habilitado para sua colocação.[1] O tipo de DIU mais indicado é o representado pelas siglas TCu 380A que foi amplamente estudado e possui alta confiabilidade apresentando taxa da falha entre 0,4 em 12 meses a 2,1 em 120 meses[1]. Mesmo sendo um método altamente confiável, seu uso é repleto de julgamentos e sentimentos, uma vez que muitas usuárias o relacionam à possibilidade de gravidez durante seu uso, bem como lhe atribuem um potencial abortivo.[3]Outra questão relevante a ser analisada no uso do DIU é a dependência do profissional de saúde para colocação e retirada o que se torna um impecílio para início ou interrupção do método onde o acesso ao atendimento de saúdel é dificil.[3] Observando as questões inerentes ao uso do DIU, acredita-se que um profissional enfermeiro que forneça orientações embasadas em conhecimento científico é de extrema relevância no contexto de saúde atual. Neste contexto buscou-se neste estudo analisar o conhecimento produzido, acerca do Dispositivo Intra Uterino. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada em bases de dados e periódicos nacionais e internacionais. Não foi delimitado um período de tempo para inclusão ou exclusão de artigos, pois buscou-se realizar também um levantamento da história deste método contaceptivo. Como palavras chave de busca incluíu-se Dispositivo intra uterino (DIU ou IUD a sigla em inglês), e métodos contraceptivos reversíveis. Foram incluídos no estudo textos publicados nos idiomas inglês e português, disponíveis de forma gratuita e online. **RESULTADOS:** Em 1909 foi publicado em um jornal alemão de medicina, o artigo intitulado “Meios de prevenir a concepção” de autoria do médico Richter. Nele foi apresentada uma inovação descritacomo um acessório com grossos fios de seda tramados de uma maneira peculiar, e um filamento de bronze envolvendo os fios. Naquela época a invenção de Richter não teve impacto na prática de controle de natalidade e não foram fornecidos dados clínicos acerca de seu uso.[4] O precursor do dispositivo utilizado atualmente possuía o formato de um anel, constituído de prata com 30% de cobre e foi inventado pelo médico alemão Ernst Gräfenberg, que após dez anos de pesquisa e a inserção de mais de 100 dispositivos intra uterinos, apresentou no ano de 1928 o anel de prata como um método

de contracepção.[4] Em autópsias realizadas em usuárias foi encontrado um anel de Gräfenberg usado por 24 anos e outro usado por 58 anos.[5] Na década de 40, foi lançada a primeira geração do DIU de plástico, material que solucionava um dos problemas mais comuns na colocação do anel de Gräfenberg, a maleabilidade do material, pois o plástico retornava ao seu formato inicial após ser inserido no útero. Com estudos mais aprofundados sobre a temática, a comunidade científica evidenciou que o DIU de plástico não era tão efetivo quanto o anterior de metal, além de desencadear efeitos colaterais adversos, como fortes cólicas abdominais e sangramentos intensos.[4] No ano de 1969, a segunda geração do aparelho foi fabricada em cobre, em formato de T. Décadas antes Grafenberg havia utilizado o cobre em seus aneis,mesmo ignorando as propriedades contraceptivas desse metal. A terceira geração do DIU veio para solucionar o problema que mais desencadeava a retirada de dispositivos, ou seja, o sangramento excessivo. Neste aparelho foi adicionado um reservatório de levonogestrel, com liberação diária da substância.[4]A segunda e terceira gerações são utilizadas até os dias de hoje.[2] Seu funcionamento ocorre através de "uma reação inflamatória no endométrio, com alterações histológicas e bioquímicas importantes (aumento de citocinas citotóxicas), que interferem na fisiologia normal da espermomigração, fertilização do óvulo e implantação do blastocisto", tornando o útero um meio hostil à fecundação.[1] O DIU é um método contraceptivo de longa ação, porém reversível, de forma que a mulher retoma sua função reprodutiva após a retirada do dispositivo.[6]O modelo TCu 380ª, pode durar por volta de dez anos após sua colocação no útero sendo possível a sua retirada a qualquer momento.[2]Já o DIU com levonogestrel tem durabilidade de até cinco anos.[1] Os efeitos colaterais variam de acordo com o tipo de dispositivo instalado e vão desde a presença de dor pélvica, infecção, aumento do sangramento menstrual, ou diminuição do mesmo até amenorréia no caso do DIU com adição hormonal.[1]Sendo um método repleto de subjetividades, mulheres relataram não conseguir conviver com a possibilidade de um objeto estranho inserido em seu corpo. Nesse mesmo trabalho o dispositivo foi citado pelas entrevistadas como abortivo.[7]Muitas vantagens foram apontadas com seu uso, entre elas, o fato de não apresentar potencial abortivo.[2]Comparando com os anticoncepcionais orais, os dispositivos contraceptivos reversíveis de longa ação, como o DIU são mais efetivos em prevenir uma gravidez indesejada ao longo do tempo, e funcionam bem, independente da idade da mulher.[6]Com relação ao acesso a este método, o Ministério da Saúde o disponibiliza gratuitamente por meio do Sistema Único de Saúde.[7]

CONCLUSÃO/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Conclui-se que o

conhecimento acerca da implantação e utilização do DIU, ou mesmo outro método contaceptivo fornece embasamento teórico ao enfermeiro para a correta orientação de clientes quanto às especificidades de cada método escolhido. Um profissional instrumentalizado presta um cuidado de enfermagem com qualidade e respeito `as usuárias. Segundo estimativas, o aumento na contracepção, nos últimos vinte anos, tem diminuído em cerca de 40% o número de mortes maternas nos países em desenvolvimento.[8] A simples redução do número de gestações indesejadas em mulheres com multiparidade e nos casos cujo desfecho seria um aborto sem condições mínimas de segurança são apresentados como fatores significativos para a redução de mortes maternas.[8] Enfoca-se que o enfermeiro possui, em sua formação, as diretrizes para desenvolver ações de educação em saúde, sendo essa uma peça chave para realização de orientações acerca da promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Descritores: Enfermagem, saúde sexual e reprodutiva, métodos contraceptivos

REFERÊNCIAS

1. Hofmeister PME, et al. Manual de anticoncepção da FEBRASGO. Femina. Set 2009; 37(09). Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/arquivos/femina/Femina2009/setembro/Femina-v37n9_Editorial.pdf.

2. Ministério da Saúde. (Brasil). Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_direitos_sexuais_2006.pdf acesso em 10/01/2013>

3. Carvalho MLO,Schor N. Motivos de Rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. Revista de Saúde Pública; 2005; 39(5). Disponível em:http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n5/26300.pdf

4. Thiery M. Pioneers of the intrauterine device. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. Mar 1997; 2(1). Disponível em: http://www.contrel.be/Articles%20and%20videos/Pioneers%20of%20the%20intrauterine%20device.pdf

5. Whipple B, Ernst Gräfenberg: De Berlim a Nova York. Scandinavin Journal of Sexology. Aug 2000; 3(2). Disponívem em: http://www2.hu-berlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/GRAFENBERG.HTM

6. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. The new england journal of medicine. Mai 2012; 366. Disponível em: http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1110855

7. Ministério da Saúde (Brasil). Direitos sexuais e reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf

8. Clealand J, Agudelo AC, Peterson H, Ross J, Tsui A . Contraception and health. The Lancet; Jul 2012: 380(9837), Disponível em: http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60609-6/fulltext?_eventId=login

DOAÇÃO DE LEITE HUMANO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Márcia Marcos de Lara[76]; Aline Rodrigues do Monte[77]; Luisa Rocha Braga[78]; Nalú Pereira da Costa Kerber[79]; Daiane Bittencourt de Lemos[80].

INTRODUÇÃO: O leite materno é um alimento completo e suficiente para garantir o crescimento e desenvolvimento saudável do bebê durante os primeiros dois anos de vida. É de fácil e rápida digestão, completamente assimilado pelo organismo infantil. O aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida pode evitar, anualmente, milhões de mortes de crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento[1]. A decisão de evitar ou interromper o aleitamento deve ser considerada caso a caso, na presença de dúvidas, é prudente recorrer à profissionais qualificados para o atendimento e aconselhamento em amamentação. Desta forma citamos algumas situações que podem impedir ou interromper o aleitamento materno: Infecção da mãe pelo vírus da imunodeficiência humana, tuberculose ativa não tratada , utilização de medicações para tratamento materno que podem interferir no recém-nascido (RN), uso de drogas ilícitas, prematuridade, ingurgitamento mamário, produção láctea diminuída e/ou a recusa materna em amamentar. Em qualquer uma destas situações a mulher necessita procurar ajuda em um serviço de saúde capacitado para atendê-la, Banco de Leite Humano, Salas de Amamentação, Unidades Básicas de Saúde ou profissionais capacitados. O primeiro Banco de Leite Humano instalado no Brasil foi o Instituto Fernandes Figueira, localizado no Rio de Janeiro/RJ em atividade desde 1943, considerado o Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano no país. Atualmente existe no Brasil mais de 100 bancos de leite e hospitais credenciados como "Amigo da Criança" pela Organização Mundial da Saúde, estes foram criados para garantir a qualidade do

[76]Acadêmica da 5º série do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG/Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. e-mail: Márcia.lara@hotmail.com

[77]Acadêmica da 5º série do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG/Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.

[78]Acadêmica da 5º série do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG/Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.

[79]Enfermeira. Doutor em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da FURG. Líder do Grupo de Pesquisa Viver Mulher (Co-orientadora)

[80]Enfª Msc Prof.ª Substitua do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG; Enfª Assistencial no Centro Obstétrico do Hospital Universitário/FURG. Membro do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.(Orientadora) e-mail: daiaenfblemos@yahoo.com.br

leite humano destinado aos RNs prematuros de baixo peso e/ou aqueles hospitalizados em Unidades de Tratamento Intensivo – UTI Neonatal; para incentivar o aleitamento materno; fornecer orientações sobre "pega" e posição durante a mamada; para dar apoio e acompanhamento às puérperas e lactantes com dificuldade na prática da amamentação, atuando com medidas educativas para contribuir na redução da morbimortalidade neonatal e infantil. Além disso, os BLH também são responsáveis pela execução de atividades de coleta, processamento e controle de qualidade do colostro, do leite de transição e do leite maduro. Seu objetivo geral é desenvolver atividades que garantam o acesso da população ao aleitamento materno, como objetivo específico ele atua na coleta do leite materno, possibilita o estoque que atenda a demanda; organiza o cadastramento de doadoras para facilitar a coleta domiciliar; distribui leite, controla a autenticidade e as propriedades bacteriológicas do leite logo após a sua coleta; conserva e estoca o leite coletado; proporciona às doadoras e a seus familiares melhores condições de atendimento médico, nutricional e social; além de oferecer informações técnicas-científicas à comunidade, visando construir um estímulo ao aleitamento[2]. **OBJETIVO:** Investigar na produção nacional o perfil das doadoras de leite e as dificuldades encontradas por estas na doação.**METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa[3], a busca de dados foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, no mês de julho de 2012 utilizando o descritor "Bancos de leite" e a palavra chave "doação de leite humano". A partir da leitura exploratória do resumo foram selecionados sete estudos completos para análise mais aprofundada e constituindo a amostra do estudo. Os critérios de inclusão utilizados para a seleção da amostra foram: artigos que contemplassem o objetivo; artigos primários disponíveis na integra *on line*; artigos em português. A análise dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, foram identificados: ano e periódico de publicação, título e objetivo do estudo, efetuando-se uma análise descritiva destes dados na continuidade. Na segunda etapa ocorreu a análise dos artigos na íntegra, cujos resultados foram sintetizados por similaridade de conteúdo. Os dados foram agregados na forma de núcleos temáticos conforme a identificação de semelhanças e diferenças compondo um achado que foi interpretado e sustentado com outras literaturas pertinentes. **RESULTADOS:** Após a leitura exploratória dos dados sobre Banco de Leite Humano (BLH) foi possível identificar que a maioria das mulheres que procuram o atendimento em um BLH, o fazem somente após apresentar alguma dificuldade ou problemas durante a amamentação, dentre as dificuldades elencadas, o principal motivo citado foi o ingurgitamento mamário[2], estes problemas poderiam ser resolvidos ou minimizados por

meio de ações educativas estimuladas no decorrer das consultas de pré-natal, com orientações, folders ou em palestras desenvolvidas para grupos de gestantes. É neste momento que os profissionais da saúde têm o compromisso de orientar as gestantes sobre os benefícios e vantagens da amamentação para o RN/puérpera, além de informar sobre a existência dos Bancos de Leite Humano e a possibilidade de realizarem a doação do leite excedente. Ao analisar o perfil das doadoras observa-se que grande parte são mulheres jovens, com boa escolaridade, e quase na sua totalidade não possuíam o conhecimento da existência do BLH bem como sobre serviços ofertados. Ao recorrerem ao serviço, as nutrizes recebiam informações sobre a importância e o benefício proporcionado pelo seu leite, desta forma, mostrou-se mais encorajadas e dispostas a dar continuidade à doação de seu leite em prol da saúde de outros RN[4]. Sobre os motivos que levaram as nutrizes a serem doadoras, com unanimidade destacou a importância do leite materno para o desenvolvimento dos bebês, excesso de produção lática [5], evitando assim o desperdício e diminuindo a quantidade de leite desprezado; altruísmo ou seja, com a doação estão ajudando aos bebês que estão em situações vulneráveis e a experiência prévia da sua dificuldade de amamentar[5].**CONSIDERAÇÕES:** Observamos que há vários fatores que ainda limitam o adequado funcionamento dos BLH, como o desconhecimento dos serviços ofertados, dos benefícios e da importância do aleitamento materno, tanto por parte da população em geral, como mais especificamente pelas gestantes, parturientes/nutrizes. Foi possível evidenciar a importância do trabalho de orientação das gestantes, que aborde questões gerais e específicas sobre amamentação, ainda durante o pré-natal e que estas orientações devam se estender também às puérperas, as quais na maioria das vezes encontram dificuldades em realizar a amamentação, podendo vir a interrompê-la devido à falta de auxílio adequado. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Os profissionais da área da saúde exercem um papel importante para a manutenção e divulgação dos serviços ofertados pelos BLH. A equipe de enfermagem caracteriza-se como sendo aquela que atua em diversas áreas e que permanece durante um grande período de tempo perto dos pacientes, desta forma tem a oportunidade e facilidade de divulgar e incentivar a participação da população, principalmente as mulheres, sejam elas gestantes/parturientes ou não, além de incentivar a nutriz a amamentar seu filho e a doar o seu leite excedente.

Descritores: Leite Humano, Bancos de Leite, Enfermagem

REFERÊNCIAS:

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.Promovendo o Aleitamento Materno 2ª edição, revisada.Brasília: 2007. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/aleitamento.pdf acessado em 01/09/2012.

3. Almeida JAG, Maia PRS & Novak FR 2004. Os bancos de leite humano como suporte para a redução da mortalidade infantil – a experiência brasileira . *Anais do*
4. *2o Congresso Uruguayo de Lactancia Materna*, 2004 Set; Montevideo, Uruguay. Ed. Sociedad Uruguaya de Pediatria. .

5. Mendes, K.D.S.; Silveira, R.C.C.; Galvão C.M. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidencias na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm 2008; 17(4): 758-64.

6. Galvão MTG, Vasconcelos SG, Paiva SS. Mulheres Doadoras de Leite Humano. Acta Paul Enferm 2006;19(2):157-61.

7. Alencar LCE de, Seidl EMF. Doação de leite humano: experiência de mulheres doadoras. Revista Saúde Pública 2009;43(1):70-7.

DOULAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Luiza Rocha Braga[81]; Márcia Marcos de Lara[82]; Aline Rodrigues do Monte[83]; Nalú Pereira da Costa Kerber[84]; Daiane Bittencourt de Lemos[85].

INTRODUÇÃO: Com o processo de incorporação da medicina obstetrícia e da difusão da atenção médica hospitalar, à tradição de familiares participarem do processo de parturição foi sendo desconsiderada. As parturientes passaram a ser atendidas por profissionais da área da saúde, ficando sozinhas por um longo período, com pouca informação sobre os procedimentos realizados, além de ter sua privacidade invadida e não ter autonomia na decisão sobre as condutas, o que aumenta as duvidas e os temores da parturiente[1]. Práticas que antigamente eram realizadas durante o processo de parturição começaram a ser retiradas, como a assistência domiciliar, a presença de familiares durante o parto e o contato continuo entre pais e bebês. Essas práticas renderam muitas discussões nos últimos anos, com ênfase na excessiva medicalização na gestação e no parto, nos elevados índices de cesárea e morbimortalidade materna/infantil. Deste modo, o apoio oferecido à parturiente durante o parto, também denominado suporte intraparto, começou a ser realizado tanto por profissionais da área da saúde (enfermeiras, parteiras, obstetras), como por acompanhantes leigas, treinadas e denominadas doulas. Doula é uma palavra de origem grega, que significa servente/escrava. Ao longo da história foi usada para descrever aquela que assiste a mulher em casa após o parto, cozinhando e ajudando a cuidar das outras crianças. Atualmente, o termo doula se refere a mulheres sem experiência técnica na área da saúde, que orientam e auxiliam a nova mãe no parto e nos cuidados com o RN[2]. O papel principal da doula é o auxilio psicológico, é segurar a mão da mulher, é ajudar na respiração, é sorrir pra ela, é mostrar que ela não esta sozinha, é proporcionar coragem e

[81]Acadêmica da 5º série do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG/Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. e-mail: luizaroch@hotmail.com

[82]Acadêmica da 5º série do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG/Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.

[83]Acadêmica da 5º série do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG/Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.

[84]Enfermeira. Doutor em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da FURG. Líder do Grupo de Pesquisa Viver Mulher (Co-orientadora)

[85] Enfª Msc Prof.ª Substitua do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG; Enfª Assistencial no Centro Obstétrico do Hospital Universitário/FURG. Membro do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.(Orientadora) e-mail: daiaenfblemos@yahoo.com.br

tranquilidade. Corroborando para uma mudança no processo de parturição e a incorporação da família neste momento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a escolha do acompanhante deva ser feita pela mulher, pois assim há garantia de que ela está acompanhada por alguém de sua confiança, com a qual se sentirá mais a vontade[3]. Os primeiros estudos para avaliar os efeitos da presença de doulas ao lado da parturiente durante o trabalho de parto foram realizados na Guatemala, na década de 80, onde foi observado que o grupo acompanhado por doulas apresentou menor incidência de problemas perinatais, menor utilização de ocitocina, menor tempo de trabalho de parto e uma maior interação entre mãe e bebê. Outro estudo, realizado nos Estados Unidos da América, apontou que além das características apresentadas no estudo anterior, uma taxa menor de anestesia peridural para parto vaginal e uma taxa menor de parto cesariana[3]. **OBJETIVO:** Identificar a importância da Doula na assistência ao parto e suas contribuições para a saúde materno-infantil **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa[4], onde a busca de dados prosseguiu-se com a etapa de levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual em Saúde no mês de julho de 2012, a primeira busca utilizou a palavra chave “doulas”, a segunda utilizou “doulas” e “parto humanizado”, optou-se por não selecionar um recorte temporal na captura dos artigos objetivando visualizar a produção desta temática como um todo, já que este assunto ainda encontra-se pouco abordado. A partir da leitura dos resumos foram selecionados quatro estudos para a análise mais aprofundada. Os dados foram agregados na forma de núcleos temáticos compondo um achado que foi interpretado e sustentado com outras literaturas pertinentes. Os critérios de inclusão utilizados para a seleção da amostra foram: artigos que contemplassem o objetivo; artigos completos disponíveis *on line*; artigos em português. Na análise dos dados os resultados foram sintetizados por similaridade de conteúdo, foram agregados na forma de núcleos temáticos conforme a identificação de semelhanças e diferenças compondo um achado que foi interpretado e sustentado com outras literaturas pertinentes. **RESULTADOS:** O trabalho da doula é voluntário e realizado exclusivamente por mulheres, é difícil para o homem exercer este papel devido à intimidade do momento[1]. Os estudos demonstram que as justificativas apresentadas pelas mulherescomo o início para desenvolver o trabalho como Doula foiem sua grande maioria as vivências negativas do próprio parto, além de terem sido convidadas por outras doulasà atuarem neste trabalho[3]. A assistência que deve ser prestada à parturiente é classificada em cinco categorias: *suporte emocional*, que consiste na presença física transmitindo palavras de encorajamento e tranqüilização; *medidas de conforto físico* que ajudam a diminuir

desconfortos como dor, fome e sede; *suporte de informações* que assegurem à mulher total conhecimento sobre o processo que está vivenciando; *suporte às suas decisões* garantindo seu papel central e *suporte ao seu parceiro*[2]. Os benefícios da assistência prestada pela doula se justificam principalmente pelo fato dela não ter que assumir decisões, nem prestar cuidados a outros pacientes, não trabalhar em esquema de plantão, assim ela pode dedicar o seu tempo para mulher[1]. O suporte de informações fornecido pela doula pode promover o desenvolvimento de um trabalho de parto tranquilo, uma vez que as dúvidas que surgem e os medos sobre o desconhecido podem ser mais facilmente entendidos e superados quando explicados. Atualmente, estudos comprovam a influência dos fatores emocionais no parto, como a ansiedade e o medo que contribuem para um parto prolongado, no entanto, a presença da doula acalma, transmite segurança e confiança à parturiente[2,3]. Essa atitude implica estar com alguém e é nesse sentido que a doula, ao se aproximar da mulher em processo de parto e nascimento, trata de observá-la e através do diálogo que estabelece cria laços afetivos que permitem conhecer as suas necessidades para acolher e assistir integralmente à parturiente, atendendo suas necessidades físicas, emocionais e socioculturais, a doula vê a mulher em sua integralidade, como um ser bio-psíquicosocial[2]. **CONCLUSÕES:** Percebe-se que o processo de inserção das doulas é complexo, sua aceitação apresenta dificuldades, além de possuir escassa literatura cientifica para consulta disponível. A falta de clareza sobre o papel da doula pode provocar reações negativas. A pouca aceitação pode não estar relacionada especificamente à presença da doula, mas sim à impossibilidade de inclusão de mais uma pessoa no processo de assistência a parturição, pois isso representaria modificações nas relações de poder na atenção à mulher. Apesar do reconhecimento das muitas vantagens, os estudos analisados evidenciam o despreparo dos profissionais de saúde sobre a temática, pelo menos no que pertence a tornar realidade a presença de qualquer tipo de acompanhante durante o parto. Nesse sentido, é essencial a realização de ações educativas de forma a propiciar discussões que tragam à tona as características e os limites de atuação das doulas, sem perder de vista os benefícios obtidos com sua participação. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** O papel da doula e da enfermagem obstétrica se complementam. A doula tem intimidade com a mulher, conhece seus sonhos, medos e desejos; a enfermagem conhece os procedimentos, rotinas e protocolos do hospital. Ambas podem fornecer informações sobre o progresso do trabalho de parto. A doula torna-se um elo entre a enfermagem e a parturiente, facilitando a troca de informações e

sentimentos, melhorando a relação entre parturiente, familiares e profissionais, contribuindo desta forma na dinâmica do processo de trabalho de parto.

Descritores: enfermagem, parto humanizado, acompanhantes de pacientes.

REFERÊNCIAS:

1. Organização Mundial de Saúde-OMS. Assistência ao parto normal: um guia prático. Saúde materna e neonatal/ Unidade de maternidade segura. Saúde reprodutiva e da família. Tradução da Organização Panamericana de Saúde-OPAS. Genebra; 1996. 53p.

2. Hospital Sofia Feldman. Uma mão na travessia: Doulas- manual de normas técnicas. Belo Horizonte(MG); 2004.

3. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. Denise da Silva Santos/Isa Maria Nunes. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jul-set; 13 (3): 582-88

4. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Marcela Tavares de Souza/ Michelly Dias da Silva/Rachel de Carvalho. Einstein. 2010; 8(1 Pt 1):102-6

MARÇO LILÁS – UM MÊS DEDICADO À MULHER

Aline Rodrigues do Monte[86]; Camila Magroski Goulart Nobre[87]; Fernanda Ruas Machado88; Luiza Rocha Braga[89]; Vanessa Franco de Carvalho[90]; Nalú Pereira da Costa Kerber[91]

INTRODUÇÃO: O câncer de colo uterino demora muitos anos para se desenvolver e tem tomado grandes proporções em todo o Brasil. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, esse é o segundo tumor mais frequente entre as mulheres, ficando atrás apenas do câncer de mama e a quarta causa de morte de mulheres por câncer1. Apesar da gravidade dessa patologia, as alterações das células que podem desencadear o câncer de colo uterino são descobertas facilmente através do exame preventivo, também conhecido como Papanicolau. Sua magnitude social e as condições de acesso da população brasileira vêm refletindo cada vez mais a necessidade da estruturação de uma rede de serviços que garanta a atenção integral à população, que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos, quando esses se fazem necessários2. Pensando nisso, o Grupo de Pesquisa Viver Mulher, vem atuando desde o ano de 2007 em parceria com a Coordenação de Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal de Saúde, se empenhando continuamente em contemplar a saúde integral da mulher e promover a autonomia das mulheres para seu autocuidado. Nesse sentido, tem elaborado diversos projetos e desenvolvido inúmeras ações voltadas às mulheres riograndinas. Entre as ações destacamos a ação denominada Março Lilás, tema abordado neste momento. **OBJETIVO**: Divulgar as ações desenvolvidas pelo Grupo de Pesquisa Viver Mulher em comemoração ao mês da mulher, no município do Rio Grande, Rio Grande do Sul. **METODOLOGIA**: Trata-se de um relato de experiência, de atividades realizadas para as mulheres da comunidade riograndina, durante o mês de março, em comemoração à mulher. O dia internacional da mulher é comemorado mundialmente no dia 08 de março, porém, em 2010, em

[86]Acadêmica do 5º semestre, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Rio Grande (FURG).Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. E-mail: aliineer.monte@hotmail.com
[87]Acadêmica do 7º semestre, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Rio Grande (FURG). Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.
[88]Acadêmica do 6º semestre, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Rio Grande (FURG). Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.
[89]Acadêmica do 5º semestre, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Rio Grande (FURG). Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.
[90]Enfermeira da Coordenação de Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal de Saúde, do Rio Grande. Mestre em Enfermagem. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.
[91]Docente da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal de Rio Grande (FURG). Líder do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. E-mail: nalukerber@hotmail.com

Fortaleza, foi criado o Movimento Março Lilás, idealizado a partir do sonho de um grupo de mulheres militantes dos movimentos sociais. O objetivo é desenvolver ações e atividades na perspectiva de gerar melhorias reais na vida das mulheres, baseado em importantes frentes de luta elencadas em sintonia com outros movimentos, projetos e sobretudo alinhadas ao que preconiza a ONU Mulheres e a Secretaria Nacional de Políticas Públicas para mulheres3. No ano de 2013, houve a iniciativa do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, em aderir ao movimento e estender a programação de eventos normalmente realizados no dia da mulher, para o mês inteiro. O Grupo de Pesquisa Viver Mulher, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, participou ativamente desse movimento, em parceria com a Coordenação de Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande (SMS). O marco inicial da ação foi no dia 08 de março, com uma ação conjunta de diversas secretarias da Prefeitura Municipal e Universidade, no Largo Dr. Pio. O grupo realizou orientação às mulheres que transitavam no local, entrega de folder com orientações de cuidados à saúde em geral e encenação de uma peça teatral objetivando chamar a atenção quanto à prevenção do câncer de colo uterino. Na sequência do mês, foi desenvolvida uma ação conjunta, entre o Grupo de Pesquisa e a SMS, voltada à atenção a saúde da mulher, envolvendo atividades nos seguintes bairros: Centro, Cassino, Cidade de Águeda, Hidráulica, Mangueira, Parque Marinha, Parque Guanabara, América, Barra Nova e Dom Bosquinho. A escolha desses bairros justificou-se pela não existência de unidades de Estratégia Saúde da Família, que, a princípio, oferecem assistência continuamente às mulheres. Nos bairros que não contam com a existência de uma unidade de saúde, as atividades foram realizadas em uma unidade móvel da SMS. Nos bairros foi oferecido o exame citopatológico e de mamas. Esse tipo de atividade também foi oferecido às detentas da Penitenciária Estadual de Rio Grande. Outra ação em que o Grupo esteve envolvido foi uma palestra voltada às mulheres trabalhadoras do TECON, sobre prevenção do câncer de colo uterino e de mama e hábitos saudáveis para prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Além disso, como parte das ações desenvolvidas no Março Lilás, ainda houve a oferta de realização de citopatológico para as trabalhadoras da SMS e do Hospital Universitário, em três dias do mês para cada serviço. **RESULTADOS:** As atividades realizadas nos diversos bairros do município de Rio Grande, a maioria que não contam com Unidades Básicas de Estratégia da Saúde da Família alcançou um total de 76 mulheres. Apresentamos o número de usuárias atendidas em cada bairro: Cassino - 15 mulheres; Bairro Dom Bosquinho - 16; Bairro Hidráulica - 11; Bairro Mangueira - 18; Bairro Parque Guanabara - 7; Cidade de

Águeda - 9. Apesar de que o número possa parecer satisfatório, como as atividades se desenvolveram durante todo o mês de março, consideramos que houve pouca adesão das mulheres. Há inúmeros motivos que justificam que essas mulheres não revoguem seus direitos e procurem o atendimento, tais como medo do que pode ser descoberto por meio da realização do exame, falta de acessibilidade por parte de alguns profissionais que não abrangem um número favorável de mulheres para este tipo de atendimento; e também a falta de acolhimento por parte dos profissionais. Uma importante contribuição que se pode apontar, em que foi possível a realização de uma ação bem direcionada para auxiliar na efetividade do sistema de saúde foi relacionada a um dos dias de atuação no Hospital Universitário. Uma das trabalhadoras que compareceu para a realização do Exame Papanicolau, em seu último exame, realizado há cinco meses, mostrou o resultado do exame acusando lesão de alto grau. Esta mulher referiu aguardar ser chamada pelos médicos para a realização de um procedimento cirúrgico, uma conização. Ao saber disto, após o atendimento da trabalhadora, procurou-se o médico responsável e a direção do hospital para que agilizassem o procedimento, uma vez que se trata de um câncer e a evolução da doença é muito rápida, sendo necessária uma intervenção o mais precocemente possível. Para nós, enquanto acadêmicos, é importante que vejamos essas fragilidades ainda presentes no sistema de saúde, para que tenhamos consciência da necessidade de oferecer atenção integral para as mulheres. **CONCLUSÃO:** Durante o transcorrer da ação Março Lilás, percebemos o quanto o sistema de saúde ainda se encontra fragilizado em algumas questões referentes à acessibilidade, pois a maioria das mulheres que atendemos nunca havia feito o exame de Papanicolau ou não o faziam há muito tempo. Também, destacamos a importância do acolhimento dos enfermeiros a essas mulheres, que se encontram vulneráveis por apresentarem medo de realizar o exame e do que possam possivelmente encontrar, acreditando-se ser um dos possíveis motivos pela falta de adesão ao exame. Essa ação nos proporcionou uma excelente experiência enquanto acadêmicos, contribuindo para nossa aprendizagem e crescimento profissional, e nos motivando a entender a importância de desenvolver cada vez mais atividades desse tipo, envolvendo a população, mostrando a esta os seus direitos como usuários de um sistema público de saúde. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM:** Por ser o enfermeiro responsável por orientar, ele tem papel fundamental na detecção precoce do câncer de colo uterino, fazendo com que as mulheres entendam o quão é importante realizar o exame. Juntamente com a equipe, o acadêmico pode auxiliar o profissional neste papel de orientação, de realizar atividades educativas, já que essa atenção muitas

vezes é esquecida pelo profissional por estarem ocupados em outras funções, e dessa forma assegurar os princípios dando a atenção à saúde da mulher.

Descritores: Enfermagem; Câncer de colo uterino; Educação em Saúde.

REFERÊNCIA

1. INCA. Colo de útero. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/colo_utero/definicao Acesso em: 01 abril 2013

2. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006

3. INSTITUTO MARIA DA PENHA. O que é o Março Lilás. Disponível em: http://www.mariadapenha.org.br/index.php/component/content/article/10-ultimasnoticias/64-o-que-e-o-marco-lilas.html Acesso em: 17 abril 2013.

O SISTEMA DE ALOJAMENTO CONJUNTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Aline Rodrigues do Monte[92];Luiza Rocha Braga[93;] Márcia Marcos de Lara[94;]Nalú Pereira da Costa Kerber[95;] Daiane Bittencourt de Lemos[96].

INTRODUÇÃO: No Brasil, o Sistema de Alojamento Conjunto (SAC) surgiu na década de 70, reformulando a prática da enfermagem que deverá assistir conjuntamente a mãe e a criança. Esta assistência integrada requer novos conhecimentos da equipe de saúde, capazes de habilitar o trabalho relacionado com aspectos emocionais da mãe, dos familiares e do recém-nascido (RN), bem como adaptá-las para os cuidados gerais de conforto e segurança da criança[1]. Em 1980 a união entre a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde (MS) determinou a implantação do Alojamento Conjunto. O SAC permite que o RN sadio permaneça ao lado da mãe 24 horas por dia após o nascimento, se a mesma não apresentar nenhuma complicação, até o momento da alta hospitalar. Somente em 1993 foi aprovada a Portaria n. 1016 para a implementação das normas básicas do SAC [2,3]. Tal sistema possibilita os profissionais prestar assistência e orientações à mãe quanto os cuidados a si e de seu bebê por meio de ações educativas. Além disso, as principais vantagens são: estimular e incentivar o aleitamento materno precoce; favorecer o relacionamento entre o RN, mãe e familiares, principalmente o pai; diminuir o risco de infecção hospitalar; evitar complicações maternas e perinatais[2]. Vale salientar, a importância do SAC, no que se refere às ações educativas. As orientações fornecidas pela equipe devem levar em consideração além do conhecimento, as experiências vividas tanto pelos profissionais como pelas mães, respeitando suas crenças pessoais e

[92] Acadêmica da 5º série do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG/Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. e-mail: aliineer.monte@hotmail.com

[93] Acadêmica da 5º série do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG/Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.

[94] Acadêmica da 5º série do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG/Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.

[95] Enfermeira. Doutor em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da FURG. Líder do Grupo de Pesquisa Viver Mulher (Co-orientadora)

[96] Enfª Msc Prof.ª Substitua do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG; Enfª Assistencial no Centro Obstétrico do Hospital Universitário/FURG. Membro do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.(Orientadora) e-mail: daiaenfblemos@yahoo.com.br

culturais; estimular a autonomia dos pais por meio de intervenções no período de internação[3]. Esse sistema é visto como um espaço que favorece o cuidado do binômio, atendendo as necessidades da mulher. O profissional da enfermagem tem papel fundamental, no cuidado materno, dando segurança e autonomia a mulher no que se refere aos cuidados com o RN. A partir da implantação deste sistema, torna-se necessário demonstrar a sua relevância, sendo assim temos como **OBJETIVO:** identificar a importância do Sistema de Alojamento Conjunto para saúde materno-infantil expostas na produção nacional. **METODOLOGIA**: Trata-se de uma revisão integrativa, onde a busca de dados foi realizada na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) em maio de 2012, utilizando o descritor "alojamento conjunto". Foram encontradas 40 publicações com texto completo, e a partir da leitura exploratória do resumo desse material, foram selecionados 7 estudos completos para análise mais aprofundada, constituindo a amostra do estudo.Os dados foram agregados na forma de núcleos temáticos compondo um achado que foi interpretado e sustentado com outras literaturas pertinentes. Os critérios de inclusão utilizados para a seleção da amostra foram: artigos que contemplassem o objetivo; artigos completos disponíveis *on line*; artigos em português; artigos a partir data da implantação do Sistema de Alojamento Conjunto no Brasil[4]. A análise dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, foram identificados: ano, periódico de publicação, título e objetivo efetuando-se uma análise descritiva destes dados na continuidade. Na segunda etapa ocorreu a análise dos artigos na íntegra, cujos resultados foram sintetizados por similaridade de conteúdo. Os dados foram agregados na forma de núcleos temáticos conforme a identificação de semelhanças e diferenças compondo um achado que foi interpretado e sustentado com outras literaturas pertinentes. **RESULTADOS:** A partir da leitura exploratória dos dados as puérperas identificam uma falta de orientações dos profissionais, principalmente no que se referem às complicações decorrentes nos primeiros dias pós-parto. Tais problemas poderiam ser resolvidos com orientações, por meio de ações educativas, podendo evitar o seu aparecimento, principalmente aqueles relacionados com a amamentação, como por exemplo, fissuras ou ingurgitamento mamário[5]. No SAC a equipe, principalmente o profissional de enfermagem deve fornecer informações a mãe, como autocuidado e o cuidado do RN. Além disso, cabe também à equipe favorecer a família, principalmente o pai, para que participe de todo o processo de assistência ao binômio, e reforçar as orientações para detectar precocemente possíveis problemas. Outro aspecto relevante que foi observado durante a revisão e que merece ser abordado, refere-se a dificuldade das puérperas identificarem quais são os

profissionais que prestam atendimento à elas, chamam todos da equipe de enfermeiro, confundindo inclusive o profissional com o trabalhador responsável pela higienização. Essa desvalorização do profissional de enfermagem, não sendo reconhecido o seu verdadeiro papel, dificulta o trabalho no SAC, já que o enfermeiro é responsável por todas as ações ali realizadas. Também foi observado que as puérperas demonstram depender dos profissionais de enfermagem para desempenhar seu papel de mãe. Essa falta de autonomia pode ser constatada pelas mães esperarem o profissional para dar banho, trocar fralda, e até mesmo amamentar. Nesse aspecto, o enfermeiro deve empoderar-se junto com a mãe e demonstrar à ela como realizar os cuidados, pois na maioria das vezes, essa falta de autonomia pode estar relacionada à insegurança da mulher no papel materno, e o apoio do profissional neste momento é fundamental. **CONCLUSÃO:** Constatamos que ainda há limitações no sistema de alojamento conjunto no que se refere à própria equipe de enfermagem. Também foi possível evidenciar nesta revisão, que o desenvolvimento de ações educativas nas instituições analisadas encontra-se precário durante o período de internação do binômio, e que essas atividades devem ser iniciadas ainda no período de pré-natal. Cabe à enfermagem desenvolver ações de educação em saúde voltada para cultura da família, envolvendo seus participantes e não somente a puérpera, fortalecendo suas vivências, mobilizando a prevenção de complicações, superando as dificuldades, através de orientações voltadas para promoção da saúde materno-infantil. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Compreendemos que a enfermagem tem um papel fundamental no que se referem ações educativas, já que se trata de um ambiente propicio para as atividades, visando à melhoria da qualidade na assistência. São por meio dessas ações, que o profissional tem a oportunidade de ensinar, modificando a rotina hospitalar, contribuindo para o conhecimento das mulheres acerca de temas importantes como, aleitamento materno, os cuidados a serem realizados consigo e com o bebê. Além de ser uma oportunidade impar para a inserção dos familiares no cuidado ao RN, principalmente a participação do pai, também proporciona a troca de experiências entre as puérperas que se encontram internadas; é o momento ideal para a equipe de saúde interagir com as mulheres, proporcionando assim o estabelecimento de um vínculo com as puérperas.

Descritores: alojamento conjunto, enfermagem, saúde materno infantil.

REFERÊNCIAS:

Frederico P, Fonseca LMM, Nicodemo AMC. Atividade educativa no alojamento conjunto: relato de experiência. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, 8 (4): 38-44, agosto 2000.

Brasil. Ministério da Saúde - Portaria nº 1016, de 26 de agosto de 1993;

Pilotto DTS, Vargens OMC, Progianti JM.Alojamento conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 jul-ago; 62(4): 604-7.

Mendes KDS, Silveira RCC, Galvão CM. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidencias na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm 2008; 17(4): 758-64.5. Pasqual KK, Braccialli LAD, Volponi M. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. Cogitare Enf. 2010 Abr/Jun; 15(2):334-9

PROCESSO DE ENFERMAGEM VOLTADO À GESTANTE INTERNADA NA UNIDADE MATERNIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

NURSING PROCESS GEARED TOWARD A PREGNANT ADMITTED AT A MATERNITY UNIT: AN EXPERIENCE REPORT

Aline Marcelino Ramos[97]; Patrícia Favero[98]; Jaqueline do Espírito Santo Costa[99]; Eloisa da Fonseca Rodrigues[100]

RESUMO: Trata-se de um Relato de Experiência elaborado por acadêmicas da oitava série da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande em conjunto com a disciplina de Estágio Supervisionado em Assistência de Enfermagem I, cujo objetivo foi relatar o processo de análise e acompanhamento da história clínica de uma gestante com diagnóstico de trabalho de parto prematuro e placenta prévia. Os dados foram coletados por meio do Histórico de enfermagem e consulta documental ao prontuário da mesma. Como resultado final, foi possível alcançar os objetivos previstos, uma vez que a paciente mostrou-se mais receptiva as orientações das acadêmicas e demais profissionais e, observou-se redução da ansiedade pelo entendimento das patologias da gestação. Conclui-se o quão relevante se faz o reconhecimento de intercorrências que podem acontecer durante a gestação, tendo em vista, que o preparo adequado dos profissionais é de suma importância para o atendimento correto e humanizado à mulher.
Descritores: Enfermagem, Assistência de Enfermagem, Saúde da Mulher.

ABSTRACT: This text is an experience report of eighth period nursing students from Federal University of Rio Grande-FURG, joint the subject of Supervised internships in Nursing Care I, whose objective was report the process of analysis and follow-up of a pregnant's clinical history, with diagnosis of premature parturition and placenta praevia. The data were collected through Nursing history and documental consultation on the patient's record. As the final result, was possible to achieve our expected aims, once the patient become receptive to the students and other professionals guidances, was observed reduction in anxiety, by understanding of gestational pathologies. It concludes how relevant is to recognize the pregnacies's intercurrences. In view of consideration, well-trained professionals are extremely important for the correct and humanized care to woman.
Keywords: Nursing, Nursing care, Women's' health

INTRODUÇÃO

Faz parte da grade curricular do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, a disciplina intitulada Estágio Supervisionado em

[97] Acadêmica do 8º semestre da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande- FURG. Bolsista CNPq/PIBIQ. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES). Email: aline-ramos-@hotmail.com
[98]Acadêmica do 8º semestre da Escola de Enfermagemda FURG
[99]Acadêmica do 8º semestre da Escola de Enfermagemda FURG. Bolsista do Programa de Educação Tutorialem Enfermagem (PET).
[100]Enfermeira, Mestre em enfermagem pelo PPGENF da FURG, Técnica administrativa em educação da escola de enfermagem. Email:eloisadafonsecarodrigues@yahoo.com.br

Assistência de Enfermagem I, alocada no oitavo semestre letivo, que tem por objetivo facilitar o aprendizado através de atividades práticas realizadas em diferentes unidades hospitalares, oferecendo aos graduandos a oportunidade de desenvolver seus conhecimentos advindos de toda trajetória acadêmica anterior, além de novos conhecimentos que serão acrescentados através da prática diária, garantindo uma assistência de qualidade aos pacientes assistidos.[1]

Diariamente os acadêmicos estagiam nas mais diversas unidades, separados em pequenos grupos. A disciplina oportuniza a realização de um estudo de caso clínico com o intuito de ampliar o conhecimento do acadêmico, aproximando-o de forma real do paciente/usuário. O local de realização do estudo é selecionado previamente pelos docentes da disciplina, ficando os discentes incumbidos da escolha de um determinado quadro clinico, com a finalidade de colocar em prática o processo de enfermagem, facilitando o exercício do pensamento crítico e o levantamento de hipóteses. Após término do estudo, as conclusões e vivências experienciadas no atendimento ao sujeito em estudo, são compartilhadas com os demais acadêmicos da turma.

Este estudo de caso vem apresentar o quadro de uma gestante internada na unidade de Maternidade diagnosticada com Trabalho de Parto Prematuro e Placenta Prévia Marginal, sendo acompanhada pelas acadêmicas de enfermagem da oitava série desde seu ingresso no Centro Obstétrico, sendo possível a implementação de uma assistência continuada ao longo de sua permanência na unidade de maternidade.

O Trabalho de parto prematuro é um dos maiores problemas ainda não solucionados da Obstetrícia. Mesmo havendo estratégias de prevenção durante o pré-natal e acentuadas evoluções na assistência neonatal ainda verifica-se que nos últimos anos, sua incidência, morbidade e mortalidade continuam elevadas. Além disso, suas complicações estão entre as principais causas de morte no primeiro ano de vida da criança[2].

Muitos são os fatores de riscos associados, tais como os de ordem socioeconômica, as infecções e as diversas complicações clínicas e obstétricas. Além disso, o estresse emocional do próprio cotidiano da mulher moderna, também vem contribuindo para o maior risco de parto prematuro[2].

A ansiedade durante este período da vida das mulheres, pode afetar negativamente a gestação por ser considerada mediadora de mudanças endócrinas como também de determinados comportamentos de risco, tais como o hábito de fumar, atraso e/ou inadequado acesso ao pré-natal, alimentação e ganho de peso inadequado, ou até

mesmo idas freqüentes aos serviços de saúde sem devida necessidade, justamente pela ansiedade em reconhecer o verdadeiro trabalho de parto[3].

A maioria das mulheres relata aumento da sensação de medo e de ansiedade nos últimos meses de gestação. Tal reação é compreensível, já que o parto que anteriormente era percebido como uma realidade distante transforma-se numa situação concreta e irreversível, tendo que de alguma forma ser enfrentado[3].

Deste modo a ansiedade, o desconhecimento acerca do processo de trabalho de parto faz com que muitas gestantes procurem várias vezes a maternidade, sem estar realmente em trabalho de parto, em controvérsia o mesmo sentimento pode propiciar o desconhecimento dos sinais e sintomas de risco tais como rotura das membranas, trabalho de parto prematuro, placenta prévia, dentre outras, gerando o afastamento das unidades de saúde[3].

A mulher em estudo, concomitante com seus familiares apresentavam-se bastante ansiosos e impacientes, por vezes, com a equipe de saúde. Além do processo de trabalho de parto prematuro, a paciente em estudo apresentou um tipo de alteração placentária denominada Placenta Prévia, condição esta que ocorre em 0,4% a 0,9% de todas as gestações, após 20 semanas, sendo a principal causa de sangramento no terceiro trimestre. A Placenta Prévia se caracteriza pela implantação da placenta no segmento inferior do útero, podendo ou não se situar adiante da apresentação[4].

OBJETIVO

Este estudo objetivou relatar a experiência de um processo de análise e acompanhamento da história clínica de uma gestante com diagnóstico de trabalho de parto prematuro e placenta prévia, aprofundando os conhecimentos acerca dos cuidados de enfermagem frente à situação apresentada e melhorar a assistência prestada à gestante.

REVISÃO DE LITERATURA

A revisão a seguir abordará aspectos do trabalho de parto prematuro, alterações placentárias e possíveis alterações e complicações no período gestacional, baseados nos diagnósticos apresentados pela paciente em estudo.

2.1 TRABALHO DE PARTO PREMATURO

A gestação caracteriza-se por um período em que as mulheres se encontram mais susceptíveis, sofrendo alterações físicas e psicológicas, as quais, muitas vezes, refletem na autoestima, podendo trazer consequências tanto para a mãe quanto para o bebê[5].

O trabalho de parto é um processo fisiológico, através do qual o útero gravídico expulsa os produtos da concepção após a 20ª semana de gestação. Caracteriza-se pela existência de contrações uterinas regulares de intensidade e frequência crescentes, eficazes para apagarem e dilatarem a cérvix uterina[4].

Estima-se que em 75% dos casos o parto prematuro é espontâneo, ou seja, a gestante inicia espontaneamente o trabalho de parto. Nos 25% restantes o parto prematuro é eletivo, isto é, a interrupção da gestação é realizada em decorrência de alguma complicação materna e/ou fetal. Vários são os aspectos polêmicos que envolvem a assistência ao trabalho de parto prematuro (TPP): o seu diagnóstico, as possíveis causas subjacentes, a decisão de se prolongar a gravidez, uso de medicações específicas para o caso clínico e a assistência ao parto[2].

O diagnóstico correto do TPP nem sempre é fácil e classicamente baseia-se na presença de contrações uterinas regulares (pelo menos uma a cada 5 minutos) persistentes e progressivas, dilatação e apagamento cervical progressivo, esvaecimento cervical igual ou superior a 80%, progressão das alterações cervicais, a gestante refere desconforto ou dor localizada nas costas irradiando-se para o abdome, além disso, as contrações não se interrompem com o uso de sedação[2].

No falso trabalho de parto verifica-se apenas o aparecimento de contrações irregulares e sem coordenação, além da ausência de modificações cervicais importantes, a gestante também refere desconforto ou "dor" localizada apenas no abdome. As contrações interrompem-se com a sedação. Nos casos duvidosos é importante que a gestante permaneça em observação clínica por período mínimo de duas a três horas[2].

A decisão de se prolongar a gestação requer a análise cuidadosa das condições materno-fetais. Diante de situações que tornem hostil o ambiente intrauterino, ou que se agravem com a continuidade da gestação, não deve-se inibir o trabalho de parto. Caso decida-se pela inibição das contrações uterinas, a gestante deve ser internada e mantida em repouso no leito. Constatada uma causa subjacente, esta deve ser tratada especificamente.

Alguns exames complementares devem ser solicitados nesta ocasião: ultra-sonografia obstétrica para os casos em que não há exame recente ou caso existam dúvidas em relação à idade gestacional e/ou crescimento fetal; cardiotocografia fetal desde que haja viabilidade fetal é imprescindível a avaliação do bem-estar fetal, cultura

de urina, exame bacterioscópico, cultura do conteúdo vaginal, dentre outros exames pertinentes e direcionados a cada estado clínico[2].

Quando a ocorrência do parto prematuro é inevitável o uso de corticosteróide é utilizado como conduta terapêutica ainda no período gestacional, uma vez que este administrado antes do nascimento estimula a maturação pulmonar, aumentando a produção de surfactante e acelerando o desenvolvimento das estruturas alveolares e capilares, o que reduz a gravidade da doença de membrana hialina (DMH) sendo esta uma das complicações pulmonares do nascimento prematuro[6].

A indicação do uso de corticóide materno para a prevenção da DMH inclui: Idade gestacional entre 24 e 34. Seu efeito máximo se dá após 24 horas após o uso (embora seja observada com freqüência ação da droga antes disso) e se farão presentes até o sétimo dia. Na maioria das gestantes deve ser utilizada apenas uma dose e se necessário após uma ou duas semanas, mais uma dose. Não se recomenda, pelas evidências científicas atuais, o uso rotineiro (sem indicação) ou o uso semanal de corticóides, pelo desconhecimento dos efeitos a longo prazo sobre os bebês[6].

2.2 ALTERAÇÕES PLACENTÁRIAS:

No caso de crescimento e desenvolvimento de uma gestação normal o blastocisto implanta-se na porção superior do útero, que possui maior suprimento de sangue. Já o segmento uterino inferior é mais fino, e a implantação placentária nessa área coloca a placenta em contato direto com o miométrio.

Um dos tipos de alteração placentária denomina-se Placenta Prévia, condição esta que ocorre em 0,4% a 0,9% de todas as gestações, após 20 semanas, sendo a principal causa de sangramento no terceiro trimestre. A Placenta Prévia se caracteriza pela implantação da placenta no segmento inferior do útero, podendo ou não se situar adiante da apresentação. A placenta prévia é classificada como de grau maior ou menor, sendo a probabilidade de ocorrência de 50% dos casos serem de um dos graus apresentados[3].

Os graus Menores incluem:

Implantação do tipo I (Lateral): borda inferior a sete centímetros do orifício interno;

Implantação do tipo II (marginal): Inclui a margem inferior da placenta estendendo-se até o orifício interno, porém sem cobri-lo.

Os graus Maiores incluem:

Tipo III (parcial): a placenta cobre parcialmente o orifício interno dilatado;

Tipo IV (completa ou centrar): a placenta cobre o orifício interno por completo, mesmo quando totalmente dilatado[7,4].

Etiopatogênia:

De todos os fatores assinalados nas estatísticas, a paridade ainda é um dos mais expressivos, quando associada à idade avançada da paciente. Outras condições predisponentes são: história de abortamentos, cesarianas e operações ginecológicas anteriores, gravidez gêmelar e malformações fetais.

Acredita-se, hoje, que a implantação viciosa da placenta é decorrente da evasão do ovo, fixado originalmente no corpo uterino, em que não encontra elementos nutritivos suficientes e, desta forma, se expande superficialmente, alcançando a região ístmica[7,4].

2.3 INFLUÊNCIAS DA PLACENTA PRÉVIA E POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

Durante a gestação:

Interrupção, levando ao parto prematuro; Rotura prematura das membranas: por má adaptação da apresentação na área do estreito superior ou mais provavelmente por amníonite consequente à contaminação do pólo inferior do ovo pela flora bacteriana do sistema genital; Apresentações viciosas: como por exemplo, a apresentação transversa ou até mesmo pélvica. Podendo ocorrer atitudes fetais de deflexão, levando a apresentações de face e de fronte; Procidência de cordão pela má adaptação da apresentação e implantação da placenta próxima ao pólo inferior do ovo[7,4].

Durante o puerpério:

Constitui-se causa frequente de síndromes hemorrágicas e infecciosas no puerpério, devido à retenção de restos placentários por focos de acretização; O sangramento intenso pode ocasionar a espoliação da puérpera determinando a hipogalactia.

Algumas influências sobre o bebê também são possíveis de ocorrer bem como: imaturidade e prematuridade por mau suprimento, pois a placenta se situa em local impróprio para a evolução normal da gravidez; retardo de crescimento intrauterino por má nutrição fetal[7,4].

Sinais e sintomas:

Os sinais e sintomas mais comuns na placenta prévia são hemorragia anteparto (vermelho rutilante) de quantidade variável, indolor, reincidente e progressivo, de início e cessar súbitos. Também a má apresentação fetal pode estar presente. Acredita-se que o

sangramento ocorre porque nas últimas semanas de gestação e durante o trabalho de parto a cérvice amolece, apaga e começa a dilatar. À medida que essas alterações ocorrem, a região da placenta que está aderida no orifício interno desloca-se provocando hemorragia a partir dos vasos uterinos expostos. A condição uterina pode encontrar-se macia à palpação e o coração fetal com frequência normal[7,4].

Diagnóstico:

Qualquer sangramento após 20 semanas de gestação demanda investigação por ultrassonografia, vaginal ou transabdominal, para determinar a localização da placenta. A placenta prévia assintomática, identificada antes da última metade do terceiro trimestre possui maior chance de voltar para a posição normal sendo uma estimativa de 90% de chance[7].

O diagnóstico baseia-se fundamentalmente, na sintomatologia descrita anteriormente. O exame especular deve ser realizado para confirmar o local da hemorragia para que seja possível descartar causas cervicais ou vaginais. Utiliza-se para o diagnóstico a ultra-sonografia, sendo que sua precisão é em média mais de 95%. É importante limitar o exame pélvico pela exploração interna ao mínimo indispensável[7].

Cuidados:

É importante que qualquer gestante com sangramento durante o terceiro trimestre seja internada para avaliação. A conduta pode ser ativa ou expectante, dependendo da extensão da placenta prévia, da condição materno fetal, da idade gestacional e da paridade. Se o feto é imaturo, o trabalho de parto não começou e o sangramento não é excessivo, a gestante permanece hospitalizada em repouso no leito, com observação de sangramento vaginal e controle do hematócrito. Quando o feto está maduro, com 37 semanas ou mais, o parto é a conduta de escolha. No caso da placenta prévia marginal ou parcial, quando se prevê um trabalho de parto relativamente curto o parto vaginal pode ser tentado. No entanto na placenta previa total, geralmente indica-se a cesariana como conduta de interrupção da gestação[7].

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência realizado pelas acadêmicas da oitava série do curso de graduação Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, durante as atividades da disciplina de estágios supervisionados em assistência de enfermagem I. Os dados foram coletados em janeiro de 2013, por meio da utilização de um dos mecanismos utilizados no Processo de Enfermagem, o Histórico de enfermagem, que

permite a obtenção de informações pertinentes ao conhecimento geral da paciente, além disso, foi utilizado também o prontuário da mesma.

O sujeito de estudo é uma gestante, R.E.D.N, católica, solteira, 31 anos, empregada doméstica, atendida na maternidade do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr (H.U), em trabalho de parto prematuro e placenta prévia marginal.

Os princípios éticos foram respeitados, sendo informado á paciente acerca da utilização de seus dados, solicitando o seu consentimento verbal, e mantendo o anonimato através do uso de suas iniciais.

RESULTADOS

Devido às especificidades dos resultados obtidos optou-se por dividí-los em categorias, sendo estas: Histórico de Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem e Cuidados de Enfermagem.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

R.E.D.N, em sua primeira gestação, não possuindo antecedentes obstétricos de aborto ou partos anteriores. Realizou o pré natal com médico particular, totalizando sete consultas. Chegou ao hospital universitário no dia 13/01/2013, na 34ª semana gestacional, referindo contrações e perda de líquido, sendo diagnosticado trabalho de parto prematuro e placenta prévia.

A equipe de saúde procedeu com a avaliação clínica e laboratorial, resultando nas seguintessorologias: HIV: negativo, HCV: negativo, Hbasg: negativo, VDRL: não reagente, Tipo sanguíneo: A+, Toxoplasmose: negativo. Ao exame físico, sinais vitais: pressão arterial: 90x60mmHg; pulso:70bpm; temperatura: 36,5; respiração: 19mrm; batimentos cardíacos fetais: 134; Peso: 69,5 Kg; altura:1,63m; altura uterina:34 cm; toque:2,3cm; e membrana amniótica íntegra. Realizada manobras de Leopold, evidenciando dorso fetal à esquerda, apresentação cefálica; situação longitudinal e atitude fletido.

Durante a entrevista e exame físico, R.E.D.N, apresentava-se ansiosa, preocupada com relação à realização de ultrassonografia e poliqueixosa.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

Ansiedade, evidenciada por manifestação de apreensão, nervosismo, preocupação, relacionada à ameaça ou mudança no estado de saúde; Síndrome do estresse por mudança relacionada por mudança de um ambiente para outro, evidenciado por verbalização

de necessidades aumentadas; Risco de sangramento, relacionado a complicações relativas à gravidez (placenta prévia); Dor aguda relacionada a agentes lesivos (biológicos), evidenciado por relato verbal e expressão facial; Risco de volume de líquidos deficiente, relacionado à possibilidade de sangramento; Risco de crescimento desproporcional do feto relacionado à prematuridade[8].

CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

Reduzir a ansiedade: manter a paciente e a família informadas sobre o plano de tratamento, compartilhar informações realísticas das consequências para o binômio mãe/feto; Avaliar a extensão da perda sanguínea, obtendo a história do início do sangramento, duração, quantidade, aspectos em geral, sintomas associados; Evitar o exame especular ou toque vaginal; Estabelecer uma via de acesso venoso para reposição sanguínea, caso necessite; Verificar sinais vitais, tensão abdominal através da palpação; Auscultar bcf de 30/30 min; Verificar dinâmica uterina a cada 1 hora; Estar alerta para sinais de choque; Investigar sinais de desconforto ou dor; Repouso no leito preferencialmente em decúbito lateral esquerdo. No período pós-operatório observar rigorosamente loquiação e involução uterina. Se sangramento, investigar a presença de coágulos. Prestar uma assistência de enfermagem com qualidade e humanizada, estabelecendo uma relação de ajuda e de confiança com a paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse trabalho foi possível aprofundar nosso conhecimento acerca de intercorrências que podem acontecer durante a gestação e sua interferência não somente física, mas emocionalmente, na vida da mulher, que está passando por um momento muitas vezes novo, em sua vida, cheia de expectativas e medos.

Em suma, acreditamos termos alcançado nosso objetivo, uma vez que a paciente mostrou-se mais receptiva a atuação das acadêmicas e demais profissionais e, principalmente, observou-se a redução da ansiedade e das queixas de cunho emocional.

A gestante teve alta hospitalar no dia 22/01, em bom estado geral. Sabe-se que a paciente realizou seu parto na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, onde já estava realizando acompanhamento prévio com um profissional médico.

Dessa forma, o relato de experiência aqui exposto, teve como **Contribuição para Enfermagem** os resultados benéficos do atendimento correto e humanizado à mulher, garantindo a ela assistência de forma integral, visando o bem-estar do binômio mãe-

bebê, minimizando seus anseios e angústias, possibilitando também a reflexão acerca da atuação do enfermeiro enquanto educador em saúde, possibilitando o avanço da enfermagem como ciência.

REFERÊNCIAS

1. Universidade Federal do Rio Grande, Projeto político pedagógico. 2010. [acesso em 03/05/2013]. Disponível em:http://www.pdi.furg.br/pdi/images/eenf.pdf

2. Bittar RE, Carvalho MHB, Zugaib M. Condutas para o trabalho de parto prematuro. Rev Bras Ginecol Obstet; 2005, 27(9): 561-6,

3. Araújo DMR, Pereira NL, Kac, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. Cad. Saúde Pública; Abr 2007, 23(4): 747-756.

4. Orshan SA. Enfermagem na Saúde das Mulheres, das Maẽs e dos Recém-Nascidos: o cuidado ao longo da vida. Porto Alegre: artmed; 2010.

5. Dias MS, Silva RA, Souza LDM, Lima RC, Pinheiro RT, Moraes IGS. Autoestima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública: dez. 2008, 24(12): 2787-2797.

6. Nomura M.. O uso de corticóides durante o Pré-Natal. 2010. [acesso em 19 de Março de 2013].Disponível em : http://www.cerclagem.com.br/julho_2010_58.html.
7. Branden P. S. Enfermagem materno-infantil. 2ª edição. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores: 2000.

8. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**:** definições e classificação 20092011. Porto Alegre: Artmed: 2010.

SER MULHER CATADORA DE MATERIAIS RECICLÁVEIS EM UMA COMUNIDADE VULNERÁVEL

BEING WOMAN COLLECTOR OF RECYCLABLE MATERIALS IN A VULNERABLE COMMUNITY

Camila Biazus Dalcin[101]; Jéssica Ineu Dotto[97]; Dirce Stein Backes[102]

RESUMO: O estudo teve por objetivo conhecer a realidade de mulheres catadoras de materiais recicláveis moradoras de uma comunidade vulnerável. Trata-se de uma pesquisa estudo qualitativa, realizada entre março e julho de 2011, com quinze catadoras de materiais recicláveis. Os dados foram coletados pela técnica de entrevista e analisados pela técnica de análise de conteúdo temática. Dos resultados percebe-se que elas reconhecendo a reciclagem como profissão e responsabilidade social, tem dificuldades de ser mulher e catadora. Conclui-se, que a função de "ser catadora" se constitui em uma atividade emancipadora e socialmente responsável, na medida que as mulheres sustentam que a sua prática é uma opção voluntária e que contribui para a sustentabilidade planetária, mesmo que acompanhada por preconceitos e incompreensões por parte daqueles que produzem, em abundância, o lixo.
Descritores: Cuidados de Enfermagem; Enfermagem; Vulnerabilidade Social.

ABSTRACT: The study aimed to know the reality of collector women of recyclable materials living in a vulnerable community. This is a qualitative research study, conducted between March and July 2011, with fifteen collector of recyclable materials. Data were collected by interview technique and analyzed using thematic content analysis. The results revealed that the woman recognizing recycling as a profession and social responsibility, that they have difficulties of being female and collector. It is possible to perceived that the function of being a "collector" constitutes an emancipatory and socially responsible activity, to the extent that women maintain that their practice as a voluntary option and contributes to global sustainability, even if it is accompanied by prejudice and misunderstandings by those who produce an abundance of garbage.
Keywords: Nursing Care; Nursing; Social Vulnerability.

INTRODUÇÃO

O "ser mulher" na sociedade contemporânea, pode ser caracterizado um processo emancipatório gradual. A inserção da mulher no mercado de trabalho e a ocupação de cargos reconhecidos como exclusivos do sexo masculino, tais como cargos políticos, requer engajamento ativo e efetivo por parte das próprias mulheres. Reconhece-se, portanto, que esta igualdade de gênero ainda se constitui utopia(1).

Levando em consideração os eixos mulher - vulnerabilidade social - enfermagem, emergiu da prática do curso de graduação em Enfermagem, a necessidade

[101]Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Email: camilabiazus@hotmail.com; jessik_ineu@hotmail.com
[102]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) e docente colaboradora da FURG. Email: backesdirce@ig.com.br

de fortalecer iniciativas relacionadas a emancipação das mulheres catadoras de materiais recicláveis, moradoras de uma comunidade vulnerável.

Nessa direção, o estudo teve como questão de pesquisa: como é o dia a dia de mulheres catadoras de materiais recicláveis moradoras de uma comunidade socialmente vulnerável? A partir do exposto, o estudo teve por objetivo conhecer a realidade de mulheres catadoras de materiais recicláveis, moradoras de uma comunidade vulnerável.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo-exploratório, que integra o Projeto de pesquisa "Exercendo a cidadania e potencializando o viver saudável pelo desenvolvimento de práticas sociais empreendedoras". O estudo foi realizado com quinze catadoras de materiais recicláveis, moradoras de uma comunidade de aproximadamente vinte e cinco mil habitantes, localizada na região oeste do município de Santa Maria, RS, Brasil, a qual se encontra em situação social, política, econômica e ambiental vulneráveis.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas, entre os meses de março e julho de 2011, com base em critérios de inclusão tais como: ser mulher acima de dezoito anos, ser catadora de materiais recicláveis há mais de 2 anos e aceitar participar voluntariamente da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: não aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, não estar trabalhando como catadora no momento da entrevista e não ser moradora do local.

As entrevistas foram conduzidas em dias e horários previamente agendados, por meio de questões norteadoras, quais sejam: o que significa, para você, ser catadora de materiais recicláveis? Como é o seu dia a dia enquanto catadora? Dados e informações foram organizados e analisados por categorização, com base na técnica de análise de conteúdo temática(2), o qual se constitui de três momentos: o primeiro consiste em uma frequência com identificação dos principais significados, o segundo analisa o conteúdo que identifica as categorias que emergiram a partir dos dados coletados e o terceiro refere-se à interpretação da categoria.

O estudo seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o trabalho aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano, sob o número 333/2008. Para manter o anonimato das participantes da pesquisa, as catadoras foram identificadas por meio do nome de pedras

preciosas, devido à importância social de sua função, o brilho de sua singularidade e também como forma de homenagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria das entrevistadas possui uma relação estável com um parceiro do sexo masculino. Uma participante possui somente um filho e as demais de quatro a oito filhos biológicos. A idade das catadoras varia entre vinte e quatro e quarenta e nove anos. A função de ser catadora de materiais recicláveis revela-se como uma opção de vida das mulheres entrevistadas, as quais consideram-se trabalhadoras e integrantes do mercado de trabalho por opção, assumida com compromisso e orgulho.

Relatam gostar de serem catadoras, pois consideram esta uma atividade prazerosa e gratificante, por possibilitar conhecer novos lugares e novas pessoas, gerando a sensação de liberdade, por ser um trabalho digno, proveitoso e gratificante. Evidencia-se que as questões socioambientais estão sendo discutidas nos mais diferentes contextos, seja por questão de necessidade, seja por questão de sobrevivência, como a das catadoras. Revela-se urgente o entrelaçamento entre o ser humano e a natureza, bem como uma formação para a educação e o saber ambiental, para que a sociedade valorize práticas como a das catadoras de matérias recicláveis e também a vida como um todo(3).

O “ser mulher” está muito associado à questão da estética e com a busca pelo autocuidado por meio da otimização do tempo. Essa busca pelos significados do ser mulher pode ser considerada uma forma de resgatar o viver saudável das catadoras. Em razão dessas percepções, a enfermagem torna-se importante no processo de emancipação das mulheres, por meio de ações voltadas para a promoção e para o autocuidado em saúde.

Por meio da compreensão do ser humano como um todo, o enfermeiro atua fortalecendo a percepção das necessidades, das capacidades e das redes, tornando os sujeitos atores da sua própria história e instigados para o novo(4). O empreendedorismo social deve ser visto e percebido como uma estratégia para a concretização da igualdade de gênero, onde os sujeitos possam ser pró-ativos e criativos para atuar na mudança paradigmas.

A opção primária do ser catadora de materiais recicláveis representa, para a maioria das pessoas da sociedade capitalista, incapacidade ou incompetência de “encontrar outro trabalho”. Sob esse enfoque, o preconceito e as incompreensões sociais

ainda são uma marca registrada na vida das catadoras. Evidenciam-se fatores como a masculinidade presente no "ser" catadora, por representar um trabalho braçal e pesado, incapaz de ser realizado por pessoas do sexo feminino.

Para as catadoras, essa realidade se apresenta como conturbada e difícil de ser compreendida, uma vez que a sociedade em geral não reconhece o "ser catador" como um trabalho digno e realizador. O ser catador de material reciclável, que trás em si a essência do masculino, por tratar com "lixo" – *o que não mais se quer*, e ser um trabalho que exige força e resistência, vem a corroborar com a sensibilização da mulher, não sendo essa a vontade das próprias mulheres(1).

CONCLUSÃO

As catadoras demonstram dificuldades pelas resistências de conviver com as adversidades de uma sociedade preconceituosa e capitalista que valoriza a pessoa humana pelo que tem e produz. Nessa direção, é importante que se reveja crescentemente as políticas de inclusão social, sobretudo nos espaços mais vulneráveis, nos quais a luta pela sobrevivência rompe paradigmas, gêneros e espaços sociais. O profissional de enfermagem necessita atuar nos diferentes campos sociais, como prática empreendedora, proativa e inovadora, que vise ao viver saudável dos sujeitos e ao protagonismo dos indivíduos como autores da sua própria história. Sob esse enfoque, a enfermagem pode ser fomentadora de políticas públicas com abordagem na saúde dessas mulheres de forma integral e efetiva.

Os resultados evidenciam, em suma, que o "ser catadora" se constitui em uma atividade emancipadora, realizadora e socialmente responsável, à medida que as mulheres sustentam que a sua prática contribui para a sustentabilidade planetária, mesmo que acompanhada por preconceitos e incompreensões por parte daqueles que produzem, em abundância, o lixo.

REFERÊNCIAS

1. Cabella STL, Prehn DR, Strey MN. Gênero e cultura: questões contemporâneas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

2. Bardin L. Análise de conteúdo. 4 ed. Lisboa: Edições, 2009.

3. Leff E. Saber Ambiental. Petrópolis, Vozes, 2001.

4. Arribas CM, Backes DS, Júnior JGCS, Piva, MG. As multifaces do empreendedorismo na enfermagem brasileira. Santa Maria, RS: Centro Universitário Franciscano, 2011.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO EXAME CITOPATOLÓGICO NA UBSF DR. JOSÉ SALOMÃO. RIO GRANDE/RS

Catharine Souza[103]; Cristine Coelho[104]; Luana Mortola[105]; Tiane Dantas[106]; Taimara Martins [107]; Vera Lúcia de Oliveira Gomes[108]

INTRODUÇÃO: O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento desse órgão, podendo comprometer o tecido subjacente e invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Através de estudos e pesquisas relacionados à saúde da mulher, identificou-se que o câncer do colo uterino continua sendo um grave problema de saúde pública, representando a segunda causa de morte na população feminina. Em 2010, cerca de 4.986 mulheres morreram vítimas deste tipo de câncer no Brasil [1]. No Rio Grande do Sul, o câncer do colo uterino é a quarta maior causa de óbito entre mulheres. Na década de 90, o Estado teve um aumento de 27% de ocorrência dessa doença, passando de 5,2/100 mil para 6,6/100 mil habitantes [2]. Entre os fatores de risco para o desenvolvimento deste tipo de câncer cita-se o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros, a multiparidade, a alimentação inadequada e o tabagismo. Entretanto, o principal fator de risco, está relacionado à infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) [3]. Um dos métodos mais eficazes para a prevenção e diagnóstico precoce desta neoplasia é a realização do exame citopatológico, também chamado de Papanicolau. Este exame é um método rápido, de baixo custo operacional e, se realizado com técnicas adequadas e por profissionais devidamente treinados, é de grande confiabilidade [4]. O Ministério da Saúde recomenda a realização anual do exame a mulheres com idade entre 25 a 60 anos e, mais precocemente, para aquelas com vida sexual ativa. Após dois resultados negativos consecutivos, os exames subseqüentes podem ser realizados a cada três anos [5]. No entanto, para que se atinja um número satisfatório de mulheres e garanta que as mesmas realizem o exame periodicamente, as orientações são para que a coleta seja realizada

[103]Acadêmica da 7º série do curso de enfermagem, bolsista pet enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande – FURG;
[104]Acadêmica da 9º série do curso de enfermagem, bolsista pet enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande – FURG;
[105]Acadêmica da 7º série do curso de enfermagem, bolsista pet enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande – FURG;
[106]Acadêmica da 8º série do curso de enfermagem, bolsista pet enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande – FURG;
[107]Acadêmica da 7º série do curso de enfermagem, bolsista pet enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande – FURG;
[108]Prof. Dr em enfermagem Vera Lúcia de Oliveira Gomes, tutora pet enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande – FURG.

anualmente. Sabe-se que as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde devem ser realizadas levando-se em consideração o contexto cultural, histórico e social das clientes. Para tanto, a atenção básica se organiza por meio do trabalho interdisciplinar, mediante a responsabilização de Equipes de Saúde da Família num dado território, onde as mesmas trabalham com foco nas famílias através do estabelecimento de vínculos [6]. É necessária a implementação de medidas que atraiam as mulheres à Unidade Básica de Saúde, para a acolhida e realização do exame preventivo, visando à obtenção do diagnóstico precoce de lesões precursoras do câncer do colo uterino. Sabe-se que na fase inicial da doença, as chances de cura podem chegar a 100% e, em grande número de vezes, a resolução ocorre em nível ambulatorial, diminuindo assim, os índices de morbimortalidade [4]. Devido à baixa procura de mulheres residentes nas áreas de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família Dr. José Salomão e frente à importância da realização do exame citopatológico para a prevenção do câncer do colo uterino, este trabalho tem por objetivo investigar qual a situação epidemiológica do exame citopatológico na UBSF Dr. José Salomão. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo documental, com abordagem quantitativa, caracterizando-se como exploratório descritivo. A população atendida nessa UBSF é dividida em duas micro áreas, sendo identificadas como 10 e 11. A coleta foi realizada em abril de 2013 e os dados foram obtidos diretamente do livro de registros de exames citopatológicos realizados na unidade entre 1º de março de 2012 e 28 de fevereiro de 2013, ou seja, durante um ano. Foram coletados os dados referentes a idade, início da vida sexual, número de parceiros e resultado do exame. Os aspectos éticos foram respeitados e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande sob parecer Nº48/2012. Para a tabulação, os dados foram inseridos em planilhas do Aplicativo Microsoft Excel® e submetidos à análise descritiva. No período, havia o registro de 196 resultados de exame citopatológico de mulheres pertencentes a micro área 11, destes em 60, os registros estavam incompletos, sendo desconsiderados. Assim, integraram o presente estudo, 136 registros de exame citopatológico. **RESULTADOS:** A média de idade entre as participantes foi de 36 anos e 1 mês sendo a mínima de 14 e a máxima 66 anos. De acordo com a literatura, os exames citopatológicos não atingem as mulheres da faixa etária demaior risco. As mulheres que se submetem ao exame preventivo têm em geral idade entre 18 e 35 anos e o pico de incidência da doença situa-se entre 40 e 60 anos [5,7]. Neste estudo, apenas 32,4% das mulheres situavam-se neste grupo populacional. Amédia de idade da primeira relação sexual foi de 17 anos e três meses, sendo a mínima de nove anos e a

máxima de 33 anos. Em relação ao número de parceiros, 98 (72%) mulheres tiveram até três parceiros sexuais, 31 (22,8%) tiveram mais de três parceiros, três (2,2%) mulheres tiveram mais de 25 parceiros e três (2,2%) não souberam informar o número de parceiros sexuais ao longo da vida. A média de gestações foi detrês (2,7%), sendo que 24 mulheres não tiveram nenhuma gestação e 19 tiveram cinco ou mais gestações. Segundo o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer, o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero é a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), entretanto outros fatores como início precoce da vida sexual, multiplicidade de parceiros e multiparidade também influenciam negativamente[3].Os registros apontaram que 77 exames foram considerados normais, ou seja, não havia patologia associada, apenas a presença de *lactobacilus*; 43 apresentaram alguma alteração, sendo a mais prevalente a presença de *gardnerella vaginalis*, com 35 exames. Detectou-se também, um caso de neoplasiade colo do útero em estágio inicial. Dos 136 exames analisados, 16 não possuíam registro do resultado. **CONCLUSÃO:** Embora a regularidade de realização do exame esteja dentro dos parâmetros recomendados, o grupo de mulheres em maior risco não está sendo plenamente atingido, o que demonstra falta de conhecimento ou de valorização do Papanicolau. Além da prevalente presença de *gardnerella vaginalis*, ressaltam-se também, fatores de risco como início precoce da vida sexual, multiplicidade de parceiros e multiparidade. Isso demonstra a necessidade de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde que devem ser realizadas levando-se em consideração o contexto cultural, histórico e social das clientes. **CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM**: o estudo gerou novos questionamentos sobre a abordagem profissional e acadêmica relacionada às estratégias para melhoria dos indicadores de câncer ginecológico. Além disso, evidenciou que o Serviço de Saúde precisa estar mais atento, afim de não perder excelentes oportunidades de diagnóstico e prevenção, pois em 31% das mulheres que buscaram a realização do citopatológico não se efetivou o resultado desse exame.

Descritores: Enfermagem; Prevenção de Câncer de Colo Uterino; Promoção da Saúde;

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Brasília (DF): INCA 2011.

2. Secretaria da saúde do Estado do Rio Grandedo Sul. Estatísticas de Saúde – Mortalidade. v. 25, 2001. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2001.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção do Câncer do Colo do Útero: manual técnico para profissionais de saúde. Brasília (DF):Ministério da Saúde, 2002.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e Controle do Câncer do Colo do útero: protocolo de Atenção à saúde da mulher. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte (BH): Ministério da saúde, 2008.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Secretaria de atenção à saúde. Brasília: 2006.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Ministério da saúde, 2001.

7. Davim RMB; et al. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau. Revista Escola de Enfermagem USP2005; 39(3): 296-302.

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

SEXUAL VIOLENCE AGAINST WOMEN: AN INTEGRATIVE REVIEW

Cristiane Lopes Amarijo[109]; Camila Daiane Silva[110]; Daniele Ferreira Acosta[3]; Vera Lúcia de Oliveira Gomes[4]

RESUMO: Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura, realizada com o objetivo de analisar o conhecimento que vem sendo produzido, no campo de Enfermagem, acerca da violência sexual contra a mulher. Efetuou-se a busca na Base de Dados da Enfermagem utilizando-se os descritores: estupro (or) violência sexual (or) violência contra a mulher. Incluíram-se todos os estudos disponíveis online e gratuitos, publicados entre 2006 a 2012, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que focassem a violência sexual contra a mulher. Das cinquenta e cinco publicações encontradas, dez atenderam aos critérios de inclusão. Apreenderam-se as categorias: violência baseada nas questões de gênero, aspectos da violência sexual e abordagem do profissional de enfermagem às vítimas de violência sexual. Evidenciou-se que a temática dos estudos é diversificada, que há necessidade de discuti-la nos cursos superiores da área da saúde, bem como maiores investimentos em educação permanente e continuada para capacitação dos profissionais para o atendimento às vítimas.

Descritores: Violência contra a mulher. Violência sexual. Saúde sexual e reprodutiva. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT: This is a Integrative Review of Literature, held in order to analyze the knowledge that is being produced in the field of Nursing, about sexual violence against women. We conducted a search in the Database of Nursing using the keywords: rape (or) sexual violence (or) violence against women. It included all studies available online and free, published from 2006 to 2012, in Portuguese, English or Spanish, that they focus on sexual violence against women. Of the fifty-five publications found, ten met the inclusion criteria. They seized the categories: violence based on gender, sexual violence and aspects of professional nursing approach to victims of sexual violence. It became clear that the topic of studies is diverse, there is a need to discuss it in higher health care as well as increased investment in continuing education and continuing training for professionals to care for victims.

Descriptors: Violence against women. Sexual violence. Sexual and reproductive health. Nursing Care.

[109] Acadêmica da 9ªsérie da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - EEnf/FURG Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Gênero e Sociedade - GEPEGS. Bolsista Probic. E-mail: cristianeamarijo@yahoo.com.br

[110] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGEnf/FURG. Integrante do GEPEGS. Bolsista Cnpq. E-mail: camilad.silva@yahoo.com.br

[3] Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGEnf/FURG. Integrante do GEPEGS. E-mail: daniele_acosta@hotmail.com

[4] Enfermeira. Drª. em Enfermagem. Profª. Titular da EEnf/FURG. Líder do GEPEGS. Tutora do Grupo PET/Enfermagem.Enfermeira. E-mail:Vlogomes@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um fenômeno universal, multifacetado que atinge as diferentes classes sociais, faixas etárias, povos e culturas[1]. É definida pela Convenção de Belém do Pará, como "qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado"[2].

Foi somente em 1995, com o advento dessa Convenção destinada a Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, que pela primeira vez, no país, a violência contra a mulher passou a ter implicações legais. Até então, os atos violentos eram amplamente noticiados, porém seus autores permaneciam impunes. Em 2006, foi promulgada no Brasil, a Lei 11.340/06, conhecida como Lei Maria da Penha (LMP) com o intuito coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher bem como punir os agressores.[3]. Trata-se de uma lei popular, conhecida por 78% dos brasileiros(as) dos quais, 44% acreditam a sua eficácia. Foi classificada pela ONU como umas das três melhores leis do mundo na área de violência[3].

A LMP define as formas de violência física, psicológica, moral, patrimonial e sexual como as principais modalidades de violência direcionadas às mulheres[4].A violência sexual consiste em "constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso" podendo o agressor ser condenado a uma reclusão que varia entre seis a dez anos[5].

Em nível mundial, estima-se que a violência sexual vitimize 12 milhões de mulheres por ano[6]. Nos Estados Unidos a cada seis minutos uma mulher é estuprada[7]. No Brasil, embora exista uma lei protetiva às mulheres, desde 2006, a violência atingiu uma média mensal de 406 vítimas de violência sexual no ano de 2011[8].

Pesquisa realizada com 2502 mulheres, pela Fundação Perseu Abramo, em outubro de 2001, revela que uma em cada cinco brasileiras já sofreu alguma forma de violência por parte de algum homem, destas 13,0% foram submetidas ao estupro conjugal ou abuso e, 11,0% referem já ter sofrido assédio sexual. Apesar da magnitude dessa violação aos direitos da mulher, apenas 10% dos casos de violência sexual, no Brasil, são denunciados[9].

Embora exista uma legislação protetiva, questões culturais ainda inibem a iniciativa da vítima em denunciar o ato violento. Além disso, o medo e a vergonha acabam fazendo com que a vítima não procure o sistema de saúde e quando o fazem

apresentam-se com queixas vagas, o que dificulta a identificação/diagnóstico da violência. Frente à gravidade do fenômeno, percebe-se a necessidade dos profissionais da saúde estarem preparados para a assistência às vítimas, destacando-se a importância de um acolhimento, orientação, tratamento e encaminhamento dos casos para a rede de apoio.

Considerando que a pesquisa científica constitui a base que subsidia a prática de enfermagem, realizou-se o presente trabalho com o objetivo de analisar o conhecimento produzido, no campo da enfermagem, acerca da violência sexual contra a mulher.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo realizado por meio de uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL). Esse método científico tem a finalidade de reunir de maneira sistemática e ordenada os resultados de pesquisas disponíveis em dado momento, sobre um tema específico. Tal modelo permite sintetizar o conhecimento acerca de determinado assunto além de revelar lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas por novos estudos[10].

Para a realização da RIL faz-se necessário a contemplação de seis etapas. Primeira, identificação de um problema e a formulação de uma hipótese ou questão de pesquisa relevante para a área da saúde. Essa etapa é fundamental para que se desenvolva uma revisão integrativa bem elaborada. Segunda, determinação de critérios de inclusão e exclusão e os meios que serão utilizados para a obtenção da amostra. A terceira etapa, consiste em definir quais informações serão extraídas dos estudos selecionados, ou seja, a construção de um banco de dados que contenha informações pertinentes aos estudos, como, por exemplo, a amostra do estudo, os objetivos, a metodologia empregada, resultados e as principais conclusões de cada um. Na quarta etapa, realiza-se a avaliação dos estudos encontrados a partir da revisão realizada, o que equivale a análise dos dados de uma pesquisa convencional em que o pesquisador elegerá o método a ser utilizado para análise. Na quinta etapa efetua-se a interpretação dos resultados que se assemelha a fase de discussão dos resultados obtidos na pesquisa convencional. A partir dos resultados o pesquisador pode detectar lacunas no conhecimento e realizar sugestões. Sexta etapa, realiza-se a apresentação da revisão/síntese do conhecimento, ou seja, o pesquisador elabora um documento descrevendo todas as fases percorridas durante a elaboração da revisão integrativa bem como os resultados encontrados a partir da análise dos estudos incluídos[10].

Estudos realizados neste modelo possibilitam desvendar informações como, por exemplo, o foco e os temas abordados nas pesquisas, as contribuições dos estudos, as sugestões apresentadas pelos pesquisadores para mudanças e inovações. "Esses trabalhos não se restringem a identificar a produção, mas analisá-la, categorizá-la e revelar os múltiplos enfoques e perspectivas"[11].

Assim, com o intuito de analisar o conhecimento produzido, no campo da enfermagem, acerca da violência sexual, no período compreendido entre 2006 e 2012 realizou-se uma busca na Base de Dados da Enfermagem (BDEnf) utilizando os seguintes descritores em associação: estupro (or) violência sexual (or) violência contra a mulher.

Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos publicados em português, inglês ou espanhol; disponíveis na íntegra de forma on-line e gratuita; que versassem sobre a temática proposta, publicados entre os anos de 2006 e 2012. Foram excluídas as teses, as dissertações, as monografias obtendo-se 55publicações. O material selecionado foi submetido a dois testes de relevância.

No primeiro, efetuou-se a leitura dos títulos e selecionaram-se os artigos que apresentavam foco na temática. A seguir, realizou-se uma leitura exploratória dos resumos dos artigos pré-selecionados a fim de verificar se os mesmos estavam em consonância com o tema em questão. Para o segundo teste de relevância, os artigos foram lidos na íntegra.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A apresentação dos resultados foi feita em duas etapas. Na primeira elaborou-se a caracterização dos estudos selecionados e, na segunda foram descritas as categorias apreendidas a partir da análise de conteúdo.

Caracterização dos estudos

Integraram a amostra 10 artigos, identificados pelo o título e apresentados em ordem decrescente de publicação. Percebeu-se que o ano de 2007 apresentou o maior número de publicações, com quatro estudos, seguido de 2009, com três publicações, 2008 com dois e 2006 com um artigo. Os periódicos que mais publicaram textos sobre essa temática foram a Revista Latino-Americana de Enfermagem com três publicações e a Revista de Enfermagem da UERJ com dois artigos. Essas revistas, atualmente, estão classificadas pelo Qualis da Enfermagem como A2 e B1, respectivamente.

Em relação ao tipo de estudo, detectou-se que cinco eram classificados como exploratório descritivo, um estudo qualitativo, uma pesquisa fenomenológica, dois relatos de experiência e uma revisão de literatura.

As metodologias utilizadas para obtenção dos dados foram, uma Revisão Sistemática de Literatura; uma revisão bibliográfica; um questionário contendo perguntas fechadas e abertas; uma entrevista semiestruturada; três análises documentais sendo que uma delas em associação com entrevista e três relatos de assistência de enfermagem em diferentes contextos.

Quadro 1. APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS, SEGUNDO O TÍTULO, AUTORES, PERIÓDICO E ANO DE PUBLICAÇÃO

Título	Autor	Periódico	Ano
1. Abordagem do profissional de enfermagem à mulher vítima de violência sexual	Couto N, Paes GK, Oliveira NCM, Daher MJE, Vidal LL.	Rev. Pesqui.:Cuid. Fundam. (Online); 1(2):1841-1847.	2009
2.Sentir-se impotente: um sentimento expresso por cuidadores de vítimas de violência sexual	Correa MEC, Labronici LM, Trigueiro TH.	Rev. Latinoam. Enferm; 17(3):289-294.	2009
3. O processo histórico do arquétipo familiar contemporâneo e a invenção do incesto	Solano LC, Queiroz JC, Carvalho FPB, Timóteo ORP S, Monteiro A.	Rev. Enferm. UERJ;17(4):601-605.	2009
4. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de Enfermagem	Higa R, Mondaca ADCA , Reis MJ, Lopes MHBM.	Rev. Esc. Enferm. USP; 42(2): 377-382.	2008
5. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores	Leôncio KL, Baldo PL, João VM, Biffi RG.	Rev. enferm. UERJ; 16(3): 307-312.	2008
6. Violência sofrida pelas profissionais do sexo durante seu trabalho e as atitudes tomadas após serem vitimadas.	Netto FRGX, Oliveira JS, Rocha J.	REME rev. min. Enferm; 11(3): 248-253.	2007
7. Caracterização das vítimas e agressores de violência sexual em um serviço ambulatorial	Labrocini LM, Mantovani MF, Fegadoli D, Arcoverde MAM, Jarek G.	Online braz.j. nurs. 6(0), jan.	2007
8. Women victims of sexual violence: adherence to chemoprevention of HIV	Diniz NMF, Almeida LCG, Ribeiro BCS, Macedo VG.	Rev. latinoam. enferm;15(1):7-12, jan.-fev.	2007
9. Interrupção legal da gestação decorrente de estupro: Assistência de enfermagem às mulheres atendidas num serviço público da cidade de Campinas – SP	Higa R, Reis MJ, Lopes MHBM.	Cienc Cuid Saude; 6(3):372-376	2007
10. Auto-estima de mulheres que	Viana LAC, Bomfim	Rev. latinoam.	2006

sofreram violência	GFT, Chicone G.	enferm;14(5):695-701.	

Categorização dos estudos

A partir da análise dos estudos e adotando-se como critérios a frequência e a relevância do tema, foram elaboradas as seguintes categorias: “Aspectos da violência sexual”, “A violência baseada em questões de gênero” e “Abordagem do profissional de enfermagem às vítimas de violência sexual”.

1. Aspectos da violência sexual

O perfil das vítimas foi delineado em quatro estudos sendo as características apresentadas dissonantes. Enquanto um mencionou que as vítimas eram de cor branca, com idade acima dos 35 anos, solteiras, com algum tipo de trabalho remunerado e ensino fundamental completo (5), outro revelou uma faixa etária entre 20 e 25 anos e com renda familiar mensal de um a três salários mínimos. (6). Um estudo identificou as principais vítimas sexuais como mulheres de cor negra, afirmou ainda que utilizavam métodos contraceptivos e eram sexualmente ativas antes do crime. (8). Finalmente, os autores descreveram o predomínio de mulheres com estatura em torno de 1,60m, pesando 55 quilos, aparência agradável, vestimentas discretas e cabelos escuros e longos. (10).

Os agravos que o crime sexual pode desencadear, apresentados pelos estudos, incluem traumas físicos; emocionais; gravidez não planejada; aborto; problemas de ordem ginecológica; DST’s/AIDS; adoção de comportamento sexual perigoso, com exposição a múltiplos parceiros e uso de substâncias entorpecentes. (1, 5, 7, 8, 10). No Brasil, esse delito consiste em uma das principais causas de adoecimento e óbito feminino (1,5) Além disso, cabe enfatizar que 30% das primeiras relações sexuais ocorreram pelo uso da força. (7).

O estupro foi revelado como sendo o crime sexual mais cometido contra as mulheres, no entanto os dados acerca deste delito não expõem a totalidade dos casos uma vez que menos de 10% dos delitos são denunciados. (1, 2, 8, 10). Essa omissão se deve ao fato da violência ser exercida geralmente por pessoas próximas e em ambiente doméstico por ser resguardado de interferências, o que gera na vítima sentimentos de culpa, vergonha e medo de represálias. (1, 2, 5, 7, 8).

Outros fatores contribuem para a subnotificação dos crimes sexuais, como a falta de informações acerca dos direitos femininos e dos crimes que a legislação conceitua, o descrédito na justiça e o sentimento de incapacidade de prover um lar. (1, 2, 6). Em determinadas situações o que impede as mulheres de registrarem a ocorrência são as promessas do companheiro de pararem com a agressão e a dependência financeira e emocional que apresentam pelo agressor. (1, 2, 5, 6, 10). Dois estudos enfatizam a necessidade de esclarecimento, junto às mulheres, de que a violência sexual é um crime, que precisa ser denunciada para que o agressor seja punido conforme a lei e para que elas possam fazer valer seus direitos como cidadãs. (1, 6).

2. A violência baseada em questões de gênero

A violência de gênero é descrita como um fenômeno mundial e complexo, que expõe a problemática da violação dos direitos humanos. Manifesta-se mediante múltiplas formas de expressão e está presente em todos os estratos sociais, povos e culturas, atingindo principalmente mulheres em faixa etária reprodutiva. Este crime inicia-se de forma lenta e silenciosa, ocorrendo em uma sequência gradativa, sendo sua manifestação mais extrema, o homicídio. (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

Em geral, entre os motivos que mais desencadeiam atos agressivos, destacam-se o desejo de separação, seguido pelo uso de álcool e drogas. (5). Evidenciou-se que os parceiros íntimos são os principais responsáveis pela violência contra a mulher, seguidos pelos ex-parceiros (5), padrasto e o próprio pai. Houve ainda, investigações revelando que certas práticas disciplinares, aplicadas às mulheres, são aceitas pela sociedade, as quais reforçam padrões de comportamento de submissão. (3, 5, 7).

A violência de gênero é citada em suas diferentes tipificações, baseando-se na classificação da Lei Maria da Penha (LMP). Assim, quando as agressões são cometidas por algum dos membros da família, dizem que o crime cometido é a violência intrafamiliar. Para aquelas cometidas por pessoas que coabitam, independente de laços sanguíneos, a nomenclatura atribuída é violência doméstica. Nas situações em que houve o emprego de força física, a terminologia utilizada é violência física. Quando a intenção é ferir o emocional da pessoa, a violência é dita psicológica. Se a finalidade dos atos for afetar a sobrevivência dos membros da família, a violência que está sendo cometida é a violência econômica ou financeira. Caso o dano esteja sendo praticado nos/pelos serviços públicos, a violência é institucional. (1, 6, 7). Estas duas últimas modalidades de violência não contém suas descrições na LMP. Se o acontecimento

envolver atos que anulem ou limitem a liberdade sexual da pessoa, culminando na prática sexual obrigatória, está sendo exercida a violência sexual. (1, 6, 7, 9, 10). Nessa última incluem-se o tráfico de mulheres para a prostituição e a mutilação genital feminina.(6).

Outra modalidade de crime sexual é descrita no artigo (3), resgatando a gênese familiar tradicional, concebida na atualidade. A origem do modelo familiar que se tem na atualidade é fruto de construções sociais produzidas ao longo do processo histórico. As formas de relacionamento entre os membros das famílias sofreram modificações, de modo que o incesto anteriormente visto como algo natural passou a figurar culturalmente como algo profano. Descrito atualmente como violência sexual, o incesto consiste na união sexual entre parentes consanguíneos, afins ou adotivos em que um os envolvidos se encontra em uma posição de maior poder em relação a vitima. (3, 5, 7).

Os autores expõem que a violência sexual constitui sério problema de saúde pública em virtude das severas consequências que este crime provoca na saúde da mulher, pois a afeta de forma multidimensional. (1, 4, 5, 6, 7, 8). No entanto, a presença constante da violência no cotidiano das mulheres às leva a aceitarem esse delito como parte integrante de sua rotina, processo denominado de rotinização da violência. As vítimas compreendem que estão sofrendo algum tipo de violência, mas não percebem a complexidade do ato. (1, 5, 6). O fato das vítimas interiorizarem a rotinização da violência, mostra a necessidade de dispor de profissionais capacitados para agir, não somente em termos de cura, mas também para desenvolverem ações de prevenção, enfatizando a gravidade da vitimização, bem como os danos que podem ser desencadeados. (1).

3. Abordagem do profissional de enfermagem às vítimas de violência sexual

O atendimento às vítimas foi abordado sob diferentes óticas. Alguns autores referem que em certo momento da vida, a mulher acessará o serviço de saúde por distintas causas. Esse instante deve ser visto como uma oportunidade para desenvolver ações de educação em saúde com vistas a eliminar a violência do convívio das vítimas. (1, 5, 7).

Os estudos evidenciam a necessidade de se realizar o acolhimento às vítimas de violência sexual, de forma humanizada para que se consiga estabelecer um vínculo de confiança, visando à continuidade da assistência e uma maior adesão à profilaxia. (1, 2, 4, 8, 9, 10). Estudos enfatizam que o atendimento preconizado pelo que o Ministério da

Saúde deve ser realizado por equipe multiprofissional capacitada, composta por Enfermeiros, Médicos, Psicólogos e Assistentes Sociais, para que cada um preste a assistência específica e a registre de forma adequada. (1, 2, 4, 8).

Por outro lado, um estudo destaca a recomendação para que o atendimento seja realizado por um profissional de enfermagem do sexo feminino, principalmente a consulta ginecológica. No entanto, alerta que se o profissional de saúde estiver adequadamente capacitado, independente do seu sexo, poderá prestar uma assistência de qualidade. Essa assistência inclui informar à mulher que a consulta ginecológica não substitui o exame de corpo de delito, bem como notificar todos os casos atendidos, sendo eles suspeitos ou confirmados. (4). Contudo, a grande maioria dos serviços de saúde não se encontra preparada para detectar e tratar casos de violência. (1, 4, 10).

A falta de sensibilização da enfermagem em diagnosticar casos de violência sexual é exposta em dois estudos como agravante da situação, pois nem sempre a agressão sofrida é explícita. (1, 5). Cabe ao profissional de enfermagem a aptidão para acolher as vítimas, minimizando os riscos a sua saúde, além de atuar com medidas de prevenção da violência junto aos envolvidos.(1).

Ressaltam que quando os profissionais da saúde/enfermeiros prestam o devido atendimento às vítimas de violência sexual, compartilham o sofrimento, a dor, o medo e a tristeza gerados pelo ato violento. Esse acúmulo de experiências os afeta de modo a se sentirem pouco ou nada resolutivos, desencadeando um sentimento de impotência diante das limitações humanas e do sistema de saúde. Esse sentimento parece ser fruto de uma formação biomédica que determina uma terapêutica, uma cura para cada enfermidade. Porém, a dor da violação corporal transcende a dor concebida como o quinto sinal vital. Permanece na essência do corpo e essa incapacidade de resolver o problema leva os profissionais a questionarem suas próprias capacidades e conhecimentos. Isso revela que os trabalhadores não estão preparados para lidar com os sentimentos gerados pelo compartilhamento das vivências das vítimas. (2, 9).

Para tanto, algumas das publicações salientam a necessidade de se dispor de uma rede de apoio integrada entre Justiça, Educação, Saúde, Ação Social e sociedade civil, para agir em prol dos direitos das mulheres. (1, 5, 10). É necessário também, que ocorra uma revisão e adequação do processo de formação dos enfermeiros para que adquiram, ao longo de seu curso, as competências necessárias para atender esses casos. (1, 7). O tema deve ser abordado nos cursos de graduação e pós-graduação das áreas da saúde e humanas, a fim de capacitar os futuros profissionais para o cuidado das vítimas. Destacam ainda a necessidade das instituições proporcionarem a capacitação

permanente, uma vez que os trabalhadores não receberam formação adequada para lidarem com o fenômeno da violência sexual; criarem grupos para que os profissionais possam compartilhar suas experiências e sentimentos gerados durante o atendimento as vítimas, aprimorando assim o processo de cuidar. (1, 2, 5, 9, 10).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo constatou-se que o conhecimento produzido acerca da violência sexual contra a mulher apresenta foco diversificado. As informações trazidas pelos autores se complementam e evidenciam a relevância do tema.

A metodologia escolhida foi adequada para o alcance do objetivo. Como dificuldade para o desenvolvimento do estudo, cita-se o número reduzido de produções científicas, pois em seis anos, apenas dez estudos abordaram a temática. Por outro lado, como ponto positivo destaca-se a possibilidade de visualizar os enfoques dos estudos que vêm sendo produzidos, além de permitir a identificação de lacunas na produção científica entre elas, as formas de capacitação de trabalhadores da área da saúde; modalidades de promoção e prevenção da violência sexual; direitos das vítimas; perfil dos acusados e as abordagens do atendimento a vítimas de violência sexual que vem sendo realizadas nos currículos dos cursos de Graduação em Enfermagem.

Como contribuição para a Enfermagem, espera-se instigar pesquisadores para essa temática e que outros estudos sejam produzidos. Além disso, que o processo formador de Enfermeiros, os capacite para um atendimento efetivo e holístico às vítimas.

REFERÊNCIAS

1. Drezett J, Junqueira L, Antonio IP, Campos FS, Leal MCP, Iannetta R. Contribuição ao estudo do abuso sexual contra a adolescente: uma perspectiva de saúde sexual e reprodutiva e de violação de direitos humanos. Adolescência & Saúde. volume 1; nº 4; dezembro 2004. P. 31-39.

2. Brasil. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher "Convenção de Belém do Pará". Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Belém do Pará, 1994.

3. Secretaria da mulher. Aniversário de quatro anos da Lei Maria da Penha. 2010. Acessado em 23/06/2011. Disponível em: http://www.portaisgoverno.pe.gov.br/web/secretaria-da-mulher/exibir_noticia?groupId=30863&articleId=288781&templateId=3182

4. Brasil. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006.

5. Brasil. Lei n. 12.015, de 7 de agosto de 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm

6. Monteiro CFDS, Morais SCRV, Ferreira MTA, Carvalho RXDC, Canuto MAO, Moreira ICCC. Conhecimento dos enfermeiros sobre o Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual. Rev. Bras. Enferm, Brasília 2008 jul-ago; 61(4): 454-8.

7. Faced, UFBA. Violência Contra as Mulheres pelo Mundo. Disponível em http://www.faced.ufba.br/numeros/violencia_contra_mulher.htmacessado em 27.ago.2011.

8. Teixeira PAS, Pinto AS, Moraes OCR. Dossiê Mulher 2012. Disponível em: <http://www.isp.rj.gov.br/Conteudo.asp?ident=233> acessado em: 11.out.2012.

9. Vianna LAC, Bomfim GFT, Chicone G. Auto-estima de mulheres que sofreram violência. Rev Latino-Am Enfermagem 2006 setembro-outubro; 14(5)

10. 10 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

11. Romanowski JP, Ens RT. As pesquisas denominadas do tipo "estado da arte" em educação. Diálogo Educ., Curitiba, v. 6, n.19, p.37-50, set./dez. 2006.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER IDOSA: (IN) VISIBILIDADE DO PROBLEMA

VIOLENCE AGAINST WOMEM: (IN) VISIBILIT OF PROBLEM

Daniele Ferreira Acosta[111]; Camila Daiane Silva[112]; Cristiane Amarijo[113]; Vera Lúcia de Oliveira Gomes[114]

RESUMO: Estudo documental realizado na Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres no município do Rio Grande com objetivo de identificar o parentesco da vítima com o agressor, conhecer o tipo de violência e os motivos que levaram à prática dos atos violentos. Pesquisaram-se ocorrências abertas entre agosto de 2009 a dezembro de 2011, com vítimas entre 60 anos e mais. Os dados foram coletados em instrumento elaborado no Excel e calculadas as frequências absoluta e relativa. O projeto foi aprovado pelo CEPAS/FURG sob Parecer nº 137/2011. Houve prevalência da violência física entre mulheres de 60 e 69 anos, sendo os(as) filhos(as) os principais agressores. Questões de gênero, abuso financeiro e necessidade de uso de drogas foram citados como desencadeantes da agressão. Conclui-se que limitações de saúde, nesta faixa etária, contribuem para a sub-notificação dos casos. Cabe ao enfermeiro detectar as vítimas e famílias em situação de vulnerabilidade e atuar precocemente.

Descritores: violência contra a mulher, idoso, identidade de gênero.

SUMMARY: Documentary studyconductedin theSpecialized PoliceServiceto Womenin RioGrandein order to identifythe relationshipof the victimwith the aggressorelderly, know the typeof violenceand the reasons thatled to thecommission of acts. Search wasopen issuesbetween August 2009to December 2011, withvictimsbetween 60years and older. Data were collectedoninstrument developedin Exceland subjected tocontent analysis. Theproject was approved by CEPAS/FURGunderOpinion No.137/2011. There were prevalenceof phisic violence amongwomen60to 69 years, beingchildren the main aggressors. Gender issues, financial abuseand the need fordrug usewere cited astriggers foraggression.We conclude thathealth limitations, this age group, contribute tounderreportingof cases. It´s up to the nursedetectingvictims and families in vulnerable situationsand actearly.

Descriptors: violence against women, elderly, gender identity.

INTRODUÇÃO

[111] Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem Gênero e Sociedade/GEPEGS. Bolsista FAPERGS. Email: daniele_acosta@hotmail.com

[112] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do PPGEnf/FURG. Membro do GEPEGS. Bolsista Cnpq. E-mail: camilad.silva@yahoo.com.br.

[113] Acadêmica da 9ª série do curso de Graduação em Enfermagem da FURG. E-mail:cristianeamarijo@yahoo.com.br

[114] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem/FURG. Líder do GEPEGS. Tutora do Programa de Educação Tutorial PET/Enfermagem. E-mail: vlogomes@terra.com.br

A violência contra a mulher (VCM) é um fenômeno que assola a população em nível mundial. No Brasil é considerado um problema de Saúde Pública pelos traumas físicos, psicológicos, morais e até mesmo a morte que desencadeia[1]. É discutida, na literatura, sob a óptica da desigualdade de gênero atrelada a uma construção sócio-cultural que legitimou a formação das relações hierárquicas, com fins de dominação e exploração do sexo masculino sobre o feminino[2,3].

A Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra as Mulheres, adotada pelo Brasil em 1995), define a VCM como "qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no âmbito privado"[4:s.p]. Esse tipo de violência não distingue raça, religião, situação econômica ou faixa etária.

Ao focar esse tipo de violência entre mulheres com idade igual ou superior a 60 anos[5] foi identificado em um estudo, realizado no Rio de Janeiro, em 2006,[6] que em 43,1% dos registros de maus-tratos, os agressores eram parentes das vítima. Os consanguíneos são responsáveis por grande parte da violência contra as mulheres idosas, entre esses aparecem filhos(as), genros, noras, netos (as), sobrinhos(as)[7]. Dentre os atos violentos cometidos contra essas mulheres, os mais mencionados centram-se na violência moral ou psicológica, seguido da física, patrimonial e por fim a sexual, sendo que em sua maioria a ação é cometida dentro do lar[8].

Levando em consideração a proximidade do agressor com a vítima e a ocorrência em âmbito doméstico, esse tipo de violência, por vezes, passa despercebido aos olhos da mídia, da comunidade, dos profissionais de saúde, políticos e Estado. Além disso, devido à debilidade física ou mental da idosa, decorrente do processo de envelhecimento, pode ocorrer a omissão da denúncia contra o agressor. Nos Estados Unidos, por exemplo, apenas 19% dos atos violentos contra a pessoa idosa chegam ao conhecimento público[6].

No Brasil, a Lei nº 10.741/2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, discorre sobre a obrigação dos serviços de saúde de realizar a notificação compulsória dos casos de suspeita ou confirmação de violência contra essa população[5]. Além disso, estabelece a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público em assegurar à população idosa a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à

educação, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito, entre outros. No que tange a violência o Estatuto ainda apregoa que "nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão"[5:s.p]. No entanto, a VCM continua atingindo as idosas, que sendo ocultada pela invisibilidade do problema.

Apesar de existirem as Delegacias Especializadas de Atendimento à Pessoa da Terceira Idade (DEAPTI), a maioria das denúncias de violência contra idosos é feita em delegacias normais[8], ou até mesmo em Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAM). No município de Rio Grande, não existe delegacia de atendimento ao idoso. Portanto, esse tipo de denuncia é registrado na DEAM, que oferece o serviço a comunidade riograndina desde 2009 e tem como atribuição "prevenir, reprimir e exercer atividades de Polícia Judiciária no Município do Rio Grande nos crimes de lesões corporais contra a liberdade pessoal e contra os costumes em que o sujeito passivo do delito seja pessoa do sexo feminino"[9:2].

A magnitude da violência contra a mulher idosa, no município, ainda não foi dimensionada. Considerando a importância de tornar visíveis as características desses atos, tanto para os profissionais da saúde quanto para os governantes, optou-se por realizar o presente estudo com os objetivos de identificar o parentesco da vítima com o agressor, conhecer o tipo de violência e os motivos que levaram à prática dos atos violentos contra a mulher idosa.

METODOLOGIA

Trata-se de um recorte da dissertação de mestrado intitulada "Violência contra a mulher: estudo das ocorrências registradas na Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres (DEAM) - Rio Grande/RS".Neste estudo,documental, de natureza exploratório-descritiva realizado na DEAM do Rio Grande, integrou o estudo todas as ocorrências cujas vítimas eram mulheres com 60 anos e mais. O espaço temporal adotado estendeu-se de agosto de 2009, quando foi implantada a delegacia, a dezembro de 2011. Os dados foram coletados entre outubro de 2011 e março de 2012. Para a coleta, foi elaborado e aprovado, após testagem, um instrumento contendo informações acerca do agressor, da vítima, bem como do tipo de violência praticada. Os dados foram digitados em planilhas do tipo Excel, calculadas as freqüências absoluta e relativa[10] e apresentados em tabelas para facilitar a visualização e interpretação. Esse projeto foi

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande sob Parecer no 137/2011.

RESULTADOS

Das 902 ocorrências consultadas na DEAM, 46 referiam-se a violência contra a mulher idosa, integrando, portanto, a análise deste estudo. Para a apresentação dos resultados obtidos nessas ocorrências, inicialmente, categorizou-se a idade das vítimas e parentesco com o agressor (Tab 1). A seguir apresentaram-se os aspectos relacionados ao ato violento (tipo e motivo da violência Tab 2 e 3).

Tabela 1 – Distribuição das mulheres que sofreram violência segundo a faixa etária e parentesco com o agressor. Rio Grande/RS. 2013.

Variáveis	N	%
Faixa Etária (n = 46)		
60 a 69 anos	25	54,3
70 a 79 anos	10	21,7
80 a 89 anos	6	13,0
90 anos e mais	5	10,8
Parentesco do agressor com a vítima		
Filho(a)	18	39,1
Companheiro	07	15,2
Ex-companheiro	07	15,2
Neto	07	15,2
Nora/Genro	04	8,6
Irmão	02	4,3
Desconhecido	01	2,1

Tabela 2. Distribuição das vítimas segundo o tipo de violência. Rio Grande/RS. 2013.

Tipo de Violência	**n**	**%**
Violência Física	27	58,6
Violência Psicológica	16	34,7
Violência Sexual	02	4,3
Violência Moral	01	2,1

Tabela 3. Distribuição das vítimas segundo os principais motivos desencadeadores da violência. Rio Grande/RS. 2013.

Motivo da Violência	**n**	**%**
Questões de Gênero	18	39,1
Bens Materiais/Dinheiro	15	32,6
Uso de drogas	13	28,2

DISCUSSÃO

A violência contra a mulher está presente nos diversos estratos sociais, independe da cor, idade ou escolaridade. Estudos que abordam esta temática geralmente discorrem acerca dos aspectos epidemiológicos relacionados à prevalência dos casos, pouco exploram as extremidades, ou seja, os referentes a violência contra a mulher idosa.

A literatura apregoa que mulheres com idade entre 18 e 40 anos são as mais vulneráveis[11], no entanto, a violência entre as mulheres com mais de 60 anos, também ocorre e merece atenção. Nesse sentido, diferentemente de outros estudos, a presente pesquisa procura dar visibilidade a violência doméstica e familiar contra mulheres nessa faixa etária.

Sabe-se hoje que com o aumento da expectativa de vida os idosos apresentam-se ativos física e intelectualmente e dispõem de autonomia[12]. Entretanto, nesta fase da vida, devido às diversas mudanças que ocorrem, tal como o próprio processo de envelhecer, o deixar de trabalhar, a aposentadoria, a dependência de terceiros, seja para o cuidado, seja financeiramente, podem tornar-lhes mais vulneráveis.

Neste estudo, a prevalência da violência entre os 60 e 69 anos vai ao encontro dos achados de uma pesquisa[13] realizada nos boletins de ocorrência registrados por pessoas idosas na Delegacia de Polícia de Ribeirão Preto, em 2006. Entretanto, tal resultado não quer dizer que há o predomínio da violência nessa faixa etária. Conforme aumenta a idade, estima-se que haja uma maior dependência ao cuidado, atribuído ao déficit na saúde, o que de fato interfere na iniciativa/capacidade de exercer a autonomia bem como buscar um serviço para realizar a denúncia, contribuindo assim para a subnotificação da violência em faixas etárias mais elevadas. Os grupos de 80 a 90 anos, por sua fragilidade, requerem uma atenção maior no atendimento de suas necessidades de saúde e na prevenção das várias formas de violência[12].

Comumente, nos estudos com foco na violência doméstica e familiar contra a mulher, o parceiro íntimo aparece como principal agressor[14], no entanto, no atual estudo, os filhos(as) aparecem como agressores em 39,1% dos casos. Dado semelhante foi encontrado em outro estudo, que tinha como sujeitos pessoas idosas, o qual houve predomínio dos atos violentos praticados pelos filhos, netos, noras e genros[13]. Cabe destacar, a influência do gênero adentrando também, na prática da violência entre as mulheres mais velhas, considerando que entre a prole duas eram filhas e dezesseis filhos.

No Brasil, a violência contra a geração a partir dos 60 anos se expressa em tradicionais formas de discriminação, através de termos pejorativos que comumente lhes é embutido como descartáveis e peso social[15]. "A convivência dos idosos com indivíduos mais jovens, e a dependência obrigatória podem gerar conflitos, a ponto de a relação entre ambos ficar insustentável, sem abertura para o diálogo e a argumentação franca"[11:s.p]. É nestas situações que se instala o fenômeno da violência.

A violência física predominou em mais da metade dos registros analisados com 58,6% casos. Segundo classificação, estabelecida na Lei Maria da Penha, a lesão corporal configurou-se como principal queixa. A análise das ocorrências permitiu concluir que as agressões consistem em chutes, pontapés, tentativa de esganadura,

beliscão, socos, empurrões. Já a violência psicológica, com 34,7% dos casos, caracterizou-se pelas ameaças e perturbação da tranquilidade. Ainda no que se refere a esse tipo de violência; a negligência também é comum, e se manifesta frequentemente, associada a outros atos violentos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais para a pessoa idosa[15].

Geralmente 90% dos casos de violência e de negligência contra as pessoas acima de 60 anos ocorrem nos lares[15]. Os familiares, concebidos como cuidadores, utilizam seu "poder", sua vivacidade e acabam ferindo os direitos dessas mulheres, estabelecidos no estatuto do idoso.

Nos dois casos de violência sexual, os agressores foram o genro e um desconhecido. No primeiro houve o estupro consumado e no segundo a tentativa. Esses resultados permitem uma reflexão acerca do atendimento, às mulheres nesta faixa etária, quando procuram um serviço da saúde com queixas vagas. É ímpar atentar para os diversos sinais e sintomas apresentados, por meio do levantamento do arquétipo familiar, das condições financeiras, físicas e psicológicas da idosa, na busca pelo diagnóstico de violência[13] e assim condução adequada da assistência.

Quanto ao motivo desencadeador da violência, 39,1% referem-se às questões de gênero, demonstrado pelas relações hierárquicas, nas quais a mulher apresenta-se submissa ao homem. Esse acredita ter o direito de lhe dar ordens, de ser violento ou mesmo de tomar as decisões dentro do lar, embora, muitas vezes a vítima seja a proprietária da casa. A idade avançada, o agressor viver na mesma casa ou depender financeiramente da vítima são fatores de risco para a prática da violência contra a pessoa idosa[15]. Por outro lado, um ponto a destacar, é que nesta faixa etária os homens também são vitimas de violência familiar[13].

De acordo com os resultados desta pesquisa, a violência desencadeada por razões financeiras (32,6%) se estabeleceu sob forma de ameaças e usurpação de bens, de dinheiro e até mesmo da expulsão da idosa de casa. A usurpação de dinheiro houve tanto para gastos pessoais quanto para o uso de drogas. Estudo divulga que de todos os tipos de violência, cometidos na terceira idade, o mais comum é a de cunho financeiro[13] aumentando, assim, o risco quando a vítima recebe aposentadoria. Cabe destacar que as queixas mais frequentes, em delegacias de proteção ao idoso de São Paulo e Belo Horizonte, dizem respeito a delitos de lesão corporal, furtos, maus-tratos,

injúria, extravios de documentos, mau uso dos bens dos idosos pelos próprios familiares, perturbações da ordem, ameaças, apropriação indébita[12].

O abuso do álcool aparece associado à violência contra a mulher em outro estudo[16]. Somado a isso, vínculos frouxos entre a família, isolamento social dos familiares e da pessoa de idade avançada; o idoso ter sido ou ser uma pessoa agressiva nas relações com seus familiares ou a existência de violência intergeracional também são fatores que predispõem a pratica da violência entre mulheres idosas[15].

Nos motivos desencadeadores dos atos violentos se observa a divisão de bens, roubo de pertences, no entanto, na tipificação da violência não emergiu a forma de violência patrimonial. Isso mostra que, embora os casos sejam tipificados de forma única, há a simultaneidade da violência, que atinge a vítima física, psíquica e socialmente.

A violência contra a mulher idosa vai além da herança de uma sociedade patriarcal que ainda zela pela subordinação da mulher, dentro das famílias. A violência nesta faixa etária é sinônima de desumanização tanto por ser cometida contra uma pessoa, que pela idade, simboliza o respeito quanto diante do fato de se ter como principal agressor os próprios filhos(as).

CONCLUSÃO

A partir do presente estudo pode-se constatar que a violência contra a mulher também está presente nos extremos da idade. Os dados apresentados revelam que a faixa etária mais atingida foi à compreendida entre os 60 e 69 anos. Esta pesquisa aponta o filho como o principal responsável por cometer os atos violentos contra a mãe idosa.

A violência física foi à forma predominante, no entanto, observa-se a simultaneidade da violência contra a mulher nesta faixa etária que ocorre por meio de maus-tratos, usurpação de bens materiais, xingamentos, humilhação.

As questões de gênero, explícitas nos motivos desencadeadores da violência refletem a vivência social enraizada nos princípios do patriarcado. Além disso, a partir da terceira idade as mulheres tornam-se mais vulneráveis devido à dependência financeira e de cuidados de saúde. Tal situação impede que mulheres nesta faixa etária

busquem meios de denunciar a violência vivida acarretando, desse modo, a invisibilidade do fenômeno.

Portanto, como implicações para a enfermagem, torna-se necessária a capacitação de toda a equipe com vistas a detectar, precocemente, vítimas e famílias em condições de vulnerabilidade. Cabe aos enfermeiros, ainda, o reconhecimento dos agravos ocasionados, compreendendo a violência além do aspecto biológico, incluindo a atenção humanizada voltada às dimensões psicológica, social e espiritual da vítima idosa. Ações preventivas e educativas, de valorização da mulher, nesta faixa etária, e da família, incentivo ao diálogo na resolução dos conflitos e a promoção ao vínculo familiar são ímpares no enfrentamento desse fenômeno.

REFERÊNCIAS

1. Vieira LB, Souza IEO, Paula CC. Perspectivas para o cuidado de enfermagem às mulheres que denunciam a violência vivida. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2011 out-dez; 15 (4):678-685

2. Carvalho C, Destro JR, Faust SB, Coelho EBS, Boing AF. Dinâmica da violência entre casais a partir da ótica da mulher agredida no bairro trindade, Florianópolis/SC. Cogitare Enferm. 2010 out-dez; 15(4): 603-8.

3. Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009 jul-set; 13 (3): 625-31.

4. Brasil. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher "Convenção de Belém do Pará". Adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994,no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembléia Geral. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Belém do Pará, 1994.

5. Brasil. Lei nº. 10.741 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm]. Acessado em: [29.mar.2013].

6. Miranda AP, Mello KSS (org). Dossiê da Pessoa Idosa. Rio de Janeiro: ISP, 2007.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Temático Prevenção da Violência e Cultura de Paz II – Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2008.

8. Caldas ER, Silva LC(org). Dossiê Pessoa Idosa. Rio de Janeiro: ISP, 2011 (Série Estudos, 5).

9. Rio Grande do Sul. Delegacia de Polícia Especializada de Atendimento às Mulheres. Rio Grande/RS, Delegacia de Polícia para Mulher – RIO GRANDE/RS, 2009.p. 1

10. Gerhardt E, Silveira DT . Métodos de Pesquisa. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

11. Ilha NM, Leal SMC, Soares JFS. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre(RS). 2010 jun; 31(2):328-34.

12. Florêncio MVL, Ferreira Filha MO, Sá LD. A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. Rev. eletr. enf. [internet]. 2007; 9(3):847-57. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a23.htm]. Acessado em: [01.abr.2013]

13. Gaioli CCLO, Rodrigues RAP. Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. Rev Latino-am Enfermagem. 2008 maio-junho; 16(3): 465-470.

14. Ribeiro DKL, Duarte JM, Lino KC, Fonseca MRCC. Caracterização das mulheres que sofrem violência doméstica na cidade de São Paulo. Saúde Coletiva 2009; 35(6): 264-68.

15. Minayo MCS, Souza ER. Violência contra idosos: é possível prevenir. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.141 a 170.

16. Silva CD, Gomes VLO, Acosta DF, Barlem ELD, Fonseca AD.Epidemiology of violence against women: characteristics of the attacker and the violent act.Rev enferm UFPE on line, Recife. 2013 jan.; 7(1): 8-14.

SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA E A INTERFACE COM AENFERMAGEM: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

GESTATIONAL AND CONGENITAL SYPHILIS AND THE INTERFACE WITH NURSING: A BIBLIOGRAPHICAL STUDY

Rosane de Lima[115]; Adriana Dora da Fonseca[116]; Fabiani Weiss Pereira[117]

RESUMO: Objetiva-se apresentar os resultados de estudos publicados em periódicos nacionais e internacionais, referentes à sífilis gestacional e congênita e sua interface com a enfermagem. Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre a sífilis gestacional e congênita, realizada nas Bases de Dados da Scielo e MEDLINE, no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2013. Quanto ao perfil das gestantes identificou-se que a maioria tinha idade entre 20 e 29 anos, era de cor parda ou preta, com renda salarial inferior a três salários mínimos e com menos de oito anos de estudo. Os estudos evidenciaram a ineficácia do pré-natal, a baixa adesão do parceiro ao tratamento, a não utilização do preservativo em todas as relações sexuais, e, o aumento no número notificações.Conclui-se que os(as) profissionais de Enfermagem tem papel importantíssimo para a eliminação da sífilis congênita, uma meta do Ministério da Saúde, principalmente durante sua atuação no pré-natal.
Descritores: Sífilis gestacional. Sífilis congênita.

ABSTRACT: The objective is to report the results of studies published in journals national andinternational, relating to gestational syphilis and congenital syphilis and its interfacewith. Treat it is of an literature review about gestational syphilis and congenitalsyphilis, performed by searching the databases of SciELO and MEDLINE on periodJanuary 2008 to January 2013. As to the profile of the women identified-if that themajority were aged between 20 and 29 years, was colored brown or black, with wagerent less than three minimum wages and with less than eight years of study. Studies theineffectiveness of prenatal care, poor adherence of the partner to treatment, the notutilization r of condoms in all sexual relations, and the increase in the number ofnotification. We conclude that (the) nursing professionals has an important role for theelimination of congenital syphilis, which it is an goal of the Ministry of Health,principally during his acting in prenatal care.
Descriptors: Gestational Syphilis. Congenital Syphilis

INTRODUÇÃO

A Sífilis é considerada uma Doença Sexualmente Transmissível (DST), o modo de transmissão é predominantemente sexual, no entanto pode ser adquirida também por meio de transfusão sanguínea, transplante de órgão, ou por transmissão vertical. Trata-

[115]Acadêmica da nona série do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS – FURG. rosane2402@yahoo.com.br
[116]Enfermeira. Professora Associada da Universidade Federal do Rio Grande/RS – FURG. Líder do Grupode Estudos e pesquisas sobre Enfermagem, Gênero e Sociedade (GEPEGS). adriana@vetorial.net
[117]Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS – FURG.

se de uma doença infecto-contagiosa, sistêmica e de evolução crônica, que apresenta manifestações clínicas temporárias sujeita a períodos de latência, o agente causador é a bactéria *Treponema pallidum*[1-2]. A prevenção desta DST se dá pelo uso correto do preservativo em todas as relações sexuais[2-3].

Nos últimos anos esta patologia tem sido diagnosticada com freqüência em gestantes, caracterizando o que se denomina de Sífilis Gestacional (SG), na qual o*Treponema Pallidum* atravessa a barreira placentária e penetra na corrente sanguínea dofeto. As medidas de controle da SG visam à eliminação da Sífilis Congênita (SC), sendo que as estratégias para alcançar esse objetivo referem-se à análise de como ocorre o tratamento das pacientes e de seus parceiros; articulação com outros programas de saúde; fornecimento de orientações às gestantes acerca das DSTs e seus riscos, bem como da importância do uso preservativo durante as relações sexuais; elaboração de programas de educação em saúde de modo geral, assim como a participação do sistemas de vigilância locais[1]. A Sífilis Congênita (SC) ocorre no embrião ou feto quando a gestante não realizou tratamento ou este foi feito de maneira inadequada. É classificada em SC precoce ou recente e SC tardia[2].

A transmissão para o concepto pode ocorrer, em qualquer fase da doença, e independe da idade gestacional[4]. No entanto, quanto mais recente a infecção, mais treponemas estarão circulantes e, portanto, mais gravemente o feto poderá ser atingido[5].Na SC precoce os sinais e sintomas clínicos aparecem após o nascimento, ou pelo menos, até no segundo ano de vida, em geral surgem nos primeiros meses de vida da criança. As complicações apresentam-se em vários graus de severidade, entres os principais sinais pode-se citar o baixo peso, a obstrução nasal, a prematuridade, entreoutros[5]. Já na sífilis congênita tardia as primeiras manifestações clínicas ocorrem a partir do segundo ano de vida e os principais sinais são: a fronte olímpica, o nariz em sela, a tíbia em lâmina de sabre, entre outros[1].

A SC é uma doença previnível, por meio da detecção da gestante infectada e precocemente tratada, assim como seus parceiros sexuais. Portanto o controle da SC está diretamente relacionado à assistência pré-natal adequada durante toda a gestação[2]dessa forma, evidencia-se a importância da atuação da enfermagem nas consultas.

Em um estudo realizado com gestantes[6], por meio de entrevistas, evidenciou-se que a atuação do(a) enfermeiro(a) em Unidades Básicas de Saúde (UBS), é de extrema relevância, principalmente no que se refere a acolhida da gestante e ao desenvolvimento

de atividades educativas, pois é o profissional que geralmente realiza o primeiro contato na sala de espera, podendo estabelecer vinculo de confiança com amesma[6].

Em relação aos índices epidemiológicos, na maioria das regiões brasileiras,apesar das estratégias de prevenção e controle, o número de casos registrados de sífilis congênita e gestacional continua a crescer, evidenciando as altas taxas de prevalência,incidência, transmissão e mortalidade no país[4-7]. Tal fato demonstra tanto uma melhora no sistema de notificação, quanto à manutenção da transmissão vertical da doença.Desta forma objetiva-se apresentar os resultados de estudos publicados em periódicos nacionais e internacionais, referentes à sífilis gestacional e congênita e sua interface com a enfermagem.

METODOLOGIA

Realizou-se uma busca nas Bases de Dados da Scientific Electronic LibraryOnline – (SciELO), e na base de dados MEDLINE, incluindo os artigos disponíveis online,de forma gratuita, publicados em português, inglês e/ou espanhol, no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2013. Assim foram excluídos os artigos que estivessem fora do recorte temporal eleito e os que não versavam sobre a temática em questão. Para levantamento dos estudos foram utilizados os seguintes Descritores Exatos das Ciências da Saúde (DECS): sífilis gestacional e sífilis congênita. Para facilitar a organização dos dados brutos foi elaborado um instrumento de coleta de dados que inclui: o título do artigo, o autor, o periódico e o ano de publicação (APÊNDICE A).

RESULTADOS /DISCUSSÃO

Na base de dados da SciELO, com a palavra chave sífilis congênita encontrou-se32 artigos, já com o descritor sífilis gestacional foi obtido 10 publicações, somando um total de 42 estudos. Já na MEDLINE, usando a palavra chave sífilis congênita foram encontrados 8 estudos, e com sífilis gestacional 4 publicações, totalizando 12 artigos(APÊNDICE A). Após executou-se a leitura dos títulos e análise exploratória dos resumos dos textos pré-selecionados com o propósito de constatar se os mesmos correspondiam ao foco da temática proposta e sua aproximação com a Enfermagem.Excluíram-se aqueles que não preencheram o critério de inclusão, assim como os que se repetiram.

Ao final da seleção foram contabilizados 10 artigos que apresentaram embasamento com o tema em questão. Observou-se que entre os anos pesquisados ocorreu maior número de publicações em 2012 com quatro estudos, seguido de 2011com duas publicações, sucessivamente em 2008 dois estudos, finalizando 2013 e 2010com um artigo em cada ano. O periódico com maior número de publicações sobre atemática foi a Revista Saúde Pública, classificado como Qualis A2, e os Anais Brasileiros de Dermatologia, ambos com três artigos cada.

Quanto ao tipo de estudo observou-se que havia dois informes técnicos, dois artigos com abordagem transversal,um estudo retrospectivo, um estudo transversal e descritivo, um artigo populacional em corte transversal, um estudo ecológico observacional, dois descritivos.Os estudos foram separados em quatro categorias de acordo com os enfoques abordados pelos autores: ***perfil das gestantes, assistência pré-natal, prevenção da sífilis e vigilância epidemiológica da sífilis gestacional e congênita.***

Para apresentação dos dados utilizou-se o número correspondente aos artigos contidos no instrumento de coleta de dados, separando-os por vírgula.No que se refere ao ***perfil das gestantes*** à faixa etária oscilou entre 14 a 39 anos,sendo que a maioria tinha idade entre 20 e 29 anos (3, 8, 1, 5). Em relação à escolaridade a maioria possui menos de oito anos de estudo (1,3). Quanto à cor prevaleceram mulheres de cor parda ou preta (3, 1, 10, 4). A renda salarial observada era inferior a três salários mínimos (8,10).

Sobre a ***assistência pré-natal*** foram analisados o número de consultas, a realização de VDRL e o tratamento da gestante e de seu parceiro. Estudos indicaram que a maioria das gestantes realizou alguma consulta durante o pré-natal, no entanto o número de consultas realizadas foi considerado baixo (3, 8, 2, 9). A maioria das grávidas não realizou o segundo VDRL (2,9). Em contrapartida um dos estudos mostra que 80% obtiveram o número satisfatório de consultas para idade gestacional (IG), 59%haviam recebido encaminhamento para realização do 2º VDRL (4).

Faz-se pertinente explicitar que a triagem da sífilis deve ser iniciada antes da gravidez, com diagnóstico precoce em mulheres com idade reprodutiva que desejam engravidar, assim como em seus parceiros, e nos casos positivos deve-se realizar imediatamente o tratamento em ambos[2]. Além disso, durante o período gestacional preconiza-se a realização de dois testes VDRL, sendo um no primeiro trimestre da gestação ou na primeira consulta de pré-natal e o segundo no início do terceirotrimestre[5].

Portanto a ocorrência da SG “evidencia falha dos serviços de saúde,particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção da doença”[5:366]. Este fato é salientado em estudos que apontam o baixo número de gestantes com diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, evidenciando falhas durante o mesmo (8, 2, 9).Além disso, observou-se por meio da análise das fichas do SINAN, que 70% das gestantes realizaram o pré-natal, no entanto menos da metade obteve a confirmação durante a gravidez, e sim no momento do parto, tal fato reforça a falha na assistência durante o pré-natal[8].Estudos identificam a necessidade de melhorias, pois existem evidências de ineficácia no controle da sífilis (2, 3, 4, 9). Ainda, na triagem de sífilis e HIV a prevalência de oportunidade perdida foi de 41,2% para a sífilis e de 56% para o HIV(10).

A infecção foi observada em 11,7% do total de parturientes de natimortos, 16%apresentou histórico de aborto anterior, e, 10,4% de óbito fetal. O estudo mostra que 80% dos casos apresentaram presença de infecção recente, o que aumenta os riscos fetais, deixando falhas visíveis na triagem do pré-natal (PN) e no acesso aos recursos disponíveis para as gestantes, como: o baixo número de consultas; a realização de apenas um exame de VDRL; o diagnóstico tardio, em geral no momento da admissão,impossibilitando desta forma o controle da doença durante o PN (2).

Para que a sífilis seja eliminada ou ocorra uma diminuição nos índices desta patologia é imprescindível que os(as) responsáveis pelo sistema de saúde pública tomem atitudes ativas, com objetivo de atingir as gestantes que não estão recebendo uma assistência adequada durante o pré-natal. Consequentemente os(as) profissionais de saúde devem estar atentos para realização do diagnóstico no primeiro contato com a gestante, bem como fornecer orientações seguras e corretas acerca do tratamento da doença assim como suas conseqüências[9].

No Brasil, no ano de 2007, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Plano de Redução da Transmissão Vertical da Sífilis, com o objetivo de oferecer a gestante e ao recém-nascido uma melhor qualidade na assistência prestada, da mesma forma, em2012, a Organização Mundial de Saúde, implementou um estudo a fim de melhorar a saúde materna e infantil com sistemas de saúde mais fortes, visando a eliminação da transmissão vertical da sífilis até o ano de 2015[10-11].Também com esta mesma finalidade o Ministério da Saúde (MS) deseja implantar os testes rápidos para Sífilis durante o pré-natal para que a gestante obtenha o diagnóstico e o tratamento em tempo oportuno, em todas as Unidades Básicas de Saúde(UBS)[12].

Foi evidenciado ainda que a maioria dos parceiros sexuais das gestantes não realizam o tratamento ou o fazem de maneira inadequada, o que indica mais um desafio para os(as) profissionais de saúde. (1, 3, 8, 5, 7,9).Barbosa e Greco (2012) apresentam como estratégia para minimizar esta problemática a melhoria na assistência à saúde do homem, pois se sabe que a maioria só procura os serviços de saúde quando se encontram muito doentes.

Sobre a ***prevenção da sífilis*** evidenciou-se que existe uma barreira em relação ao uso do preservativo masculino, pois 67,7% das mulheres entrevistadas referiram que há uma dificuldade em falar com parceiro sobre o uso do mesmo. Ainda, 52,3% relataram ser difícil usá-lo em todas as relações sexuais e 36,2% das mulheres se submeteram aodesejo do parceiro em não usá-lo (5).

Em relação às ações da ***Vigilância Epidemiológica da sífilis gestacional e congênita*** estudos evidenciam que desde a inclusão na lista de doenças de notificação compulsória, houve um aumento significativo no número de casos registrados no portal do SINAN (6 9). Somente no ano de 2005 foram investigados e notificados 5.792 casos de SC (9). Desde a inclusão da SG na lista de doenças de notificação compulsória, até 2009, foram registrados 19.608 casos, quanto a SC, no período de 1999 a 2009, foram notificados no SINAN 55.124 casos, ainda indica que houve o registro de 348 mortes em decorrência da doença no período de 2004 a 2008 (6).

Sobre a ocorrência de sífilis congênita (SC) em crianças menores de um ano,essa também é elevada, pois entre o período 1998 a junho de 2012 foram registrados80.041 casos, sendo que o maior índice ocorreu na região Sudeste com 45,9%notificações[14]. Além disso, apenas no ano de 2011 foram registrados 9.374 novos casos de SC em menores de um ano de idade, sendo que a região Sudeste apresentou a maior prevalência com 43,6% dos casos[14].No Brasil a SC foi inserida na lista de doenças de notificação compulsória para averiguação sistemática no ano de 1986, de acordo com a portaria MS n°542, onde são notificados apenas os casos confirmados[1], já a SG foi considerada uma doença de notificação compulsória a partir do ano de 2005, sendo a vigilância desta patologia fundamental para o controle da transmissão vertical[5].

CONCLUSÃO

Ao apresentar os resultados dos estudos realizados sobre a temática em questão foi possível identificar quatro categorias: o perfil das gestantes, a assistência pré-natal, a prevenção da sífilis e a vigilância epidemiológica da sífilis gestacional e congênita. O

conhecimento desses dados pode evidenciar a importância e necessidade da implementação de políticas públicas de saúde, assim como a melhoria da qualidade da assistência prestada durante o pré-natal.Além disso, pode-se perceber que por meio do desenvolvimento de estratégias durante o pré-natal, bem como, na vigilância epidemiológica, é possível um maior controle da doença e nesse contexto, de combate à sífilis gestacional e congênita, faz-se pertinente que os(as) profissionais de enfermagem estejam engajados e comprometidos para auxiliar nesse processo.

CONTRIBUIÇÕES/ IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

Os(As) profissionais de Enfermagem tem papel importantíssimo para a eliminação da sífilis congênita, que é uma meta do Ministério da Saúde, principalmente durante sua atuação no pré-natal., necessitam estar atentos(as) ao diagnóstico da sífilis em gestantes, para que se possa prevenir a SC, fazendo-se necessário a realização de exames laboratoriais e clínicos, e, na presença de alterações, a imediata realização do tratamento e acompanhamento após a realização da terapia[5]. Desta forma a prevenção da sífilis pode ser facilmente realizada por meio de uma atenção qualificada, sendo necessário que estes(as) profissionais consigam mensurar a gravidade que um pré-natal de baixa qualidade pode ocasionar tanto à gestante quanto ao recém-nascido[5].

REFERÊNCIAS:

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento deVigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. Brasília:Ministério da Saúde, 2008.

2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento deVigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

3. Gomes VLO, Fonseca AD, Jundi MG, Severo TP. Percepção de casais heterossexuais acercado uso camisinha feminina. Esc Anna Nery. 2011 jan-mar; 15(1): 22-30.

4. São Paulo, Serviço de Vigilância Epidemiológica, Coordenação do Programa Estadual DST/Aids SP, Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD Secretaria de Estado da Saúde SES-SP. Sífilis congênita e sífilis na gestação**.** Informes Técnicos Institucionais. Rev. Saúde Pública. 2008; 42(4): 768-72.

5. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças Infecciosas e Parasitarias. Guia de Bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

6. Simoura AA, Coelho MM, Coelho SM, Hernandez DP, Albuquerque VS. A Enfermagem e o Saber das Gestantes em Assistência Pré-Natal Acerca da Sífilis

e Sífilis Congênita. [periódico na internet]. 2008. [Acesso em: 17 abr.2013]. Disponívelemhttp://189.75.118.68/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/A%20enfermagem%20e%20o%20saber%20das%20gestantes.pdf.

7. São Paulo, Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS São Paulo, Programa Estadual de DST/aids-São Paulo, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Estado de São Paulo. Informes Técnicos Institucionais. Rev Saúde Pública. 2011; 45(4): 812-5.
8. Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte, Coordenação de Promoção em Saúde, Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica Boletim Epidemiológico 2011:Programa estadual de DST/AIDS e Hepatites Virais. 2011; 31p.

9. Victor JF, Barroso LMM, Teixeira APV, Aires AS, Araújo IM. Sífilis congênita:conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. Rev.Eletr. Enf. 2010; 12(1): 113-9.

10. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria à Saúde. Plano Operacional, Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

11. World Health Organization. Investment case for eliminating mother-to-childtransmission of syphilis: Promoting better maternal and child health and stronger healthsystems. 2012; 30p.

12. Campos G. Videoconferência sobre Rede Cegonha reúne Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde de todo o país. [internet]. Brasil: Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais; 2012 [acesso em 14 mar, 2013]; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: www.aids.gov.br/.

13. Barbosa J; Greco D. Dia Nacional de Combate à Sífilis: governo e sociedade civil juntos rumo à eliminação até 2015. [internet]. Brasil: Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais; 2012 [acesso em 14 mar, 2013]; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: www.aids.gov.br/.

14. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Sífilis. [internet]. 2012. [Acesso em: 21 jan, 2013] Disponível em: www.aids.gov.br/.

APÊNDICE A - DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS SEGUNDO O TÍTULO DOESTUDO, OS AUTORES, OS PERIÓDICOS E O ANO DE PUBLICAÇÃO.

Título	Autor	Periódico	Ano de Publicação
1. Incidência de Fatores de Risco para Sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas gerais, 2001-2008.	Lima MG, Santos R FR dos, Barbosa G JÁ, Ribeiro, GdeS.	Ciência Saude Coletiva 18(2): 499-506, ILUS, TAB, 2013 feb.	2013
2. Gestações	Nascimento MIdo,	Rev. Bras.	2012

complicadas por sífilis materna e óbito fetal	Cunha AdeA, Guimarães EV, Alvarez, FS; Oliveira, S R dos SM; Villas, B, E L.	Ginecol. Obstet. 34(2): 56-62, TAB. 2012 Feb.	
3. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família/	Araújo CL de, Shimizu H E, Sousa AIA de, Hamann E M.	Rev. Saúde Pública 46(3): 479-486, GRA, TAB. 2012 Jun.	2012
4. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil	Domingues RMSM, Hartz ZM de A, Leal M do C.	Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 12(3): 269-280, TAB. 2012 Sep.	2012
5. Fatores de risco para sífilis, em mulheres jovens, atendidas pelo programa de saúde da família em Vitória (ES), Brasil.	Miranda AEa, Figueiredo NC, Pinto VM, Page K, Talhari S.	An. Brás. Dermatol. 87(1): 76-83, TAB. 2012 Feb	2012
6. Doenças dermatológicas de notificação compulsória no Brasil	Penna GO, Domingues C MAS, Siqueira Jr JB, Elkhoury ANSM, Cechinel MP, Grossi MA de F, Gomes M de LS, Sena JM, Pereira GFM, Lima Jr FE F, Segatto TCV, Melo F C de RFM, Silva MM, Nicolau R A.	An. Bras. Dermatol. 86(5): 865-877, ILUS, GRA, TAB. 2011 Oct.	2011
7. Eliminação da transmissão vertical do HIV e	Centro de Referência e Treinamento em	Rev. Saude Publica. 2011 Aug;45(4):812-5	2011

da sífilis no Estado de São Paulo	DST/AIDS - São Paulo, Programa Estadual de DST/aids - São Paulo, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.		
8. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle	Campos AL de A, Araújo MAL, Melo SP de, Gonçalves MLC	Cad. Saúde Pública 26(9): 1747-1755 TAB. 2010 Sep.	2010
9. Sífilis congênita e sífilis na gestação	Serviço de Vigilância Epidemiológica; Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP; Coordenadoria de Controle de Doenças CCD; Secretaria de Estado da Saúde SES-SP.	Secretaria de Estado da Saúde SES-SP Rev. Saúde Pública 42(4): 768-772 ILUS. 2008 Aug.	2008
10. Oportunidades perdidas na prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV	Rodrigues CSS, Guimarães MDC, César CC.	Rev. Saúde Pública 42(5): 851-858 TAB. 2008 Oct.	2008

SAÚDE DO ADULTO

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES ESTOMIZADOS DO GRUPO DE ESTOMATERAPIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE RIO GRANDE/ RS

Deise Taborda[118]; Cristiano Pinto dos Santos; Fabiane Pinho Furtado; Liziane Celeste Fonseca Heredia; Marli dos Santos Salvador; Giovana Calcagno Gomes.[119]

INTRODUÇÃO: Os portadores de estomia são indivíduos que por muitas vezes encontram-se fragilizados física e psicologicamente, necessitando de apoio, tanto familiar quanto profissional. Estas pessoas possuem características as quais devem ser observadas pelos profissionais da saúde no desenvolvimento do plano de cuidados. Sabe-se que a educação em saúde é um instrumento fundamental dentro da enfermagem, pois possibilita que o enfermeiro também atue como educador, prestando uma assistência de qualidade tanto para o paciente quanto para a sua família[1]. O enfermeiro tem então formação adequada para desenvolver os cuidados necessários a fim de educar e garantir a autonomia destes portadores nas consultas de enfermagem. O serviço de estomaterapia se faz presente atuando na vida dos pacientes com estomia na tentativa de construir uma relação de confiança e com isso estimular o autocuidado. Para que isso ocorra é fundamental que o profissional de enfermagem promova a educação em saúde por meio do fornecimento de informações e do uso de estratégias que auxiliem esta pessoa a conviver harmonicamente com sua nova condição de vida. No Hospital Universitário da cidade do Rio Grande/ RS, há a dezoito anos um projeto de extensão chamado de "Ostomia uma Forma de Viver". Através desse uma equipe multiprofissional formada por enfermeira, assistente social, nutricionistas e psicóloga dão apoio ao estomizado, e seus familiares, proporcionando assistência integral ao paciente, capacitando-o e fornecendo-lhe os recursos necessários ao seu cuidado, durante as consultas realizadas semanalmente. Também ocorrem reuniões mensais onde são abordados assuntos de interesse dos pacientes e que incentiva o compartilhamento das vivências dos mesmos possibilitando novas perspectivas de vida. É por meio desta

[118]Acadêmica de Enfermagem da FURG.Integrante do grupo ostomia uma forma de viver. e-mail: deise.taborda@yahoo.com.br
[119]Professora da Escola de Enfermagem da FURG. Doutora em Enfermagem. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Criança e Adolescente / GEPESCA. acgomes@mikrus.com.br

atenção prestada e dos laços estabelecidos com estes pacientes que se torna possível a construção o perfil das pessoas portadoras de estomia atendidas pelo serviço de estomaterapia. **OBJETIVO:** Caracterizar os portadores de estomias atendidos no Serviço de Estomaterapia do Hospital Universitário a fim de estabelecer o perfil do paciente atendido. **METODOLOGIA:** O estudo caracteriza-se como exploratório, qualitativo, desenvolvido no Hospital Universitário no mês de julho de 2012. Os dados foram coletados por análise documental dos prontuários dos 80 pacientes atendidos no setor. Analisou-se a data de nascimento, data de cadastramento do grupo, estado civil, escolaridade, ocupação, município, diagnóstico, tipo de estomia, tamanho do estoma, tempo de permanência, causa e responsável. **RESULTADOS:** Por meio do estudo foi possível evidenciar a prevalência de dois tipos de estomias: colostomias e urostomias com tamanhos diferentes devido ao tempo de realização da cirurgia e em sua maioria permanentes. Os pacientes atendido**s** pelo grupo de estomizados são pessoas idosas, ou seja, com mais de 60 anos; aposentadas, casadas, com ensino fundamental, residentes em perímetro urbano que possuem como causa da realização de suas estomias o adenocarcinoma de reto. **CONCLUSÃO:** A pessoa com estomia necessita passar por um processo de adaptação onde aprende a conviver com sua nova condição de vida e percebe que pode recuperar a valorização de sua auto-imagem e com isso mudar sua percepção em relação a visão das outras pessoas de seu convívio sobre ela, além de melhorar sua qualidade de vida. Desta forma foi possível concluir com o desenvolvimento deste estudo que o paciente estomizado atendido pelo serviço de estomaterapia são em sua maioria idosos e com neoplasia, ou seja, necessitam de uma maior atenção pelo seu extremo de idade e pela fragilidade causada tanto por essa nova condição de vida quanto pelo enfrentamento do próprio câncer. **CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** É fundamental o entendimento da importância do cuidado integral e da existência de métodos educativos que sirvam de alicerce para o autocuidado do portador de estomia por meio da construção do conhecimento a respeito de sua nova condição de vida. Assim, por meio da promoção da saúde e percepção do autocuidado, o paciente torna-se capaz de mudar sua perspectiva de trajetória. Além disso, percebeu-se que através do conhecimento das características prevalentes do estomizado, o enfermeiro destaca-se como educador em saúde qualificando seu cuidado a este paciente. Percebeu-se então que por meio desse conhecimento será possível orientar a prática assistencial desenvolvida no Serviço de Estomaterapia direcionando-a ás especificidades deste grupo de pacientes.

Descritores: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Estomia.

REFERÊNCIAS:

1. Reveles A.G, Takahashi R.T. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. RevEscEnferm USP 2007; 41(2):245-50.

O USO DO CRACK E A VIOLÊNCIA: O QUE OS ESTUDOS SUGEREM?

Vania Dias Cruz[1]; Michele Mandagará de Oliveira[2]; Simoní Saraiva Bordignon[3]; Poliana Farias Alves[4].

RESUMO

Objetivo: Analisar a relação do uso do crack com a violência. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa, realizada nas bases de dados LILACS e PUBMED por meio dos descritores controlados "cocaína crack", "violência". O resultado inicial da busca foram 51 artigos e,após aplicação dos critérios de seleção, resultaram em 10 artigos para análise. **Resultados:** Os artigos enfocam a identificação dos antecedentes familiares dos usuários de crack e a violência atribuída ao uso do crack,sugerindo uma forte relação entre o uso de drogas ilícitas e a violência. Neste contexto, a maioria dos estudos afirmam, que os usuários de crack são tanto vítimas de práticas violentas quanto agressores. **Considerações Finais:** Estudos futuros devem analisar o contexto social onde os usuários de crack residem e os padrões de uso de crack, associado às praticas de violência.

Descritores:cocaína crack; violência; usuários de drogas.

ABSTRACT

Objective: To analyze the relationship between use of crack and violence. **Methodology**: This is integrative review, held in the databases LILACS and PUBMED through the controlled descriptors "crack cocaine", "violence". The initial result the search were 51 articles and, after applying the criteria selection resulted in 10 articles for analyses. **Results:** The articles focus on the identification of a family history of crack users and violence attributed to crack use, suggesting a strong relationship between illicit drug use and violence. In this context, most studies conclude that crack users are both victims and perpetrators of violent practices. **Conclusion**: Future studies should analyze the social context where the users reside and crack patterns of crack use, associated with the practice of violence.

Keywords: Crack cocaine, violence, drug users.

INTRODUÇÃO

O uso de drogas no Brasil está inserido no contexto cultural, político e econômico, que se transformou rapidamente no curso do século XX, ocorrendo um processo de criminalização e aumento da ação repressiva do estado, sobre algumas formas de produção, comércio e consumo de substâncias psicoativas. Estas foram proibidas, não por sua composição química ou pela comprovação científica de danos à saúde, mas por questões políticas e econômicas, tendo efeito sobre as formas de "tratamento" médico e judiciário, assim como sobre a criminalização dos usuários dessas substâncias.[1]

O fenômeno das drogas não deve ser visto apenas em seus aspectos farmacológicos ou epidemiológicos, o estado psíquico, a atuação da droga no organismo e o contexto sociocultural onde ocorre a utilização da droga deve ser levado em consideração de forma interdependente.[2]

A mídia e a sociedade, de maneira geral, associam as drogas a comportamentos negativos com inconsistência de argumentos técnico-científicos. Os usuários não possuem espaço para se manifestarem, eles são enquadrados em modelos prontos criados pelos jornais e revistas que tem um discurso muito semelhante ao discurso do poder com crédito de versão fiel do real.[3]

A criminalidade atribuída ao crack está relacionada ao tráfico da droga, os pequenos delitos cometidos pelos usuários como os furtos e as depredações de patrimônios públicos.[4] Os indivíduos dependentes do crack apresentam uma maior propensão para o envolvimento em atividades ilegais, colocando em risco a sua própria integridade física.[5] No entanto, não é somente o efeito químico da droga que a torna criminógena, mas o seu comércio, que é mais lucrativo que a cocaína e a maconha e atinge as classes pauperizadas. No comércio ilegal, dívidas são pagas com a vida. Desta forma, os homicídios tendem a crescer mais.

A ação policial e as atitudes repressivas contra os usuários de crack podem estimular a criminalidade violenta, uma vez que, as pessoas pobres que consomem crack, sofrem com a violência e arbítrio de policiais, derivados do poder de criar processos criminais, podendo tornar a vida do usuário de crack um círculo infernal de insegurança, perigo e incentivo ao crime, sendo, muitas vezes, preso ou violentado pelo fato de ter consigo dois ou três gramas de crack. Os sujeitos pertencentes a classe mais privilegiada são entendidos como pessoas que buscam a diversão, ou, em casos mais

graves, são pessoas que necessitam de atendimento médico, sendo mais facilmente compreendidos.[6]

Neste contexto, discutiu-se questões relacionadas a dinâmica familiar como sendo um dos principais fatores que influenciam os sujeitos para o envolvimento com as drogas, uma vez que, o sistema familiar direciona seus membrosna maneira de agir e pensar em sociedade, por meio de padrões de comportamento, transmissão de crenças e valores, afetividade e histórias compartilhadas. No entanto, deve-se levar em consideração os locais onde essas famílias residem, muitas vezes dominados pelo tráfico.[7]

Sabe-se que alguns fatores de vulnerabilidade podem proporcionar o envolvimento com a droga, como: a disponibilidade da droga; o preço; a renda do usuário; o ciclo de relacionamentos que envolvem o indivíduo; o posicionamento da família e amigos quanto ao uso de drogas; a busca por novas experiências; a curiosidade; alguns transtornos metais, dentre outros.[3]

Ao se observar o problema que a dependência química produz nas esferas afetivas, educativas, produtivas, econômicas, na saúde e nas relações sociais, nota-se que a dependência química não é um problema isolado ou individual. A partir da amplitude que a drogadição representa na sociedade, ela torna-se objeto de políticas públicas que visam diminuir, inibir e/ou prevenir as causas do problema.[3]

Contrapondo as crenças do senso comum, os usuários de crack, em geral, desenvolvem um saber sobre a substância, que se difunde entre eles como regras e controles informais de autoregulação. Com grande poder de influência sobre o cenário social do uso de crack, acredita-se que essas estratégias protetoras, possam se constituir em subsídio importante para o planejamento e implantação de estratégias de redução de danos eficazes entre os usuários de crack.

Lidar com o crack, portanto, exige uma solução intersetorial. Não é problema de polícia, mas, de uma ação integrada entre a segurança, a saúde, os gestores municipais do espaço urbano, o Ministério Público e o poder Judiciário.

OBJETIVO

Analisar a relação do uso do crack com a violência

METODOLOGIA

A revisão integrativa é um método de pesquisa que proporciona a busca, a avaliação crítica e a síntese do conhecimento, possibilitando a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na assistência à saúde, bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas.[8]

Esse método permite reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado assunto, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.[8]

A presente revisão integrativa contou com as seguintes etapas: estabelecimento do objetivo da revisão integrativa; dos critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; apresentação dos resultados e da revisão, análise dos resultados e discussão.

Assim, para guiar a revisão integrativa, utilizou-se a seguinte questão: Qual a relação do uso do crack com a violência?

Como descritores controlados utilizou-se "crack cocaína" e "violência" definidos com referência no DECS/MESH. Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Public Medical (PUBMED).

Para seleção dos textos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: conter no resumo dados que relacionem o uso do crack e a violência;artigos publicados em português, espanhol e inglês; artigos na íntegra, disponíveis para leitura, que retratassem acerca do problema estudado. Não foi usado recorte temporal na consulta da base de dados.

No resultado inicial da busca foram encontrados 51 estudos. Porém, somente, 10 estavam disponíveis para leitura na íntegra, sendo estes, então, analisados.

Tabela 1. Sumarização dos artigos encontrados, Pelotas-RS.

DESCRITORES	**PUBMED**	**LILACS**
Crack cocaine	1058	131
Violence	61333	4629
Crack cocaine and violence	46	5
Artigos Utilizados	**5**	**5**

Para análise dos resultados dos artigos utilizou-se a Análise Temática, que possibilitou interpretar, analisar e agrupar os dados semelhantes, emergindo duas categorias empíricas: Antecedentes familiares dos usuários de crack e a Violência atribuída ao uso do crack.

RESULTADOS

Antecedentes familiares dos usuários de crack

Três estudos (I, II e lX) deixam claro que há uma grande influência na maneira como os pais criam seus filhos em relação aos seus comportamentos futuros.

Um número expressivo de jovens delinquentes e criminosos vem de famílias desviantes, sendo que pais que rejeitam as crianças, violentos, que possuem supervisão deficiente, usuários de drogas ou traficantes foram alguns preditores de delinquência, identificados no artigo I, capazes deinfluenciaros comportamentos futuros de crianças.

Os achados do artigo I corroboram os resultados do artigo II, estudo etnográfico com 72 famílias de usuários de crack, no qual foi verificado que metade dos usuários foram agredidos fisicamente por seus pais ou parceiros de sua mãe na infância, porém eles não revidavam as agressões vividas, mesmo depois de se tornarem adolescentes e terem condições para isto. Os usuários participantes do estudo acreditavam que tal ação era “um ato de amor”, uma maneira de prepara-los para vida futura, afirmando que a agressão física não servia apenas como um castigo, mas, também, para promover amadurecimento e disciplina para o enfrentamento dos obstáculos da vida adulta.

O artigo IX, estudo de caráter qualitativo, realizado no Brasil, além de verificar a presença do uso de drogas por algum membro da família de origem dos usuários de crack, associada à ocorrência de violências e rupturas sociais preocupou-se, também, em focar o sofrimento da família que convive com o usuário de crack. Neste sentido, os autores identificaram brigas, discussões, encarceramento domiciliar e denúncias à polícia como práticas realizadas pelos familiares. Abuso sexual na infância, uso de drogas por parentes próximos, isolamento social e práticas de furtos e roubos de pertences da casa foram comportamentos relatados pelos usuários nas entrevistas.

A violência atribuída ao uso do crack

Todos os estudos analisados deixam explícitos que a violência está muito presente na vida dos usuários de crack, tanto como agressores quanto como vítimas. Segundo o artigo III, eles têm história de prisão anterior, envolvimento com o tráfico de drogas, comportamentos violentos, além de praticarem furtos e assaltos (artigo VIII e IX).

Os autores do artigo IV identificaram um aumento significativo no consumo de cocaína, paralelamente a um acréscimo decrimes violentos, sendo verificado no artigo VI que o uso de drogas derivadas dacocaína são as únicas que apresentam relação com a vitimização de mulheres por parceiros íntimos.

Cinco estudos (artigos V, VII, VIII, IX e X) identificaram a presença de práticas violentas contra os usuários de crack.

O artigo V, realizado em 2000, identificou que as mulheres usuárias de drogas estão mais expostas a sofrerem violência do que os homenstendo como fatores de risco: o número elevado de parceiros, o sexo sem proteção e a troca de relações sexuais por crack ou por dinheiro para comprar a substância. O abuso sexual destaca-se entre os tipos de violência mais sofrido pelas mulheres, sendo que este ocorre, tanto pelo próprio parceiro íntimo, quanto pelo envolvimento com a prostituição. Complementando, o artigo VIIIidentificou que os usuários de crack apresentam risco de serem agredidos fisicamente, de se envolverem em confusões com policiais e traficantes e de prostituição sem proteção, resultando em DST, gravidez indesejada ou prática de aborto.

Além disso, segundo o artigo X, profissionais do sexo usuárias de crack apresentam risco de serem presas, de sofrerem assédios por bandidos, intimidação por parte de clientes e “cafetões” e ameaças de violência por seus parceiros regulares.

Cabe ressaltar, ainda, o artigo VII realizado em São Paulo, no qual a violação de direitos dos usuários de drogas se fez presente por meio de ações de agentes do poder municipal, retirando os usuários, contra sua vontade, dos locais onde residem ou transitam no intuito de "limpar” determinada região.

Tabela 2. Sistematização dos artigos analisados – Pelotas, 2012

Número	**Título da Pesquisa**	**Autores**	**Ano de Publicação**	**Fonte**
I	Nurturing for Careers in Drug Use and Crime: Conduct Norms for Children and Juveniles in Crack-Using Households	Johnson, Dunlap, Maher	1998	Subst Use Misuse.
	Normalization of Violence:	Dunlap, Golub,	2009	Journal of

II	Experiences of Childhood Abuse by Inner-City Crack Users	Johnson, Benoit		Ethnicity in Substance Abuse
III	Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV	Carvalho; Seibel	2009	Clinics [online]
IV	Was an increase in cocaine use among injecting drug users in New South Wales, Australia, accompanied by an increase in violent crime?	Degenhardt; Day; Hall; Conroy; Gilmour	2005	BMC Public Health
V	Crack-cocaine users as victims of physical attack.	Siegal; Falck; Wang; Carlson	2000	Journal of the national medical association
VI	Past and future research on the crack cocaine–domestic violence link	Brewer, Fleming, Haggerty	2005	American Journal of Public Health
VII	Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo	Raupp; Adorno.	2011	Ciênc. saúde coletiva [online]
VIII	Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga.	Ribeiro; Sanchez; Nappo.	2010	J Bras Psiquiatr
IX	Family ties of crack cocaine userscared for in a psychiatric emergency department	Seleghim; Marangoni; Marcon; Oliveira.	2011	Rev. Latino-Am. Enfermagem
X	AIDS/HIV risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil	Malta; Monteiro; Lima; Bauken; Marco; Zuim; Bastos; Singer; Strathdee	2008	Rev Saúde Pública

DISCUSSÃO

A presença de violência intrafamiliar, família como agressor e usuário como vítima e vice-versa e perda de vínculo dos usuários com a família e no meio social em que convivem foram comportamentos identificados nestes estudos.

A família, a escola e os amigos apresentam um importante papel tanto na formação de culturas e crenças positivas quanto negativas durante a juventude. Porém, a família é um dos elos mais fortes presentes na vida dessa criança, podendo estar

diretamente relacionada com as práticas adotadas por estes futuramente. Com relação à educação dos filhos, é necessário haver um equilíbrio entre afeto, atenção e imposição de limites de comportamento, pois agressão, desordem de conduta e violência comprometem o desenvolvimento saudável do jovem e o colocam em risco.[7]

As famílias disfuncionais, por meio de seus comportamentos, podem transmitir para seus filhos normas desviantes, sendo que, os problemas de vinculação familiar advêm, em sua maioria, daqueles lares onde faltam habilidades para a criação dos filhos, reduzindo as chances de transmissão efetiva de normas sociais saudáveis. Neste sentido, estudos afirmam que pais que usam drogas servem de modelo para seus filhos na experimentação e continuação do uso, ocorrendo uma transmissão intergeracional de comportamentos.[7]

Quando um filho começa a utilizar drogas, toda dinâmica familiar é afetada. Em alguns casos, o usuário tenta esconder o seu consumo afastando-se do ambiente familiar, tanto emocionalmente quanto geograficamente, em outros casos, entram em conflito com a família devido a roubos de pertences da casa e parentes.

Neste contexto, o impacto do uso de crack na família é muito sofrido, sendo que o diálogo com o usuário, geralmente, é inexistente. A família entende a necessidade de ajuda, porém enquanto esta não chega, a prática de atos violentos como prender o filho em casa e agredi-lo verbalmente e fisicamente são atitudes que se tornam rotineiras. As imprevisíveis ações de um dependente químico podem ocasionar danos físicos e emocionais para com os membros da família resultando em uma co-dependência familiar, no qual as atitudes da família dependerão das ações dos usuários.[6]

Tal situação acaba acarretando perda de vínculo do usuário com a família e o meio social, pois estes se tornam incapazes de se relacionar com outras pessoas, a não ser as que possuem alguma relação com a droga.

O crack é considerado um dos potencializadores para a criminalidade, sendo que, o furto e as depredações de patrimônio público são os delitos mais cometidos pelos usuários.[4-5]Neste contexto, destaca-se que tais atitudes devem ser analisadas levando em consideração os aspectos econômicos, sociais e culturais desses sujeitos e não apenas a droga utilizada por eles. A relação existente entre o uso do crack e a criminalidade pode ser explicada por diversos fatores, entre eles, o consumo de diversas drogas, o contexto que o sujeito está inserido e devido a maiores divulgações acerca do assunto nos últimos anos, dando a falsa impressão de que a criminalidade aumentou devido ao uso do crack.[3]

A sociedade declara que todos os usuários de drogas ilícitas são pertencentes a um grupo desviante, sendo considerados ameaçadores à sociedade, ou doentes que necessitam de

ajuda, ou, ainda, criminosos passíveis de punição, não havendo nenhuma diferenciação entre o usuário de drogas contralado e abusivo. Porém, desde 1984 há estudos com usuários de drogas que afirmam a existência de uma inter-relação de fatores de personalidade e sociais que determina a qualidade do uso de drogas.3

Com a entrada das mulheres no mundo das drogas houve algumas modificações em relação à cultura do uso. A prostituição cresceu demasiadamente sendo usada como moeda de troca para obtenção da droga, aumentando assim o risco de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o número de casos que envolvem violência de gênero.[2]

Mesmo que a mulher algum dia possa a vir praticar atos violentos contra homens, culturalmente, elas são as mais atingidas e as maiores vítimas da violência de gênero. Este é um problema ligado ao poder e diz respeito àquela que é praticada entre indivíduos de diferentes sexos. As diversas formas de opressão, dominação e crueldade incluem assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial e outros.[9]

As relações desiguais de gênero e o medo da violência ocasionam dificuldades para negociação do uso da camisinha, levando as mulheres a praticarem o sexo de forma desprotegida. Além disso, as usuárias tendem a manter parceria sexual com homens igualmente usuários, sem o uso rotineiro de preservativos.[2]

A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas foi lançada em 2003, porém apenas em 2006 a partir da criação da lei 11.343/2006 é que houve a diferenciação entre traficantes e usuários de substâncias ilícitas e a instituição do "Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes". [10:28]

Porém, acaba ocorrendo uma incongruência entre as atitudes tomadas pelos gestores municipais, retirando forçosamente os usuários de suas moradias, artigo VII, e a política de saúde que entende o usuário como cidadão de direitos, direitos estes que não devem ser negados pelo fato do sujeito consumir drogas.[10]A decorrência deste tipo de fragilidade acaba ocasionando maiores dificuldades na solução de problemas, tanto clínico como social, que envolvem os usuários de drogas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo as análises dos estudos, percebe-se que o uso das drogas parece ser mais provável dentro de contextos marcados pela defasagem escolar, relacionamento ruim com os pais e/ou pais permissíveis ao uso, pais separados, presença de maus tratos, famílias violentas e que convivem com as drogas de maneira natural, porém tais fatores não devem ser analisados separadamente do contexto social onde esses sujeitos vivem e transitam.

Por meio deste estudo, foi possível alcançar o objetivo proposto, identificando que o uso do crack e a violência tem relação, porém estudos futuros devem analisar dados sociodemográficos de usuários de crackque considerem o contexto onde os usuários frequentam, a história do uso de drogas, assim como as influências culturais e econômicas dos usuários, com a finalidade de definir prognósticos futuros e construir novas estratégias para a abordagem desse grave problema social.

Neste sentido, é necessário que cada vez mais sejam realizadas pesquisas, para que sejam divulgados dados mais fidedignos e que com estes produtos possa se elaborar propostas de prevenção, de intervenção, de cuidado e de proteção da saúde de todas as pessoas, sem nenhum tipo de discriminação e exclusão.Assim, compreender as formas de tratamento do dependente químico, a singularidade do sujeito usuário e de suas escolhas, torna-se imprescindível na construção de projetos que visem além da abstinência, a qualna maioria dos casos torna-se ineficaz ou inviável.

É necessário a ampliação da visão em relação aos problemas que influenciam o uso de drogas permitindo a expansão dos campos de estudo, das estratégias de planejamento de saúde, prevenção e tratamento. Entretanto, pode-se dizer que o fenômeno das drogas é ainda pouco compreensível, embora existam diversas justificativas, principalmente quanto ao perfil e padrões de uso.

REFERÊNCIAS

1. Canoletti B; Soares CB. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. Interface, Botucatu. 2005; 9 (16):115-29.

2. Silva SL. Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação, no uso do crack[Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2000.

3. Malheiro L, Macrae E. Trabalho de campo e a construção de políticas para usuários de drogas - a questão dos usos de crack na atualidade: um olhar sobre usuários e

usuárias. In: Moraes M, Castro R, Petuco D (org). Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral a saude. Recife: Instituto Papai; 2011.

4. Chalub M, Telles L. Álcool, drogas e crime. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo. 2006; 28(2): 69-73.

5. Dualib LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. Cad saúde pública, Rio de Janeiro, 2008; 24(4): 545-57.

6. Nonticuri AR. As vivências de adolescentes e jovens com o crack e suas relações com as políticas sociais protetoras neste contexto [dissertação de mestrado]. Pelotas: UCPEL; 2010.

7. Guimarães FL, Costa LF, Pessina LM, Sudbrack MF. Famílias, adolescência edrogadição. Manual de terapia familiar.Porto Alegre: Artmed, 2009.

8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008;17(4):758-64.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

10. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas. Brasília: 2008. 106p.

IDENTIDADE E ADAPTAÇÃO À ESTOMIA: UMA ANÁLISE QUALITATIVA SEGUNDO OS PRECEITOS DO MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY

Liziane Celeste Fonseca Heredia[120];Cristiano Pinto dos Santos; Fabiane Pinho Furtado; Deise Taborda; Marli dos Santos Salvador; Giovana Calcagno Gomes [121]

INTRODUÇÃO: As pessoas submetidas ao procedimento cirúrgico para construção da estomia sofrem diferentes alterações tanto no âmbito físico, biológico, espiritual, social e familiar, que acarretam em reflexos na sustentação de sua identidade. Após o processo de estomização onde o paciente estomizado passa a utilizar uma bolsa coletora, necessita passar por um processo adaptativo a fim de compreender e superar o impacto psicossocial.Ter que adaptar-se às formas do novo corpo e a nova forma de vestir-se, pode fazer surgir uma realidade simbólica muito mais ampla e subjetiva quando comparada com sua realidade biológica. Um estudo acerca da qualidade de vida de pessoas portadoras de estomia verificou que pacientes com estomas temporáriosnecessitam de tantas necessidades adaptativas quanto os portadores de estomias definitivas[1]. Geralmente os portadores de estomia, sendo ela definitiva ou temporária, apresentam dificuldades em se reinserirem no meio social. O sentimento de tristeza e desânimo, bem como o receio de enfrentar locais públicos, devido ao medo de ser estigmatizado contribui para o isolamento social e afastamento das pessoas significativas de seu meio de convívio[2]. Durante essa adaptação essas pessoas experimentam a desconstrução e reconstrução de suas identidades, pois passam a ver o seu eu físico e seu eu pessoal e espiritual de forma diferente. Esse momento desperta sentimentos e percepções que dificultam a auto-definição do portador de estomia diante de si mesmo e da própria sociedade. Estes indivíduos experimentam um conflito na capacidade de avaliar seus atributos físicos, psicológicos, sociais e espirituais relacionados à sua saúde[3]. A construção da identidade da pessoa com estomia está em constante desenvolvimento, passando por momentos de desconstrução e reconstrução tendo em vista que suas percepções internas em relação aos outros ocorre a parti da desconfiguração da identidade que o individuo possuía até então[4]. A construção da identidade envolve um processo de reflexão e observação que ocorrem simultaneamente em todos os níveis do funcionamento psíquico, onde o indivíduo realiza um auto-julgamento frente a sua percepção sobre a maneira como os outros o julgam, em

[120]Acadêmica de Enfermagem da FURG. Monitora da disciplina de Intercorrências clínicas. Integrante do grupo ostomia uma forma de viver. e-mail: lizianeheredia@hotmail.com
[121]Professora da Escola de Enfermagem da FURG. Doutora em Enfermagem. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Criança e Adolescente / GEPESCA. acgomes@mikrus.com.br

comparação com eles próprios e com uma tipologia significativa desenvolvida socialmente[5]. Entendendo a importância da reconstrução da identidade do paciente portador de estomia, temos a seguinte questão norteadora do estudo: Como ocorre o processo de reconstrução da identidade do estomizado tendo como fundamentação teórica o Modelo de Adaptação de Roy? **OBJETIVO:** O presente estudo teve como objetivo o entendimento do processo de reconstrução identidade da pessoa portadora de estomia, tendo como fundamentação teórica o Modelo de Adaptação de Roy. **METODOLOGIA:** Foi utilizada uma abordagem qualitativa conduzida pelos preceitos de Roy e seguindo os princípios éticos de acordo com a resolução 196/66 do conselho nacional de saúde e obteve aprovação e autorização do comitê de ética em pesquisa na área da saúde da Universidade Federal do Rio grande, sob o parecer n° 77/2011. O estudo em questão teve como sujeitos 10 (dez) pacientes cadastrados no serviço de estomaterapia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr da cidade de Rio Grande. Foram realizadas entrevistas individuais no formato semi-estruturado, onde os portadores de estomia forneceram narrativas sobre suas experiências de vida após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados provenientes destas entrevistas gravadas em forma de áudio passaram pelo processo de transcrição, segregação e análise interpretação de acordo com o referencial teórico utilizado na pesquisa. **RESULTADOS:** O foco da discussão foi o processo de reconstrução da identidade da pessoa com estomia, fazendo circular neste contexto os principais fatores de adaptação, suas conexões e reflexos na formação do novo eu, que agora se encontra estomizado. A experiência de serem/estarem estomizados traz impactos que podem desconstruir a identidade configurada até o momento. Estes indivíduos se deparam com uma nova imagem corporal que traz reflexos nos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, obrigando os portadores de estomia a percorrerem um trajeto adaptativo até que possam novamente consolidar a nova identidade social e pessoal. Este percurso serve como suporte para que estas pessoas consigam delinear novamente sua vida física e pessoal. Tendo em vista dois aspectos: o eu físico que é a percepção da pessoa sobre a sensação e imagem corporal, ou seja, como este indivíduo sente e vê a aparência e a função de seu corpo, constituindo uma identidade desestruturada e irreal após passarem pelo processo de estomização[3.] E o eu pessoal que é experenciado por alterações em seu físico após a estomização, onde começam surgir alterações em aspectos envolvidos no eu pessoal. **CONCLUSÃO:** O corpo é um meio de comunicação com exterior e, ao mesmo tempo, uma condição de existência do ser. Muitas pessoas enfrentam a estomia com descontentamento, aversão e pena de si[6]. O que faz com que não se reconheçam,

tendo que reconstruir seu significado de vida.Este impacto da estomia nas vidas destas pessoas desencadeia um doloroso movimento de comoção e reconstrução de si mesmo podendo ser detectado nas diferentes dimensões que construíram seus caminhos de normalidade e despadronização. O processo de reconstrução da identidade foi entendido a partir da identificação de aspectos que precisam de adaptação bem como suas formasde enfrentamento. Percebeu-se então que todas as alterações biopsicossociais que desconstroem a identidade da pessoa estomizada são direcionadas primeiramente por um eixo principal, o corpo. A pessoa ao tornar-se estomizada se visualiza como alguém que foge ao padrão de normalidade das demais pessoas com quem convive na sociedade e assim procura constituir novas normas que a possibilite não se sentir tão diferente e distante de seus antigos padrões culturais. Recomenda-se que os pacientes estomizados recebam assistência de enfermagem especializada e humanizada, contextualizada de acordo com as relações destas pessoas. Desta forma, elas se tornarão aptas para organizar seus sentimentos e percepções a fim de reduzir ou eliminar os efeitos causados pelo impacto biopsicossocial causado pela realização da estomia, aproximando-se da concretização da nova identidade. C**ONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Assim, a enfermagem não deve atuar focalizando apenas o corpo dos estomizados, tendo em vista que os cuidados de enfermagem devem ser direcionados para vários modelos assistenciais. É necessário visualizar o portador de estomia de forma integral, ajudando-a a mobilizar meios próprios, a fim de desenvolver estratégias que lhe possibilite adequar sua adaptação e enfrentamento a esta nova forma de vida.

Descritores: Identidade. Estomia. Adaptação.

REFERÊNCIAS:

1. BANDEIRA, R.C.F. et al. Qualidade de vida e coping de pessoas portadoras de estomas definitivos. In: IV Congresso Brasileiro de estomaterapia e I. Congresso Brasileiro de Enfermagem em Dermatologia. São Paulo: SOBEST, p. 22-5, 2001.

2. SILVA, A.L.; SHIMIZU, H.E. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. Revista Latino Americana de Enfermagem, v.14, n.4, p.483-90, 2006.

3. ROY, C.; ANDREWS, H.A. Teoria da enfermagem. O modelo de adaptação de Roy. Lisboa: Instituto Piaget; 2001. 520p.

4. PETUCO, V.M.; MARTINS, C.L. A experiência da pessoa estomizada com câncer: uma análise segundo o Modelo de Trajetória da Doença Crônica proposto por Morse e Johnson. Rev Bras Enferm, v.59, n.2, p.134-144, 2006.

5. OLIVEIRA, L.F.D. Saberes e Práticas das Enfermeiras sobre o Corpo do Cliente Ostomizado. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, 2003.

6. BARROS, E.J.L.; GOMES, G.C.; SOUZA, JOCIEL, J.L. A vivência da sexualidade pelo paciente portador de estomia. In: Seminário Corpo, Gênero e sexualidade: Discutindo Práticas Educativas, 2007, Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

CUIDADO À PESSOA COM ESTOMIA: PREPARO DO FAMILIAR
CARE TO THE PERSON WITH OSTOMY: PREPARING THE RELATIVES

Jociel Lima de Souza[122]; Giovana Calcagno Gomes[123]; Daiani Modernel Xavier[124]; Maria Cristina da Silveira *Chagas*[125].

RESUMO

Objetivo: conhecer como se dá o preparo do familiar cuidador para o cuidado à pessoa com estomia. ***Método:*** estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com Análise Temática. A coleta de dados foi realizada por entrevistas semiestruturadas gravadas, com cinco familiares cuidadores de pessoas com estomias, de um hospital do Sul do Brasil, conforme aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob Protocolo nº 38/2007. ***Resultados:*** após a análise duas categorias emergiram: O cuidador frente à necessidade da estomização e o preparo do familiar para o cuidado à pessoa com estomia. ***Conclusão:*** foi possível verificar que o familiar cuidador da pessoa com estomia é despreparado para o cuidado e sem conhecimentos acerca do processo de estomização, mas assume o cuidado, apesar de seu próprio despreparo. Assim, necessita ser auxiliado pelo enfermeiro, no sentido de ser instrumentalizado para desempenhar esse cuidado de forma segura.

Descritores: Família; Estomia; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to know how happens the preparation of the family member for the care of the person with ostomy. ***Method:***descriptive qualitative study, with Thematic Analysis. Data collection was conducted by semistructured interviews recorded, with five caregiver family members of people with ostomies, of a hospital from the Brazilian South, as approval of theEthics Research Committee of Universidade Federal do Rio Grande, under Protocol nº 38/2007.***Results:*** after the analysis two categories have

[122]Enfermeiro, Especialista em Enfermagem do Trabalho, Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: jocielsouzas@yahoo.com.br;

[123]Enfermeira, Professora Doutora da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande/PPGENF/FURG. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: giovanacalcagno@furg.br;

[124]Enfermeira, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Membro do GEPESCA/FURG. Rio Grande (RS), Brasil;

[125]Enfermeira, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Membro do GEPESCA/FURG. Rio Grande (RS), Brasil.

emerged: The caregiver faced with the need of stomizationand The preparation of the family member for the care of the person with ostomy. ***Conclusion:***the caregiver family member of the person with ostomy is unprepared for the care and without knowledge about the stomization process, but assumes care despite its own unpreparedness. It needs to be assisted by the nursing professional, in order to be qualified to carry out this care in a safe manner.
Descriptors: Family; Ostomy; Nursing.

INTRODUÇÃO

A realização de estomia, abertura artificial confeccionada cirurgicamente no abdômen, causa inúmeros transtornos à pessoa estomizada, tendo um resultado limitante, mutilante e transformador do corpo e seu funcionamento.[1] Além das mudanças nos padrões de eliminação, dos hábitos alimentares e de higiene, seus portadores precisam adaptar-se ao uso de uma bolsa coletora para fezes e/ou urina aderida ao abdômen, resultando em autoestima diminuída, sexualidade comprometida e, muitas vezes, em isolamento social.[2]

A pessoa estomizada e seu familiar cuidador passam a lidar, diariamente, com a estomia e seus acessórios, requerendo apoio profissional para o seu enfrentamento.[3] Em estudo acerca do papel do familiar cuidador à pessoa com estomia verificou-se que o familiar desempenha papel fundamental no cuidado. Geralmente, é ele quem busca orientações que o habilite a cuidar e se fazer presença, junto à pessoa com estomia, aprimorando seus conhecimentos.

No entanto, muitos se sentem inseguros quanto à sua capacidade como cuidadores. Os autores verificaram que a pessoa estomizada é portadora da dor física causada pela estomização, mas a família absorve e reflete sua dor psicológica, necessitando também de auxílio para ser potencializada como cuidadora.[4]

Verifica-se que o trabalho com pessoas estomizadas e seus familiares deve ocorrer integralmente, possibilitando a melhoria de sua situação e do seu processo de viver. Nesse sentido, o enfermeiro, como educador em saúde, deve orientar a família para a prestação dos cuidados ao familiar com estomia, considerando-o como parte integrante e indissolúvel da prática do trabalho na área da saúde. Assim, a questão que norteou este estudo foi: como se dá o preparo do familiar cuidador para o cuidado da pessoa com estomia? A partir desta indagação, objetivou-se conhecer como se dá o preparo do familiar cuidador para o cuidado à pessoa com estomia.

O conhecimento produzido nesse estudo poderá subsidiar os enfermeiros na sua prática diária junto ao familiar cuidador da pessoa com estomia, direcionando sua prática educativa de forma a auxiliá-lo a adquirir habilidades e competências para o cuidar.

MÉTODO

O presente estudo foi extraído do relatório final do Projeto de Pesquisa de Iniciação Científica/CNPq/FURG, intitulado "*O preparo do familiar para o cuidado ao portador de estomias",* vigente de julho de 2007 a agosto 2008. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva aborda a descrição do fenômeno investigado, possibilitando conhecer os problemas vivenciados.[5] A abordagem qualitativa considera, como fonte de estudo, a ótica dos indivíduos que vivenciam determinado fenômeno, seu universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes.[6]

O Estudo foi desenvolvido no primeiro semestre de 2008, em um Serviço de Estomaterapia (SE) de um Hospital Universitário (HU) do sul do país. Esse serviço tem 17 anos de atuação junto às pessoas com estomias e familiares, atuando nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e extensão.

Participaram do estudo cinco familiares de pessoas com estomia atendidas no SE. Foram critérios de inclusão: ser familiar cuidador de pessoa com estomias e aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE) e permitir a gravação da entrevista e divulgação dos resultados. Esse consentimento foi assinado em duas vias, ficando uma cópia com cada participante.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, únicas com cada participante. A entrevista é uma atividade em que ocorre uma aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e prática.[6] Foram efetuadas individualmente durante as consultas de enfermagem e gravadas para posterior análise. O número de entrevistas foi delimitado pela saturação de dados e os familiares cuidadores foram questionados quanto ao impacto da notícia da necessidade da estomização no familiar, as razões que fizeram com que fosse o cuidador, os recursos que dispõem para o cuidado e ao seu preparo para o cuidado à pessoa com estomia.

Procedeu-se à análise de conteúdo, técnica em que o foco é a fala dos indivíduos, uma vez que se considera a existência de uma correspondência entre o tipo

de discurso e as características do meio ou realidade onde este indivíduo se insere.[7] Este método foi operacionalizado por meio das seguintes etapas: pré-análise, na qual se procedeu a organização do material empírico; exploração do conteúdo; tratamento dos resultados e interpretação, na qual os resultados tornam-se significativos e válidos, gerando categorias empíricas, revelando os elementos constitutivos do fenômeno investigado.[7]

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, recebendo parecer favorável de número 38/2007, como determina a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Ministério da Saúde.[8] Para garantir o anonimato os participantes do estudo foram identificados pela letra F, seguida do número sequencial das entrevistas.

RESULTADOS

As pessoas com estomias eram três do sexo feminino e duas do sexo masculino, todas com mais de 60 anos, com estomias permanentes, que tiveram como causa da estomização adenocarcinoma de reto (três) ou de sigmóide (dois). Os cinco familiares cuidadores participantes do estudo eram do sexo feminino. Três cuidadoras eram filhas da pessoa com estomia; uma era sobrinha, mas ao ser questionada, se autodenominava como filha; e a quinta cuidadora era uma profissional contratada pela família para cuidar do paciente. No entanto, ao ser questionada se considerava também como uma filha. Suas idades variaram entre 30 anos, a cuidadora mais jovem, e 54 anos, a cuidadora com mais idade. Em relação ao tempo de cuidado, este variou entre três e seis anos.

Da análise dos dados emergiram duas categorias: "***O cuidador frente à necessidade da estomização"*** e "***O preparo do familiar para o cuidado à pessoa com estomia"***.

O cuidador frente à necessidade da estomização

Em nosso meio, o câncer é visto como doença estigmatizante e, comumente, relacionada à morte. O recebimento de um diagnóstico de câncer para a família apresenta-se como algo apavorante.

Quando eu soube que ele tinha câncer de estômago, eu fiquei apavorada, apavorada, apavorada, apavorada. (F1)

Cuidadores são surpreendidos por esse diagnóstico e, ao serem comunicados da necessidade da realização da estomia em seu familiar, não conseguem dimensionar o

significado deste procedimento, tendo em vista tratar-se de um processo pouco conhecido da população em geral. Além disso, impactados pelo diagnóstico, podem apresentar-se abalados emocionalmente, tendo sua capacidade de compreensão diminuída.

Fui assim, pega de surpresa, porque ele, de uma hora para outra, estava bem e de repente veio a sentir cólicas e não vinha aos pés. Veio ao hospital e já baixou. Foi diagnosticado que ele tinha um câncer maligno, que iria fazer cirurgia, que iria usar bolsa de colostomia. (F2)

Foi uma coisa muito rápida, que aconteceu com ele. Era uma pessoa forte e disposta. Andava de bicicleta, fazia tudo. De repente, ele adoeceu e foi uma coisa rápida, um câncer. Fiquei trinta e três dias com ele no hospital. Ele fez uma cirurgia e o médico falou para ele voltar em três meses que, provavelmente tiraria a bolsinha de colostomia. Mas, ele piorou [...] o médico disse que ele não aguentava, mandou ele para casa e disse para cuidar bem, que talvez ele não durasse mais de três meses. Realmente, uma pessoa que estava com setenta quilos ficar com trinta e sete. Ele caiu muito e nós sem entendermos muito e assustados. (F1)

Acreditam que é indispensável o apoio dos familiares à pessoa com estomia, principalmente, logo após a estomização, pois a pessoa vivencia momentos de intensa desordem emocional, além de ter de (re)aprender a cuidar de si.

Todos aceitaram. Nenhum de nós teve problemas com isso. (F4)

No início, ela ficou esperançosa porque achou que iria usar só um mês e voltar ao normal. Mas, o filho dela veio do Rio e disse que era bem melhor ela usar a bolsinha do que morrer. Ela aceitou. Mas, naquele momento, não iria ter condições de se cuidar sozinha, precisava da família ali. (F5)

Achei porque eu preferia minha mãe viva a ela morta. Estava consciente de que se ela não fizesse a cirurgia, ela morreria. Então, nós tivemos que aceitar. Foi bem difícil, mas aceitamos. Tem horas que a gente olha e diz: por quê? Por que, coitada? Por que sofrer, estar assim usando aquela bolsa, por quê? Foi difícil para todos. Mas, encarei e cuido com todo o meu carinho. (F4)

Verificou-se, neste estudo, que algumas famílias apresentam uma forma de enfrentamento diferenciada. Ao receberem o diagnóstico, passam a agir objetivamente, lançando mão de seus mecanismos de defesa, indo em busca de conhecimentos acerca do cuidado necessário ao bem-estar de seu familiar.

Não achei tão traumático. Se é uma coisa que para ficar boa. Se tem que fazer, tem que fazer. Se tem que usar, tem que usar. É para ela ficar bem, por isso tem que

fazer. Até se fosse para mim mesma, também seria. Estou me esforçando para aprender tudo que eu puder para cuidar melhor. (F3)

O preparo do familiar para o cuidado à pessoa com estomia

Frente a uma situação de doença e da necessidade de cuidados, a família, geralmente, se organiza para cuidar de seu familiar como forma de preservar-lhe a vida, proporcionando-lhe conforto e bem-estar. Na maioria das vezes, um familiar é eleito pelos demais para ser o cuidador direto. Neste estudo, vários foram os motivos elencados pelas famílias para a determinação desta pessoa:

A falta de outro familiar com habilidades para o cuidado pode ser determinante para a definição dos cuidadores.

É porque eles vieram lá de fora. Eles não têm filhos; não têm ninguém que repare eles. Assim, alugaram casa lá perto da minha. (F2)

É o que está mais próximo, mora junto, depois seria eu mesma. É eu e o meu pai. Não sei se é porque as gurias moram longe, no Cassino. Então, eu que estou sempre correndo atrás de médico, de tudo. Não tem mais ninguém que faça. (F4)

Ao olhar da família, este(a) cuidador(a) agrega as características e habilidades necessárias ao cuidado devido a experiências anteriores como cuidador(a).

Não sei se sou a mais dedicada, eu sou a mais velha. Então acarreta mais porque os outros são mais novos, inexperientes. Já me disseram que eu tenho aquela mania de liderança. Sabe, tomo a frente. Se tem que baixar, se tem exame médico de laboratório, é tudo eu que procuro fazer. Sempre fui eu quem tomou a iniciativa. Me chamaram disso, liderança. (F1)

Não tenho nenhum nojo, então cuido sem nenhum problema. (F5)

A disponibilidade de tempo e a proximidade com a pessoa com estomia se apresentam como fatores que são determinantes na definição do familiar cuidador.

Acho que a disponibilidade de tempo e por estar mais perto, porque meus irmãos moram em Porto Alegre e eu tenho acompanhado em tudo. É meio complicado, porque nenhum deles tem tempo, trabalham muito, e não se atinariam. (F3)

Outros cuidadores são escolhidos por demonstrarem vontade e vocação para o cuidado.

Não sei te explicar o que eu sinto. Eu só sei que onde eu vejo doente, na minha volta, eu tenho que cuidar porque quando eu estava com eles baixado aqui, eu não cuidava só deles. O pessoal do salão que estava na volta, eu cuidava. Acho que é vocação. Que onde eu vejo alguém doente eu estou sempre ajudando, sempre cuidando.

Gosto de fazer isso. Eu que sou a liderança. [...] Mas se acontecesse qualquer coisa vinham em mim. Fazer uma cirurgia simples eles vinham em mim, qualquer coisinha que eles iam fazer. Os outros dois, no caso, estavam morando com ele. Meu irmão e minha irmã morando até os quarenta anos com ele, e eles mandavam me chamar. Eu tinha que vim, de onde eu estivesse. (F1)

Quando na família não há uma pessoa que reúna as condições enumeradas anteriormente, busca-se no cuidado profissional uma alternativa capaz de subsidiar seu familiar com estomia com os cuidados especiais que este(a) necessita. Ao decidir por um cuidador fora do contexto familiar, a família o faz em busca de alguém que reúna as características necessárias para o cuidado, principalmente conhecimento e afetividade.

Porque cuidava desta outra senhora. Era outro tipo de operação. Eles viram o carinho meu por aquela pessoa. Porque cada pessoa que eu cuido eu sinto como se fosse um parente meu. Eu gosto de cuidar como se fosse parente meu. O filho dela chegou e pediu para eu pegar a mãe dele para cuidar. Ela é carinhosa! Tem que ser carinhosa e, ao mesmo tempo, tem que ser firme, porque doente é doente. [...] Mas eu continuava visitando ela, porque conquistei a amizade com a família. Me convidaram para cuidar ela. Eu não sou enfermeira, mas até os curativos dela eu fazia. (F5)

Após ser escolhido como cuidador direto, o membro da família, em um primeiro momento, pode sentir-se assustado e apresentar um grande sofrimento, pois a estomização é um procedimento pouco conhecido, requer cuidados muito específicos como a troca e limpeza das bolsas de estomias, submetendo este familiar a um estranhamento frente ao desconhecido. Apesar de seu medo, o familiar cuidador precisa vencê-lo e, assim, superar possíveis conflitos internos para poder desempenhar seu novo papel diante da responsabilidade a ele conferida.

Os primeiros dias, eu fiquei meio assustada assim de mexer. Nos primeiros dias, eu não quis olhar muito. Depois, acabei me acostumando, me dei conta que se desse problema tinha que ser eu a cuidar. Então tinha que enfrentar e aprender. (F3)

Não sei. Nem sei te dizer, como posso dizer. Sei lá! Eu nunca vi ninguém fazer isso. Eu nunca limpei ninguém nem convivi com pessoas que fizessem isso. Assim, eu não sei. Isso, acho que veio de mim assim mesmo, sabe? Eu assumi para mim o cuidado. (F2)

Frente à fragilidade física e emocional apresentada pelo familiar eleito pela família para cuidar, outros familiares mobilizam-se no sentido de dar-lhe suporte, vindo a colaborar com esse, agregando esforços para que a pessoa com estomias não seja privado do cuidado. Em alguns casos, verifica-se que a estomização contribui para uma maior união familiar, tendo em vista que parentes de fora do contexto domiciliar

possam vir a contribuir, nesse contexto, com o cuidado. Assim, verificou-se que a estomização e a necessidade de cuidados de seu portador podem levar a família a expandir-se como forma de ampliação de sua rede de apoio social.

Fazem a mesma coisa porque eu passei pra eles. Todos fazem a mesma coisa que eu faço, porque ele fica um mês com cada um. Antes, ele ficava só comigo. Ele ficou um ano e dois meses comigo. Quando a minha mãe faleceu, entrei em depressão. Eu era muito ligada, demais com eles. Eles moravam comigo. Era muito ligada, entrei em depressão e eles se obrigaram a cada um ficar um mês para me dar uma aliviada. Eu tive que fazer um tratamento, para me dar uma aliviada, eles ficam. Mas se ele pudesse, ele ficava definitivo comigo porque ele se sente muito seguro. Os outros também fazem é que ele tem uma mania. Como eu sempre fui de fazer tudo, ele já se acostumou. Mas, os outros fazem bem feito também. (F1)

Não, até nos uniu mais. Todinhos nós. São cinco filhos, mais o pai, e mais a minha prima que foi criada com nós. Então nos uniu bem. A gente está sempre na volta. As gurias estão morando no Cassino, mas assim mesmo, estão sempre na volta. (F4)

Frente ao fato de ser o cuidador, o familiar precisa se preparar para o desempenho do cuidado. Ao serem questionados acerca de que conhecimentos achavam necessários, estes referiram, principalmente, paciência e força de vontade como formas de superação para a falta de conhecimentos específicos para o cuidado a pessoa com estomia.

Acho que, principalmente, paciência. Tem que ter paciência. Não se pode ter nojo. Eu acho que tem que ser isso pra cuidar de uma pessoa assim. Porque para cuidar de uma pessoa, para lidar com isso tens que [...] não pode ser uma pessoa atacada, uma pessoa que tenha nojo, porque tu não vai fazer de boa vontade. Acho assim que deve ser isso. (F2)

Mais é a força de vontade. Eu acho, porque eu não tinha conhecimento nenhum sobre a colostomia, entendesse? Mas eu queria aprender. (F5)

Tendo em vista o estranhamento do familiar para cuidar e a necessidade da prestação de cuidados específicos e da aquisição de habilidades específicas, a família busca, nos profissionais da saúde, os conhecimentos e informações que os instrumentalizem para o cuidado.

Tem que ter uma pessoa que saiba para ensinar. Depois que tu pega com outra pessoa, é bem fácil. Tem que ter uma orientação de alguém capaz para isso. No caso, comecei com as enfermeiras da Santa Casa, de Porto Alegre. Depois vim para cá, com

o assistente social e a enfermeira do grupo. Assisti as reuniões onde eles passavam slides e conversavam. (F1)

Nos primeiros dias que ele saiu do hospital, que ele foi para casa, chamamos uma pessoa que tivesse mais acostumada a fazer isso. Nunca tinha feito, nem visto ninguém fazer. Chegou uma pessoa dizendo que sabia [...]. Antes de ele sair do hospital, eu já vim aqui pegar as bolsas. A enfermeira do HU me explicou como é que era tudo direitinho, mas mesmo assim eu não quis arriscar. Deixei essa pessoa que disse que sabia ir lá à casa dele para mim ver como é que era. [...] Achei, pelo que a enfermeira do HU tinha me explicado, que não era aquilo que ela estava fazendo, porque ela não achava jeito de fazer. Assim, peguei e não chamei mais ela. Acho que melhor do que ela eu faço. Pelo que ela(enfermeira) me explicou, eu peguei a fazer sem medo nenhum. (F2)

Todo o tipo de conhecimento a gente precisa ter. Tem que aprender para poder ajudar. Aprender a colocar, a como fazer a higiene da bolsa. (F4)

DISCUSSÃO

As causas da realização de estomia são múltiplas, no entanto, o câncer é a patologia que mais comumente resulta na necessidade deste procedimento cirúrgico. O censo do Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou que, em 2010, foram diagnosticados 28.110 casos de câncer colorretal no Brasil, sendo 13.310 casos em homens e 14.800 casos em mulheres, muitos desses resultaram em estomias.[9]

É com a família que a pessoa com estomia encontra apoio, conforto e, busca ajuda para as constantes situações difíceis, as quais precisa enfrentar no seu cotidiano de vida.[10] A família, diante desse processo, muitas vezes, precisa repensar a sua estrutura e forma organizacional enquanto grupo, porque o cuidado a pessoa com estomias exige a presença constante de um cuidador.[11]

A pessoa com estomia e seu familiar cuidador passam a lidar, diariamente, com a estomia e seus acessórios. Ambos convivem com a necessidade de manipular diretamente fezes ou urina. Essa convivência pode apresentar-se como desestruturante e os levar a um sentimento de diminuição da autoestima, requerendo apoio profissional para o seu enfrentamento.[4]

Após o impacto do diagnóstico, é indispensável o apoio dos familiares à pessoa com estomia, principalmente, nos primeiros períodos após a estomização, pois a pessoa vivencia momentos de intensa desordem emocional, além de ter de reaprender a cuidar de si.[10] Ao serem orientados pelos profissionais de saúde acerca da necessidade da

realização do procedimento, os familiares podem compreender a estomização como sendo uma possibilidade da cura, ou como uma forma de evitar a morte de seu familiar. Dessa forma, mesmo angustiados, passam a aceitar a realização da cirurgia e se preparar para o seu cuidado.[3]

Considera-se o apoio da família como um fator determinante para a aceitação da estomia por parte do paciente estomizado. Ela é sua primeira fonte de apoio e, por serem as pessoas mais próximas da pessoa com estomia, podem entender melhor suas reações, passando as informações importantes à equipe de saúde que subsidiará a execução de um plano terapêutico de reinserção e de reabilitação deste paciente.[12]

A família, na interação com seu meio dinâmico-social, possui capacidade de resiliência no enfrentamento das adversidades vivenciadas cotidianamente no processo de viver do ser humano. Nesse sentido, é um suporte indispensável à reintegração social do estomizado.[13]

Há multiplicidade de fatores que intervêm na escolha do cuidador principal em âmbito familiar. Essa escolha pode ocorrer por disponibilidade ou por obrigação, para retribuir cuidados recebidos anteriormente, pela relação de parentesco, pela proximidade física ou disponibilidade de tempo para cuidar.[13]

A responsabilidade pelo cuidado a pessoa com estomias pode ficar a cargo de um familiar que, em geral, não possui preparo que o permita cuidar do outro sem interferir no seu próprio cuidado. Esse cuidador geralmente possui outras atividades, as quais precisam ser conciliadas com o cuidado, tais como o cuidado dos filhos, da casa e atividade profissional, podendo sentir-se sobrecarregado para cuidar, levando-o ao adoecimento, necessitando de apoio profissional para esse enfrentamento.[3]

Estudo que avaliou o perfil do cuidador familiar de portadores de estomias mostra que 58% deles não sabia o que era um estoma, 42% não haviam recebido orientações acerca dos cuidados com o estoma e 25% deles sentiram dificuldades em aceitar com naturalidade a condição de seu familiar estomizado[12]. Nesse sentido, as informações fornecidas aos familiares cuidadores não podem ser restritas a pequenas e curtas conversas na hospitalização, mas sim permear todo o período antes, durante e depois da cirurgia, reconhecendo que a família, a rede de apoio e amigos são eixos importantes na ressignificação positiva desta etapa da vida.[14]

Para cuidar da pessoa com estomia, o familiar cuidador necessita ser potencializado no que diz respeito à aquisição de novas habilidades de cuidado relativas ao uso e troca de bolsas coletoras, cuidados após radioterapia e quimioterapia, cuidados com a dieta, entre outros. Para orientar o familiar cuidador, o enfermeiro precisa levar

em consideração os aspectos objetivos e subjetivos do cuidado que deverá ser prestado, de forma a atender integralmente suas necessidades, garantindo-lhe assim uma melhor adaptação, qualidade de vida, autonomia e empoderamento.[4]

O enfermeiro necessita reconhecer o impacto da estomia para o familiar cuidador e implementar estratégias de cuidados. Destacam-se a realização das orientações acerca do processo de adaptação e o uso da bolsa coletora; o cuidado com a estomia e com a alimentação adequada, além do encaminhamento e estímulo para a participação de um grupo de apoio que possa ajudar os estomizados a conviverem com esta nova situação, a qual passa a integrar o todo que compõe o processo de viver dessa pessoa e de seu familiar cuidador.[15]

Considerando que este é um estudo descritivo, recomenda-se a realização de outros estudos acerca do cuidado familiar e suas nuances que permitam comparar esses resultados com os observados em outras realidades, buscando estratégias efetivas para minimizar a ansiedade e o sofrimento das famílias que vivenciam o cuidado à pessoa com estomia.

CONCLUSÃO

O estudo objetivou conhecer como se dá o preparo do familiar cuidador para o cuidado a pessoa com estomias. Os dados evidenciaram que, frente à necessidade da estomização de seu familiar, o diagnóstico de câncer é reconhecido como apavorante, pegando o familiar cuidador de surpresa abalando-o emocionalmente. Eles (familiares) acreditam que é indispensável o cuidado familiar e buscam adquirir conhecimentos que os habilitem a cuidar.

Quanto ao preparo do familiar cuidador para a prestação do cuidado à pessoa com estomias, verificou-se que os familiares se organizam para cuidar como forma de preservar-lhe a vida, fornecendo-lhe conforto e bem-estar. Geralmente, um familiar é eleito pela família como o cuidador principal. Diversos foram os motivos apontados para esta escolha: falta de outro familiar com habilidades para o cuidado, por este agregar características e habilidades para o cuidado, a partir de experiências anteriores; por estarem disponíveis e próximos à pessoa com estomias e por estes demonstrarem vontade e vocação para o cuidado.

Na falta de familiar para cuidar do doente, a família busca no cuidador profissional uma alternativa. Muitos familiares cuidadores sentem-se assustados e sofrem, pois desconhecem a estomização, tendo que superar seus medos e conflitos para desempenharem o seu papel.

Ao organizarem-se para cuidar, a família pode expandir-se como forma de ampliação de sua rede de apoio social. Na procura para se preparar para o desempenho do cuidado, buscam na paciência e na força de vontade a superação e, nos profissionais da saúde, conhecimentos e informações.

Conclui-se que o familiar cuidador da pessoa com estomia é, geralmente, despreparado para o cuidado e sem conhecimentos acerca do processo de estomização. Mas, frente à necessidade de cuidados de seu familiar, assume seu cuidado, apesar de sua fragilidade. O cuidador necessita ser auxiliado pelos profissionais da saúde, no sentido de ser instrumentalizado para desempenhar esse cuidado de forma segura.

Cada família vivencia o cuidado à pessoa com estomias de forma singular, assumindo uma postura própria, geradora de necessidades diferenciadas de apoio. O(a) cuidador(a) se prepara para o cuidado no próprio cotidiano de cuidar, apresentando dúvidas, medos e fragilidades. Os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, precisam compreender como se dá o cuidado familiar, as necessidades individuais de cada família, com o objetivo de minimizar suas fragilidades, auxiliando-os a identificarem formas de enfrentamento das situações cotidianas, possibilitando-lhes um viver mais autônomo e instrumentalizado.

REFERÊNCIAS

1. Guerrero S, Angelo M. Impacto del estoma enteral en el niño y la familia. Av enferm [Internet]. 2010 Oct [cited 2011 Nov 13];28(suppl 1):99-108. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28s1/v28s1a09.pdf

2. Nascimento CMS, Trindade GLB, Luz MHBA, Santiago RF. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. Texto & contexto enferm [Internet]. 2011 July/Sep [cited 2012 July 19];20(3):557-64. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/18.pdf

3. Sinha A, Goyal H, Singh S, Rana SPS. Quality of Life of Ostomates with the Selected Factors in a Selected Hospital of Delhi with a View to Develop Guidelines for the Health Professionals. Indian J Palliat Care [Internet]. 2009 July/Dec;15(2):111–4. Avaiable from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3034300/

4. Souza JL, Gomes GC, Barros EJL. O cuidado à pessoa com estomia: o papel do familiar cuidador. Rev enferm UERJ [Internet]. 2009 Oct/Dec [cited 2012 May 19];17(4):550-55. Available from: http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a17.pdf

5. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2009.

6. Minayo MCS, (organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010.

7. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Incidência de Câncer no Brasil. Brasília: Instituto Nacional de Câncer; 2010.

10. Emslie C, Browne S, MacLeod U, Rozmovits L, Mitchell E, Ziebland S. 'Getting through' not 'going under': a qualitative study of gender and spousal support after diagnosis with colorectal cancer. Soc sci med [Internet]. 2009 [cited 2012 Nov 25];68(6-9):1169–75. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2706322/

11. Silva GP, Freire DCD, Valença MP. Vivências dos familiares no processo de cuidar de uma criança estomizada. Rev Estima [Internet]. 2010 [cited 2012 June 8];8(2):12-9. Available from: http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21%3Aartigo-original-1&catid=15%3Aedicao-82&Itemid=86&lang=pt

12. Menezes APS, Quintana JF. A percepção do indivíduo estomizado quanto à sua situação. Rev bras promoç saúde (Impr.) [Internet]. 2008 [cited 2012 Apr 22];21(1):13-8. Available from: http://redalyc.uaemex.mx/pdf/408/40821103.pdf

13. Silva LWS, Lima AA, Santos FF, Oliveira JAL, Araujo TC. A necessidade de capacitar a família para cuidar em seu ambiente domiciliar: um relato de experiência. Rev Conex UEPG [Internet]. 2010 [cited 2012 July 29];6(1):90-3. Available from: http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao/article/viewFile/3753/2636

14. Silveira CL, Budó MLD, Silva FM, Durgante VL, Wünsch S, Simon BS et al. Cuidadora de familiar com doença crônica incapacitante: percepções, motivações e repercussões. Rev enferm UFSM [Internet]. 2012 Jan/Apr [cited 2012 June 27];2(1):67-78. Available from: http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/download/3828/3128

15. Souza PCM, Costa VRM, Maruyama SAT, Costa ALRC, Rodrigues AEC, Navarro JP. As repercussões de viver com uma colostomia temporária nos corpos: individual, social e político. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2011 Jan/Mar [cited 2012 June 16];13(1):50-9. Available from: https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7928/91600

EXPERIÊNCIAS DE UMA ACADÊMICA NA DISCIPLINA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Camila Almeida Gonçalves[126]; Diéssica Roggia Piexak[127]; Marlise Capa Verde de Almeida[128]; Kendra Natasha Sousa Castanha dos Santos[129]; Laurelize Pereira Rocha[130];Marta Regina Cezar-Vaz[131];

INTRODUÇÃO: No exercício de atividades laborais humanas cria-se um estímulo e ampliam-se as habilidades mentais e físicas, resultando na produção de saúde dos trabalhadores(1).Entretanto, a sobrecarga de trabalho, a falta ou a não utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), as condições críticas de materiais e as instalações do ambiente ocupacional contribuem para o desgaste corporal e emocional do trabalhador, gerando estresse e potencializando o surgimento de doenças. Neste sentido, a área da saúde do trabalhador tem como componente de estudo a relação entre trabalho e saúde, visando promover e proteger a saúde dos trabalhadores através de açõesde vigilância aos riscos encontrados nos ambientes ocupacionais, averiguando situações de trabalho que venham causar prejuízos à saúde desses trabalhadores. Além disso, presta assistência por meio de procedimentos diagnósticos de doenças, tratamento e reabilitação dos agravos à saúde(2). A Enfermagem do Trabalho objetiva àsegurança do trabalhador e favorece a melhoria da sua saúde e qualidade de vida. O enfermeiro do trabalho atua em diferentes ambientes ocupacionais almejando à promoção, proteção, reabilitação e vigilância na saúde dos trabalhadores(3) para propiciar o bem estar mental, físico e social dos trabalhadores das diversas profissões, protegendo-os contra os riscos e evitando agravos à saúde decorrentes das circunstâncias de trabalho(4). Durante a Graduação em Enfermagem o acadêmico adquire conhecimentos técnicos/científicos

[126]Acadêmica do 6° semestre do Curso de Graduação em Enfermagem – Escola de Enfermagem (EEnf) – Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Bolsista de Iniciação ao Extensionismo do CNPq, Membro do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA). E-mail: milinha.a.g@hotmail.com

[127] Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da FURG. Bolsista CAPES/REUNI. Integrante do LAMSA.

[128]Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da FURG. Enfermeira Técnica Responsável pelo Laboratório de Práticas em Enfermagem – Escola de Enfermagem – FURG.

[129]Acadêmica do 6° semestre do Curso de Graduação em Enfermagem – Escola de Enfermagem (EEnf) – Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Bolsista de Iniciação Cientifica no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Cientifica-PIBIC-CNPq,Membro do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA).

[130] Mestre em Enfermagem. Doutoranda do PPGEnf/FURG. Integrante do LAMSA.

[131]Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora associada III da EEnf/FURG. Coordenadora do LAMSA. E-mail: cezarvaz@vetorial.net

necessários para atuar em diferentes ambientes de cuidado. Uma das disciplinas na Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG é a "Assistência de Enfermagem em Saúde do Trabalhador", a qual busca entender a base referencial da estrutura do trabalho humano, compreender os fundamentos do trabalho como potencializador de saúde, de enfermidades e de agravos aos seres humanos e não humanos, bem como para contextos socioambientais. A disciplina possibilita aos acadêmicos conhecer a realidade do trabalhador a partir do reconhecimento de diferentes contextos laborais. Esta vivência é de extrema importância, pois permite o reconhecimento dos ambientes, visualizando riscos e agravos a saúde dos trabalhadores, contribuindo para o estudo das condições e medidas de higiene da empresa, para o monitoramento do processo de trabalho, levantamento das necessidades e problemas do ambiente laboral e implementação de ações de educação em saúde para proteção dos trabalhadores. **OBJETIVO:** Relatar as experiências de uma acadêmica de enfermagem na disciplina de Assistência de Enfermagem em Saúde do Trabalhador. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência de uma acadêmicaque cursou a referida disciplina. As experiências e vivências são advindas da participação nas aulas teóricas e práticas, no período de 04 de agosto de 2011 a 1° de dezembro de 2011. Foram realizadas quatro aulas práticas, uma vez por semana, no turno da tarde, em diferentes ambientes ocupacionais. A turma de acadêmicos era divida em dois grupos e cada grupo fazia o reconhecimento de dois ambientes de trabalho – Ambiente I e Ambiente II.Os reconhecimentos foram realizados em uma empresa privada e na zona rural da cidade de Rio Grande – RS. As atividades acadêmicas corresponderam ao levantamento de características do ambiente de trabalho, tais como: o número de trabalhadores, sexo, idade, jornada de trabalho, instrumentos e materiais de trabalho utilizados, atividades exercidas, treinamentos profissionais e de segurança à saúde. Também se observou atentamente as instalações locais, averiguando a presença de riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e mecânicos que pudessem prejudicar a saúde dos trabalhadores,verificaram-se também as condições de trabalho, a utilização de EPIs e os possíveis impactos ambientais advindos da atuação do homem nos ambientes de trabalho. Durante os reconhecimentos realizaram-se diálogos com os trabalhadores, a fim de conhecer a percepção desses acerca da situação de trabalho e a relação com a saúde, identificação de riscos do ambiente, ocorrência de acidentes de trabalho, a satisfação na realização das atividades laborais, os motivos pelos quais os trabalhadores utilizavam ou não os EPIs, verificar a presença de doenças que pudessem estar relacionadas à atividade ocupacional e observar à existência de programas de

prevenção a saúde dos trabalhadores por parte da Unidade Básica de Saúde da região. **RESULTADOS:** As aulas teóricas da disciplina abrangeram o estudo das Normas Regulamentadoras, do Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho e o conhecimento dos serviços de Segurança e Saúde do Trabalhador da região. As aulas práticas permitiram conhecer a realidade vivenciada pelos trabalhadores e a partir disso pensar em possíveis intervenções de enfermagem para promover saúde e prevenir doenças. No ambiente I visualizaram-se riscos biológicos, identificados pela presença de insetos e fungos. O local também apresentava riscos físicos evidenciados pela presença de ruídos e de frio; riscos químicos pela utilização de produtos químicos na forma de gás, o qual era nocivo a saúde humana; riscos ergonômicos como postura inadequada, levantamento de cargas pesadas, sobrecarga de trabalho devido ao número reduzido de funcionários e riscos mecânicos caracterizados pela iluminação inadequada, utilização de máquinas em condições precárias que colocavam em risco a integridade física dos trabalhadores e extintores descarregados, desprovendo o ambiente de segurança frente ao risco de explosão pelo uso do produto químico. No ambiente II observamos a presença de insetos e fungos que constituem riscos biológicos, também apresentava riscos físicos como calor, frio e exposição a radiações solares; riscos químicos representados pela utilização de defensivos agrícolas; riscos ergonômicos como postura inadequada, esforço repetitivo e levantamento de cargas pesadas e iluminação inadequada gerando riscos mecânicos ao trabalhador. Quanto à utilização de EPIs, nos dois ambientes reconhecidos identificou-se que os trabalhadores não utilizavam todos os EPIs necessários para realização das atividades, por exemplo: no ambiente I não se utilizava capa impermeável e viseira facial; no ambiente II não se utilizava chapéu, luvas impermeáveis e botas de borracha,os quais se faziam necessários nos locais específicos de trabalho. Destaca-se que no ambiente II visualizou-se a presença de doenças relacionadas ao trabalho, dentre elas o câncer de pele, devido à constante exposição dos trabalhadores a radiações solares. Nos dois ambientes não foram percebidos impactos ambientais negativos. Através dos relatos dos trabalhadores percebeu-se a inexistência de programas de prevenção e orientação para a população da região.Porém, destaca-se a existência da Unidade Básica de Saúde da Família na região.**CONCLUSÕES:** Os reconhecimentos dos ambientes ocupacionais no decorrer da disciplina de Assistência de Enfermagem em Saúde do Trabalhador oportunizaram a inserção dos acadêmicos de enfermagem nesses ambientes laborais, para que estes associassem os conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas com a realidade do processo de trabalho desses ambientes. Identificaram-se as condições laborais, riscos

que os trabalhadores estavam expostos, agravos a saúde decorrente das condições impróprias de trabalho e a reflexão de possíveis intervenções de enfermagem. Dentre estas, pode-se destacar a educação em saúde aos trabalhadores que foi realizada através de orientações quanto à importância da utilização dos EPIs de maneira adequada. Também foram realizadas orientações quanto à necessidade de manter a postura correta durante a realização das atividades laborais para evitar problemas ergonômicos. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A partir da disciplina foi possível a inserção dos acadêmicos de enfermagem nos ambientes de trabalho, oportunizando o desenvolvimento de habilidades e competências para a atuação conjunta com os trabalhadores na produção de saúde.

Descritores: Enfermagem do Trabalho; Saúde do Trabalhador; Educação em Enfermagem.

REFERÊNCIAS:

1. Gonçalves AA, Batista D, Miranda LA, Souza ROA, Santos SM. Greco RM. Educação em saúde com trabalhadores: relato de experiência. Rev. APS, 11(4):473-477, 2008.

2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF. 2001.

3. Oliveira SG. Proteção jurídica a saúde do trabalhador. São Paulo: LTR, 2002.

4. Paz PO, Kaiser DE. A busca pela formação especializada em enfermagem do trabalho por enfermeiros. Rev. Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, 32(1):23-30,2011.

OS CUIDADOS RELACIONADOS AO *CUFF* EM TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Lizandro Pereira Miranda[132]; **Edaiane Joana Lima Barros**[133]; **Janaína Amorim**[134]

INTRODUÇÃO: Quando a saúde de uma pessoa encontra-se debilitada e em processo crítico, faz-se necessário um diagnóstico associado à intervenção adequada, para que a restituição do seu estado de saúde seja o mais breve possível. Entre as intervenções terapêuticas mais utilizadas dentro de uma unidade de terapia intensiva está a do cuidado direto com o cliente crítico. A equipe de enfermagem deve ter o conhecimento especializado para obter a melhora deste cliente, encontrado, muitas vezes, em unidade de terapia intensiva e ventilação mecânica invasiva, necessário ao cliente crítico(1) para que obtenha uma ventilação pulmonar satisfatória, (2,1) a qual está comprometida neste momento.Esta tentativa torna se possível pela ventilação mecânica invasiva através de um dispositivo traqueal artificial , habitualmente encontra se, as endotraqueais e as cânulas de traqueostomia. Estes dispositivos possuem um balonete, denominado *cuff* na parte distal do dispositivo(2,3,1), tendo como propósito uma ventilação mecânica invasiva adaptada a necessidade deste cliente critico e minimizando transtornos quais podem levar o cliente critico há lesões traqueais, pneumonia associada a ventilação mecânica entre outros transtornos (1). O *cuff* da cânula de traqueostomia ou do dispositivo traqueal artificial possibilita a ventilação mecânica invasiva e qualidade para que o ar corrente seja distribuído de forma desejada, pois o *cuff* deve exercer pressão sem prejudicar a circulação sanguínea da mucosa traqueal mantendo a função de selar a traqueia(4). Encontra se o *cuff* de dois modelos o de baixa pressão e alto volume e o de alto volume e baixa pressão, o de alto volume e baixa pressão quando insuflado possui pequena área de contato com a traqueia, deformando a traqueia em forma circular, sendo assim o seu uso prolongado causa lesão traqueal, pois este é mais efetivo contra possíveis broncoaspirações. O cuff de baixa pressão e alto volume quando insuflado possui uma melhor adaptação as bordas da traqueia devido a parede fina do cuff evitando lesões(3). A insuflação do cuff deve ser mantida dentro dos parâmetros entre 20 a 25 cmH_2O para clientes que estejam sob ventilação mecânica(5), o *cuff* é um balonete localizado na parte distal do dispositivo traqueal artificial, tendo como finalidade a sela da via aérea, sendo

[132] Relator. Técnico em Enfermagem do HU FURG. Acadêmico de Enfermagem 7ª semestre da Faculdade Anhanguera do Rio Grande. Email: miranda_lizandro@hotmail.com
[133] Orientadora. Enfermeira responsável pelo Setor de Educação Permanente do HU FURG. Doutora em Enfermagem. E-mail:edaiane_barros@yahoo.com.br
[134] Enfermeira. Coordenadora Adjunta de Enfermagem do HU FURG. Mestre em Enfermagem. Especialista em Intensivismo. E-mail: janainaamorim@bol.com.br

sua pressão a menor possível para haver perfusão da mucosa, sua insuflação deve ser capaz de impedir vazamento de gazes enviada ao cliente e impedir microaspirações de secreções que localizam se em cavidade orofaríngea[5,6] qual levará o cliente a uma pneumonia associada a ventilação mecânica[6]permite que não ocorra extubação acidental, mantém o dispositivo traqueal artificial em posição central e que não ocorra lesões quando o dispositivo entrar em contato com mucosa da traqueia[7]. Para que não de cause algum evento adverso relacionado ao *cuff*, deve se obter conhecimento sobre o seu correto uso, pois ele oferece para a parede da traqueia uma pressão qual pode causar lesões nesta mucosa sendo necessário observar a pressão que esta sendo exercida[1], recomenda se que esta insuflação do *cuff* esteja entre 20 a 25 cmH_2O[5]. **OBJETIVO:** Apresentar os cuidados com o *cuff* encontrados na literatura por meio de uma revisão integrativa. **METODOLOGIA:** Trata se de uma revisão integrativa no período de 2003 a 2013,dez anos, artigos em português, tendo como questão norteadora: quais os cuidados com cuff publicados em um período de dez anos em duas bases de dados (Scielo, BVS), no território brasileiro, sendo todos os artigos em português /Brasil, tendo como critério de inclusão aqueles artigos que se referem a cuidados que podem ser realizados pela equipe de enfermagem dentro da unidade de terapia intensiva relacionados ao *cuff*,os demais artigos foram excluídos. **RESULTADOS:** Foram encontrados quatro artigos no *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e sete artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para exemplificar na Universidade Federal de Santa Catarina foi realizado um estudo com oito enfermeiros, treze técnicos de enfermagem e quatro fisioterapeutas, onde foi construído uma seleção de cuidados, em que emergiram 17 referentes a pneumonia associada a ventilação mecânica, originando quatro cuidados básicos, um dos itens dentre os quatro a serem observados como a correta insuflação do *cuff* entre 20-30 cmH_2O, assim assegurando a vedação da traqueia, impedindo aspirações de secreções peri-*cuff*, os quais acarretam riscos potenciais para pneumonia aspirativa associada à má técnica no uso dos ventiladores mecânicos; também a hiperinsuflação do *cuff* pode evoluir para estenose da traqueia implicando em outros prejuízos para o cliente[8]. Já no hospital Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência foram escolhidos 50 pacientes internados na unidade de terapia intensiva, sendo verificado a pressão do *cuff* em dias aleatórios, em sua totalidade, eram balonetes de baixa pressão, sendo constatado que em apenas 24%, destes 12 pacientes encontravam- se com *cuff* insuflado a menos de 30 cmH2O, sendo que os demais foram reduzidos o volume de ar no interior do cuff, e em dois pacientes não foi possível deixar o volume abaixo do ideal após a manobra sendo que estes dados

foram referentes a pacientes internados variando desde algumas horas até 23 dias após internação, originadas de pós operatório de cirurgia cardiovascular, cirurgia geral, broncopneumonia, infarto do miocárdio e outra causas. Comparando as pressões do cuff inicialmente foi verificada que estavam acima do ideal assim lesionando a traqueia, sendo realizada a manobra indicada foi possível baixar esta média de 56,2 para 15,5 visto que esse estudo foi realizado em dias aleatórios(9). **CONCLUSÃO:** Com esse trabalho podemos concluir que o conhecimento sobre os cuidados com a pressão do *cuff* é a melhor forma de evitar eventos adversos por parte da enfermagem, já que esta é a responsável pelo cuidado ao cliente em estado crítico e ventilação mecânica invasiva. Na análise dos artigos foi percebida que ainda há uma lacuna no fazer da Enfermagem relacionada à temática e à construção de protocolos e publicações científicas que dêem conta de um cuidado específico e humanizado voltado a qualidade da assistência ao paciente crítico em uso de *cuff*. Logo, o tema sobre cuidados com a pressão do *cuff* é de extrema importância e ainda é pouco difundido pelos profissionais da Enfermagem, e, com isso, há necessidade de estudo mais aprofundado sobre o uso do *cuff* e o contexto clínico do cliente, com dados baseados em evidências, oferecendo espaço de discussão sobre o assunto com vistas a contribuir para o desenvolvimento de melhoras práticas e,respectivamente, com ensino, pesquisa e extensão.

Descritores: Intubação intratraqueal; UTI; Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Penitenti RM; Vilches JIG; Oliveira JSC; Mizohata MGM; Correa DI; Alonso TRMB; Mathiazzi IC; Testa RS. Controle da pressão do cuff na unidade terapia intensiva: efeitos do treinamento. Rev. bras. ter. intensiva. São Paulo Apr./June 2010. 22(2).

2. Ono FC; Andrade APA; Cardoso FPF; Melo MHO; Souza RN; Silva GHC; Vieira BEM. Análise das pressões de balonetes em diferentes angulações da cabeceira do leito dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Rev. bras. ter. intensiva. São Paulo July/Sept. 2008. 20(3).

3. Souza CR; Santana VTS. Impacto da aspiração supra-cuff na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo Oct./Dec. 2012.24(4).

4. Garcez RM. As melhores práticas de enfermagem, procedimentos baseados em evidencias 2ª ed. artmed, 2010.

5. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Infecções do Trato Respiratório. Orientações Para Infecções Relacionadas à Assistência à saúde.

Unidade de Investigação e Prevenção das Infecções e dois Eventos Adversos Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde-GGTES, 2009.

6. Silva TJ; Beralto MA. Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. J Bras Pneumol. 2007:33(Supl 2):S142S-1

7. Vianna A, Palazzo RF, Aragon C. Traqueostomia: uma revisão atualizada. Rev Pulmão RJ 2011;20(3):39-42.

8. Silva SG; Nascimento ERP; Salles RK.*Bundle* de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: uma construção coletiva. Texto contexto enferm. Florianópolis Oct./Dec. 2012. 21(4).

9. Aranha A; Forte V; Perfeito JAL; Leão LEV; Imaeda CJ; JulianoY.Estudo das pressões no interior dos balonetes de tubos traqueais . Rev. Bras. Anestesiol. Campinas Nov./Dec. 2003. 53(6).

PROCESSO DE ENFERMAGEM DIRECIONADO A PESSOAS IDOSAS VÍTIMAS DE QUEDAS: ESTUDO DE CASO

NURSING PROCESSDIRECTEDTHEELDERLYVICTIMSOFFALLS: A CASE STUDY

Bruna Zortea[135]; Silvana Sidney Costa Santos[136]; Daiane Porto Gautério[137]; Danielle Adriane Silveira Vidal[138]; Bibiane Moura da Rosa[139]

RESUMO: Objetivo deste estudo foi aplicar um histórico de enfermagem baseado na CIF e elaborar um plano de cuidados para idosos que já sofreram quedas com vistas a prevenção de novas quedas. Trata-se de um estudo de caso clínico. Os sujeitos do estudo foram dois idosos, com 70 anos. Os dados foram coletados mediante um formulário no ambulatório de traumatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande do Sul, em abril de 2013. O estudo seguiu todos os preceitos éticos da resolução 196/96. Os resultados apontam como principais diagnósticos a dor aguda e o risco de queda. Tendo como principais intervenções de enfermagem: o ensino de técnicas não farmacológicas para aliviar a dor e sugestões de mudanças ao paciente quanto ao modo de andar.
Descritores: Idoso; Enfermagem; Envelhecimento.

ABSTRACT: Objective of this study was to apply a history of nursing based on CIF and develop a plan of care for the elderly who had suffered falls in order to prevent further falls. This is a case study. The subjects were two elderly people, aged 70. Data were collected through a form in traumatology clinic of the university hospital Federal University of Rio Grande, Rio Grande do Sul, in April 2013. The study followed all ethic guidelines of resolution 196/96. The results indicated that the main diagnoses of acute pain and the risk of falling. The principal nursing interventions: the teaching of nonpharmacologic techniques to relieve pain and suggestions for changes to the patient on how to walk.
Descriptors: Aged; Nursing; Aging.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento faz parte da realidade da maioria das sociedades, tanto isso é verdade que em 2050 existirão cerca de dois bilhões de pessoas com 60 anos e mais no mundo. Existem diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Em países desenvolvidos o envelhecimento ocorre vinculado com melhorias nas condições gerais de vida; em países em desenvolvimento, esse fenômeno

[135] Graduanda em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. E-mail:brunazortea@ibest.com.br
[136] Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Rio Grande. E-mail:silvanasidney@terra.com.br
[137] Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.
[138] Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.
[139] Graduanda em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.

acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social adequada para atender as novas demandas[1].

Idosos tendem a apresentar múltiplas comorbidades que potencializam grandes síndromes geriátricas como a queda[2]. Estima-se que ocorra uma queda em cada três indivíduos com mais de 65 anos e, que um em vinte daqueles que sofreram uma queda sofram uma fratura ou necessitem de internação[3].

As quedas nos idosos são um problema para a sociedade, existe uma alta frequência de ocorrência deste evento, aumentando o custo social e econômico. A faixa etária dos idosos é a que consome mais recursos do que qualquer outro grupo etário, decorrentes das lesões causadas por quedas, as quais são acontecimentos passíveis de prevenção[4].

As quedas constituem a 6ª causa de óbito mundial em pessoas com mais de 65 anos. Estima-se que 30% das pessoas acima dessa faixa etária sofram quedas ao menos uma vez por anoe que as quedas sejam responsáveis por 70% das mortes acidentais em pessoas com 75 anos ou mais[2].

A queda pode ser definida como um evento ou deslocamento não intencional do corpo que tem como resultado a mudança de posição do individuo para um nível mais baixo em relação à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil[5].

Esse episódio é composto por elementos causais classificados como intrínsecos, ou de ordem interna, e extrínsecos, ou de caráter externo[6]. Causas intrínsecas podem ser: alterações do estado mental; uso de várias medicações, especialmente psicotrópicos; alterações de mobilidade; idade mais avançada; história prévia de quedas; necessidades especiais de higiene; uso de dispositivos para auxílio de marcha; fraqueza muscular generalizada; tonteira; depressão; maior tempo de hospitalização; hipotensão postural; alterações visuais; insônia; patologias como osteoporose e arritmias cardíacas.

Causas extrínsecas predisponentes as quedas são aquelas geralmente relacionadas aos fatores ambientais ou atitudes de risco como: piso escorregadio, degrau sem sinalização ou subir em um banco para alcançar um objeto[7].

Com a intenção de reduzir os números de quedas, tendo em vista a promoção e proteção da saúde do idoso, o Ministério da Saúde (MS) criou a portaria nº 3213, de 20 de dezembro de 2007, objetivando promover oficinas para debater estratégias para evitar quedas e cuidados necessários a pessoa idosa que já sofreu quedas e teve fraturas[8].

Dados do Ministério da Saúde mostraram que o Sistema Único de Saúde (SUS) gastou quase 81 milhões de reais com idosos que sofreram fraturas, só no ano de

2009[8]. Essas lesões traumáticas são no geral processos agressivos à integridade do idoso, sejam elas intencionais ou não[9].

Com o episódio das quedas, percebemos a importância que um ambiente seguro representa a saúde do idoso. Esse ambiente de origem extrínseca deve ter iluminação adequada com lâmpadas de pelo menos 60 watts; degraus de escadas evidentes, delimitados no final e no início; pisos secos, foscos, sem ondulações e possuir antiderrapantes; grades de segurança e adequadamente colocadas no ambiente[6].

Ressalta-se que as quedas interferem de forma negativa na vida do idoso produzindo considerável perda da autonomia e da independência, motivo da importância de identificação dos fatores protetores e potencializadores deste evento ou de repetição dele. Com o reconhecimento destes fatores é possível que os profissionais possam prevenir as quedas ou as consequências causadas por sua ocorrência[10].

Dentre esses profissionais encontram-se os que integram a equipe de enfermagem que planejam as ações de cuidado conforme a necessidade de cada idoso, com vistas ao bem estar deste indivíduo. Cabe ao enfermeiro planejar o cuidado da pessoa idosa, tendo como características a paciência, persistência, atenção e apoio. Essas atitudes valorizam o cuidado[6]. Também nesse cuidado de enfermagem aos idosos devemos incluir à família.

Na prevenção de quedas é essencial que o enfermeiro avalie o ambiente onde o idoso reside, o qual deve ser um local seguro, funcional, confortável e compensador das limitações impostas pelo processo de envelhecimento. Um ambiente adequado para o idoso deve ter: boa ventilação; temperatura ambiente agradável, em torno de 24ºC; iluminação que possibilite a ampliação da visibilidade, sendo, o mais adequado, a instalação de várias fontes de luz fluorescentes; na medida do possível, livre de ruídos do trafego, do motor de aparelhos, do vazamento de torneiras, ou de outros sons estressores e desagradáveis; mobiliário acolhedor, confortável e funcional, com cadeiras firmes, de apoio para os braços e adequada sustentação, estofamento baixo e altura que permita o repouso dos pés sobre o chão[6].

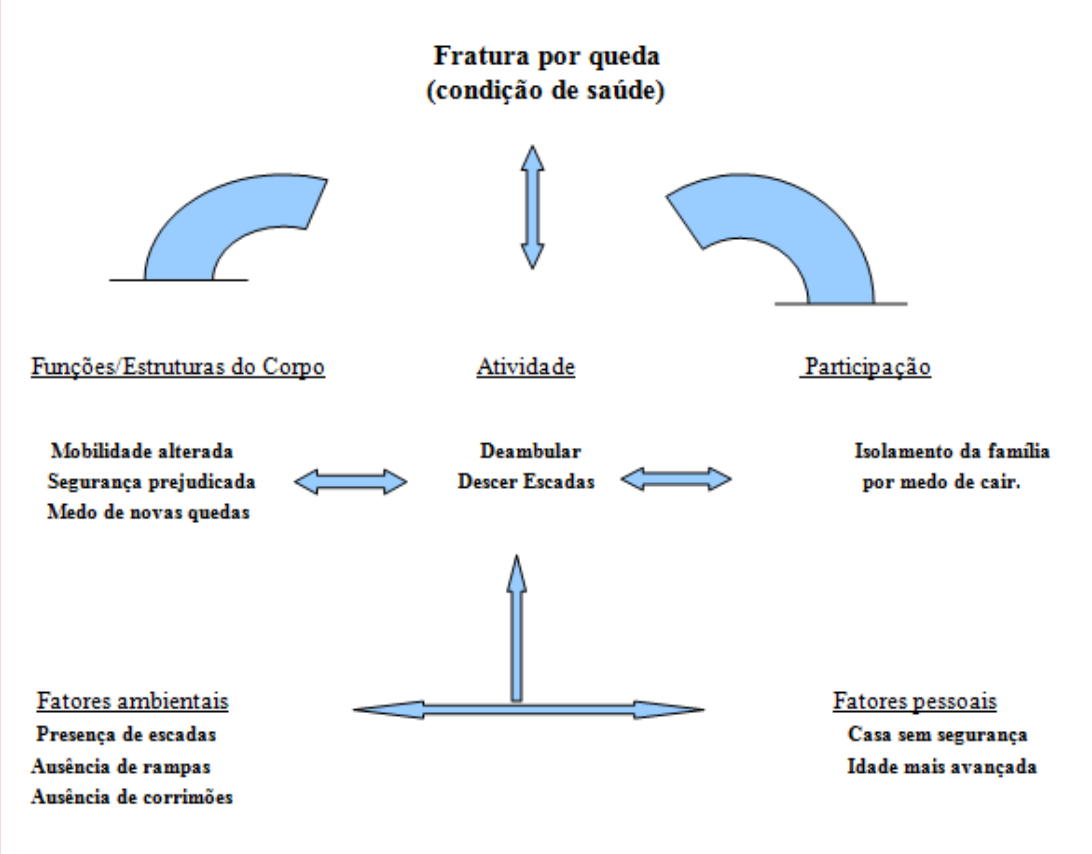
Além das orientações que o enfermeiro fornece ao idoso, é preciso agir, porém, antes de tomar qualquer atitude, é necessário planejar os cuidados de enfermagem que serão aplicados. Uma forma de planejar esse cuidado é utilizando a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde). Essa ferramenta tem como finalidade proporcionar uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde. A classificação define os elementos da saúde e alguns componentes do bem-estar

relacionados com a saúde (tais como educação e trabalho). Estes domínios são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em duas listas básicas: Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação[11].

A Funcionalidade é um termo que junta todas as funções do corpo, atividades e participação, de maneira similar, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação. A CIF pertence à família das classificações internacionais criada pela Organização Mundial da Saúde[11] para aplicação em diversas situações da saúde.

Torna-se importante que o enfermeiro inicie e intensifique o estabelecimento de cuidados voltados a prevenção de quedas em pessoas idosas com o auxilio da utilização de classificações que sirvam de base para o planejamento. Unindo-se os cuidados de enfermagem direcionados às orientações para evitar quedas e a utilização da CIF, talvez fique mais fácil analisar os fatores biopsicossociais, que podem causar estes acidentes. Apresento um diagrama, exemplificando o entendimento das Interações entre os componentes da CIF .

Figura 1. Interação entre os componentes da CIF



Neste diagrama, a funcionalidade de um indivíduo num domínio específico é uma interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais

(fatores ambientais e pessoais). Há uma interação dinâmica entre estas entidades: uma intervenção num elemento pode, potencialmente, modificar um ou vários outros elementos. Estas interações são específicas e nem sempre ocorrem numa relação unívoca previsível. A interação funciona em dois sentidos: a presença da deficiência pode modificar até a própria condição de saúde[11].

OBJETIVO

Objetivo deste estudo foi aplicar um histórico de enfermagem baseado na CIF e elaborar um plano de cuidados para idosos que já sofreram quedas com vistas a prevenção de novas quedas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso clínico[12]. O local do estudo foi o ambulatório de traumatologia do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. O HU constitui o patrimônio da União e a rede de serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como finalidade o ensino, a pesquisa e a extensão. É constituído por 190 leitos, distribuídos em diferentes áreas: pediatria, clínica cirúrgica, clínica médica, maternidade, unidade de tratamento intensivo geral e neonatal e observação, no serviço de pronto atendimento, serviço de traumatologia.

O Ambulatório de Traumatologia do HU é referência no atendimento de traumatologia e ortopedia. Nele são atendidos pacientes de Rio Grande e demais cidades da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

Foram sujeitos do estudo dois idosos, com 70 anos, que estavam recebendo atendimento no Ambulatório de Traumatologia do HU/FURG. Os critérios de inclusão dos sujeitos no estudo foram: estar lúcido e orientado e em condições de responder e interagir com a pesquisadora, estar em atendimento devido à trauma provocado por acidente por queda.

O instrumento utilizado para coleta dados foi um Core Set dos Idosos: short form, elaborado por um pesquisador português e originado da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Este instrumento é formado por duas partes: a primeira diz respeito a identificação e caracterização

sociodemográfica do idoso e a segunda ao core set da CIF que classifica as funções e estruturas do corpo, atividade e participação e fatores ambientais.

Para a coleta de dados as pesquisadoras entraram em contato com a secretária do Ambulatório de Traumatologia que forneceu a lista com os nomes dos pacientes que iriam consultar no dia em que foi realizada a coleta. A partir dessa lista foram selecionados quatro pacientes que apresentavam idade igual ou superior a 60 anos. Destes, um recusou-se a participar do estudo, um não estava consultando por trauma devido à queda e não se enquadrava nos critérios de inclusão e dois aceitaram participar do estudo. Os idosos foram entrevistados utilizando-se o instrumento de coleta de dados.

No histórico de enfermagem, foram identificadas as características definidoras e posteriormente os diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA - I) para cada sujeito. A partir disso se traçou um plano de cuidados utilizando-se a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) para cada sujeito.

Este estudo de caso é um recorte de um estudo maior intitulado "Riscos a novos acidentes por quedas em idosos atendidos em um ambulatório de traumatologia: estudo de caso" que obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e Saúde da FURG com parecer número 18/2013. O projeto de pesquisa seguiu todos os preceitos éticos da resolução 196/96 e os sujeitos receberam e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, ficando uma via com as pesquisadoras e outra com cada sujeito da pesquisa.

RESULTADOS

A seguir serão apresentados o histórico de enfermagem, as características definidoras e diagnósticos de enfermagem identificados e o plano de cuidados para o idosos atendidos no ambulatório de traumatologia.

Idoso I

Histórico de Enfermagem:

I. S. C., 70 anos, sexo feminino, casada, 53 kg, 1,52cm, estudou até o ensino fundamental incompleto, aposentada. A idosa relatou que sofreu a queda quando estava caminhando na calçada e escorregou, como consequência fraturou o membro superior direito; já havia caído anteriormente duas vezes. Referiu que estava com dor com intensidade referente a 10, numa escala de 0 a 10. Tem apoio familiar para auxiliar na

realização de algumas tarefas domésticas que precise utilizar o braço direito, pois tem dificuldade moderada para movimentá-lo.

Diagnósticos de Enfermagem:

- Dor aguda relacionado à queda evidenciado por fratura em membro superior direito;

- Risco de queda relacionado a piso irregular;

- Integridade tissular prejudicada relacionada à queda evidenciado por fratura em membro superior direito.

Intervenções de Enfermagem:

- Assegurar que o paciente receba cuidados de analgesia;
- Investigar com o idoso os fatores que aliviam/pioram a dor;
- Avaliar a eficácia das medidas utilizadas para avaliar a dor;
- Ensinar técnicas não farmacológicas para alivio da dor;
- Encorajar a usar medicamento para a dor;
- Observar e anotar características da dor;
-Não iniciar terapia EV ou retirada de sangue na extremidade afetada;
-Evitar verificar a pressão sanguínea na extremidade afetada;
- Evitar lesão na área afetada;
- Prevenir infecção nas feridas;
- Orientar o paciente e a família sobre proteção contra lesão na área afetada;
- Monitorar modo de andar, o equilíbrio e o nível de fadiga com a deambulação;
- Revisar histórico de quedas;
- Sugerir mudanças ao paciente quanto ao modo de andar.

Idoso II

Histórico de Enfermagem:

M., 70 anos, sexo feminino, solteira, 62kg, 1,63cm, estudou até o ensino médio incompleto, doméstica. Relata que sofreu queda no ambiente de trabalho, o que ocasionou fratura em membro superior direito. Refere que em sua casa o piso é liso, sendo um risco para queda. Estava com dor em M.S.D. com intensidade 7, numa escala de 0 à 10. Na hora da entrevista apresentava-se hipotensa, taquipnéica. Relatou ter dificuldade em realizar algumas tarefas domésticas.

Diagnósticos de Enfermagem:

- Risco de queda relacionado à hipotensão;

- Dor aguda relacionado à queda evidenciado por fratura em membro superior direito.

Intervenções de Enfermagem:

- Identificar características ambientais capazes de aumentar o potencial de quedas;
- Ensinar ao idoso formar de cair para minimizar lesões;
- Orientar que não fique muito tempo sem alimentar-se;
- Informar medidas para aliviar a hipotensão;
- Assegurar que o paciente receba cuidados de analgesia;
- Investigar com o idoso os fatores que aliviam/pioram a dor;
- Avaliar a eficácia das medidas utilizadas para avaliar a dor;
- Ensinar técnicas não farmacológicas para alivio da dor;
- Encorajar a usar medicamento para a dor;
- Observar e anotar características da dor.

DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados foi realizado o processo de enfermagem (PE), o qual é um instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou predizer como a clientela responde às questões de saúde ou aos processos vitais e determinar que aspectos dessas respostas exigem uma ação profissional.

O PE é composto por cinco etapas: 1ª coletas de dados de enfermagem (histórico de enfermagem); 2ª diagnóstico de enfermagem (DE); 3ª planejamento de enfermagem; 4ª implementação e a 5ª avaliação de enfermagem. Neste estudo foram aplicadas as primeiras três etapas do PE[13].

O cuidado de enfermagem para prevenção de quedas enfatiza a promoção da saúde da pessoa idosa, realizando trabalho preventivo, como: adotar medidas e cuidados para evitar fatores de risco. Ressaltando que o cuidado de enfermagem junto ao idoso requer diálogo permanente. Para uma melhor avaliação do enfermeiro é necessário que ele saiba como é o ambiente em que esse idoso vive, como é sua alimentação, para orientá-lo a evitar novas quedas e ter uma melhor qualidade de vida[6].

O histórico de enfermagem – etapa do PE que objetiva obter dados sobre o ser humano[13] - realizado a partir de um instrumento baseado na CIF foi muito útil pois auxilio na identificação dos fatores ambientais que podem levar a ocorrência de quedas nos idosos.

A identificação de DEs que surgiram da interpretação e agrupamento dos dados coletados, direcionando a um título e depois a um conceito diagnóstico, representa as respostas dos idosos[13]. A partir do estabelecimento dos DEs, pode-se estabelecer ações com vistas a prevenção das quedas.

As intervenções de enfermagem (ações de enfermagem que atenderam as respostas do ser humano) foram identificadas a partir da determinação dos resultados que se espera alcançar para prevenir as quedas e das ações de enfermagem que atenderam as respostas do ser humano[13]. A aplicação do PE mostrou-se útil para estabelecer ações de enfermagem com vistas à prevenção de quedas.

CONCLUSÃO

O PE é um instrumento científico que ajuda o enfermeiro a organizar, sistematizar e conceituar a prática de enfermagem[14]. Diante do seu valor apresentou-se uma proposta de PE direcionado à prevenção de quedas em idosos atendidos no Ambulatório de Traumatologia do HU.

O PE proporciona ao enfermeiro a possibilidade da prestação de cuidados individualizados, focado nas reais necessidades humanas básicas, do idoso e, além de ser aplicado à assistência, pode facilitar a tomada de decisões em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro como gerenciador da equipe de enfermagem[15].

IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

As quedas são eventos que podem comprometer muito a funcionalidade dos idosos. Desse modo, a realização desses estudos de caso com a elaboração de um plano de cuidados para os idosos atendidos no Ambulatório de Traumatologia pode favorecer a prevenção de quedas futuras. A utilização do histórico de enfermagem baseado na CIF permite identificar os fatores intrínsecos e extrínsecos que podem levar a ocorrência de quedas nos idosos. O enfermeiro deve saber identificar esses fatores e agir de forma a prevenir a ocorrência de quedas.

O estudo possibilitou contribuições para a enfermagem, no sentido de sensibilizar a equipe para a importância do PE, com o objetivo de avaliar os riscos de acidentes por quedas para os idosos. Essa pesquisa poderá ser uma oportunidade de desvelamento do cuidado integral aos idosos; com isso a equipe de enfermagem poderá compreender melhor o cuidado direcionado aos idosos que já sofreram trauma por quedas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. Brasília-DF, 2006.

2. Ganança FF, Gazolla JM, Ganança CF, Caovilla HH, Ganança MM, et. al. Quedas em idosos com vertigens posicional paroxística benigna. Braz J. Otorhinolaryngol. 2010; 76(1):113-20.

3. Brasil, Ministério da Saúde. Dicas em Saúde [Internet]. 2009 [Acesso em 14 de set 2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/184queda_idosos.html.

4. Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTB, Bastos RR, et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. Rev. Saúde Pública. 2012;46(1):138-46.

5. Pimentel MR, Scheircher ME. Comparação do risco de queda em idosos sedentários e ativos por meio da escala de equilíbrio de Berg. Fisioterapia e pesquisa. 2009;16: 6-10.

6. Freitas R, Santos SSC, Hammerschmidt KS, Silva ME, Pelzer MT. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. Rev. Bras Enferm. 2011;64(3):478-85.

7. Viana JU, Oliveira MC, Magalhães TV. Quedas intra-hospitalares na santa casa de Belo Horizonte MG são adequadamente relatadas? Fisioterapia e Pesquisa. 2011;18(1):72-8.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.213, de 20 de dezembro de 2007 [Internet]. [Acesso em 15 de out 2012]. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3213_20_12_2007.html

9. Biazin DT, Rodrigues RAP. Perfil dos idosos que sofreram trauma em Londrina. Rev. Esc.Enferm USP. 2009; 43(3): 602-8.

10. Ricci NA, Gonçalves DFF, Coimbra IB, Coimbra AMV. Fatores associados ao histórico de quedas de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família. Saúde Soc.2010;19(4): 898-909.

11. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade. Organização Mundial da Saúde e Direção Geral da Saúde. 2003

12. Yin RK. Estudo de caso*:* planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Ed. Bookman, 2010.

13. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. Rio de Janeiro: COFEN; 2010 [cited 2011 mar 16]. Resolução COFEN Nº 358 de outubro de 2009: dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e implementação do processo de enfermagem. Available from: http://site.portalcofen.gov.br/node/4241.

14. Becker TAC, Teixeira CRS, Zenetti ML. Diagnósticos de enfermagem em pacientes diabéticos em uso de insulina. Rev. Bras. Enferm. 2008; 61(6): 847-52.

15. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Rev. Bras. Enferm. 2005; 58(3):261-5.

RECURSO VISUAL NA SAÚDE DO TRABALHADOR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vitória Wonghon Ribeiro[140]; Marlise Capa Verde de Almeida[141]; Laurelize Pereira Rocha[142]; Diéssica Roggia Piexak[143]; José Nicolas Ribeiro Telles[144];Marta Regina Cezar-Vaz[145]

INTRODUÇÃO: As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Enfermagem (DCENF)[1] foram oficialmente publicadas na Resolução CNE/CES Nº 03 de 7 de novembro de 2001, norteando elementos conceituais, filosóficos e metodológicos que possam subsidiar o processo de educação em Enfermagem. Direcionam estratégias de ensino e aprendizado, motivando uma nova proposta para a formação dos enfermeiros. Nessa perspectiva, a implantação da mesma possibilita o desenvolvimento de enfermeiros críticos, reflexivos e com conhecimento científico, competentes para atuar em diversos cenários[2]. Junto a isso, podemos visualizar a participação de estudantes de graduação em enfermagem nos grupos de pesquisa. Esses grupos oferecem suporte de infraestrutura para o desenvolvimento de atividades de pesquisa e oportunizam o trabalho integrado[3-4]. Nesse contexto, ressalta-se a importância da atividade de iniciação cientifica, a qual contribui para a construção do 'ser' profissional durante a graduação e prepara o acadêmico para a pós-graduação, assim como, para o mercado de trabalho por meio das competências adquiridas. O incentivo a pesquisa mostra a constante necessidade da busca por conhecimento e incrementa o desenvolvimento do trabalho e da assistência de enfermagem[5]. Uma das áreas de conhecimento para a formação do profissional Enfermeiro e de atuação na pesquisa é a saúde do trabalhador, nesta a Enfermagem atua diretamente na prevenção de riscos, agravos, doenças ocupacionais e acidentes de trabalho; promoção e reabilitação da saúde. A Enfermagem dispõe de diferentes recursos e tecnologias que proporcionam desenvolver estratégias direcionadas a saúde do trabalhador, entre elas

[140]Acadêmica do 6º semestre da Escola de Enfermagem da FURG. Bolsista de Iniciação Científica CNPq. Integrante do LAMSA. wonghonv@yahoo.com.br
[141]Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf/FURG). Bolsista FAPERGS. Integrante do LAMSA.
[142]Mestre em Enfermagem. Doutoranda do PPGEnf/FURG. Integrante do LAMSA.
[143]Mestre em Enfermagem. Doutoranda do PPGEnf/FURG. Bolsista CAPES/REUNI. Integrante do LAMSA.
[144]Acadêmico do 7º semestre da Escola de Enfermagem da FURG. Bolsista de Iniciação tecnológica FAPERGS. Integrante do LAMSA
[145]Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Associada III da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Coordenadora do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA) cezar-vaz@vetorial.net

destaca-se o recurso visual, que permite abranger maior número de pessoas com orientações em saúde. Nesta perspectiva, o Laboratório Socioambiental em Saúde do Trabalhador (LASTRA) dispõe de uma estrutura física – uma vitrine – para a exposição de manequins ilustrativos, os quais objetivam representar diferentes categorias de trabalhadores e relacionar as características do trabalho, riscos, utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e Equipamento de proteção Coletiva (EPC), bem como legislação e literatura correspondente, proporcionando assim informações ao público a cerca da realidade representada. Nesse contexto, o bolsista de iniciação participa da elaboração dessas atividades juntamente ao grupo de pesquisa. Este trabalho **objetivou** relatar a experiência de bolsistas de iniciação científica como participantes da construção de recurso visual em saúde do trabalhador. **METODOLOGIA**: Para a realização dessa prática foram firmadas parcerias entre o Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA), a Escola de Engenharia e o Serviço de Segurança do Trabalho da Universidade Federal do Rio Grande-FURG. A aquisição da vitrine foi mediada pelo LAMSA, conjuntamente à Escola de Engenharia. Consecutivamente, a alocação da vitrine foi nas proximidades do LASTRA, local em que há significativa circulação de profissionais atuantes em diversas áreas do conhecimento, bem como do público em geral. Já o Serviço de Segurança do Trabalho da FURG disponibilizou o manequim, os EPIs e as vestimentas relativas ao trabalhador bombeiro, por meio do qual se iniciou a construção da estratégia visual de atuação do LASTRA. **RESULTADOS:** Entre os resultadosalcançados, como bolsista de iniciação científica, estão à construção do conhecimento acerca do trabalhador bombeiro, a colaboração para a visibilidade da saúde do trabalhador enquanto área de atuação da Enfermagem, despertando o interesse de outros acadêmicos e do público em geral sobre essa temática ao visualizarem a vitrine, e a integração e interação de graduação e pós-graduação e a busca teórica na literatura científica acerca da temática, tudo isso possibilita o desenvolvimento de competências e habilidades frente à pesquisa, prática e extensão. Que vai ao encontro as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Enfermagem (DCENF) porquanto que possuem como norma o desenvolvimento de habilidades do acadêmico de Enfermagem durante a graduação, reconhecendo a influência do trabalho na saúde e assim intervindo nos processos de trabalho com prevenção de doenças, promoção e intervenções em saúde planejadas[1]. Os bolsistas, de iniciação cientifica, colaboraram com a construção de um banner ilustrativo e explicativo que conteve um estudo acerca da profissão Bombeiro (homem e mulher) onde foram utilizadas

referências como a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), a Norma Regulamentadora 15, a Lei nº 11.901 de 12 de janeiro de 2009, e autores específicos da temática. O mesmo foi posicionado ao lado do manequim para explicar a importância do bombeiro e como a Enfermagem pode atuar junto a esses profissionais. Como continuidade do trabalho na vitrine, o próximo profissional a ser exposto será o soldador. O mesmo já foi, e ainda é objeto de estudo do LAMSA, sendo assim, o Laboratório disponibiliza a vestimenta e os equipamentos do trabalhador, como forma de difundir os estudos na área. **CONCLUSÕES:** Identifica-se extrema importância a vinculação do acadêmico da graduação de enfermagem dentro de um grupo de pesquisa, onde há diversos membros de outros níveis de formação (mestrado, doutorado), no desenvolvimento de atividades relacionadas à pesquisa científica, como a elaboração do recurso visual para visibilidade da Enfermagem do Trabalho, pois se entende que essa articulação proporciona o desenvolvimento de raciocínio e reflexão crítica para o bolsista, trazendo ao mesmo destaque pelas suas habilidades adquiridas durante essa trajetória de iniciação. Como o próprio nome refere, a iniciação científica é um começo no mundo da pesquisa, podendo dar continuidade a esse caminho na pós-graduação, dando sequencia aos trabalhos realizados, bem como na aprendizagem. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A participação do graduando no grupo de pesquisa contribuitanto para a investigação em Enfermagem quanto para a elaboração de recursos educativos e explicativos nesta área, promovendo educação em saúde e mostrando a importância e da atuação da Enfermagem junto ao trabalhador frente a prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Descritores: Enfermagem, saúde do trabalhador, tecnologia educacional

REFERÊNCIAS:

1- Conselho Nacional de Educação, Câmara de educação Superior. Resolução n.3, de 7 de novembro de 2001: Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da Republica Federativa da União. Brasília (DF): 09 de nov 2001: Seção 1:37.

2- Fernandes JD, Xavier IM, Caribelli MIOF, Bianco MHC, Maeda D, Rodrigues MVC. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. Rev Esc Enferm USP 2005; 39(4):443-9.

3- Krahl M, Sobiesiak EF, Poletto DS, Casarin RG, Knopf LA, Carvalho J, Motta LA. Experiência dos acadêmicos de enfermagem em um grupo de pesquisa. Ver Bras Enferm, Brasília 2009 jan-fev; 62(1): 146-50.

4- Erdmann AL, Lanzoni GMM. Características dos grupos de pesquisa da enfermagem brasileira certificados pelo CNPq de 2005 a 2007. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 jun; 12 (2): 316 - 22.

5- Erdmann AL, Leite JL, Nascimento KC,Lanzoni GMM. Vislumbrando o significado da iniciação científica a partir do graduando de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2010 jan-mar; 14 (1): 26-32

RELATO DE EXPERIÊNCIA: A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA DE HIGIENE ORAL EM PACIENTES DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

EXPERIENCE REPORT: THE IMPORTANCE OF ORAL HYGIENE PRACTICE OF PATIENTS IN THE INTENSIVE CARE UNIT.

Daniela de Freitas Rodrigues[146]; Paula Pereira de Figueiredo[147]; Julie Mirapalheta dos Santos[148]; Priscila Munhoz Duarte[149]; Suelen da Cunha Dias[150]; Andreia Martins de Oliveira[151]

RESUMO: Tradicionalmente a prática de higiene bucal compõe a higiene corporal como um todo e constitui um dos mais importantes cuidados de enfermagem, no entanto esta prática em especial é pouco valorizada dentro do sistema hospitalar, mesmo sendo fundamental para a manutenção do bem estar geral do paciente. Neste sentido, este estudo constitui um relato de experiência sobre a prática de higiene bucal em pacientes da Unidade de Terapia Intensiva, explorada por acadêmicas de enfermagem do quinto semestre da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, no Hospital de Ensino Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior. A vivência surgiu a partir da prática de ensino curricular obrigatória da disciplina de Assistência de Enfermagem ao Adulto nas Intercorrências Clínicas e aos cuidados prestados frente à técnica de higiene oral. A partir disso, objetiva-se refletir sobre a técnica de higiene bucal e à importância do procedimento para os pacientes da Unidade de Terapia Intensiva.

Descritores: Enfermagem, Higiene bucal, Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT: Traditionally, the practice of oral hygiene makes up the human body as a whole and is one of the most important nursing care, however this practice is particularly undervalued within the hospital system, it is fundamental to maintain the

[146]Acadêmica do sexto semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande – FURG. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES). Bolsista FAPERGS. Membro do grupo Viver Mulher. E-mail: danifrer@hotmail.com

[147] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande – FURG. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde (GEPOTES). E-mail: paulafigueiredo@furg.br.

[148]Acadêmica do sexto semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande – FURG. Bolsista do PET saúde. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (NEPES). Membro do grupo Viver Mulher.

[149] Acadêmica do sexto semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Bolsista do PET saúde. Membro do grupo Viver Mulher.

[150]Enfermeira. Especialista Multiprofissional em Saúde da Família. Mestranda do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA)

151 Acadêmica do sexto semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande– FURG. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (NEPES).

general welfare of the patient. In this sense this study is an experience report on the practice of oral hygiene among patients in the Intensive Care Unit, operated by nursing students of the fifth semester of the Federal University of Rio Grande - FURG in Teaching Hospital Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior. The experience came from the stage compulsory curriculum related to the discipline of nursing care in the Adult Clinical complications and care across the technique of oral hygiene. From this, the objective is to reflect on the technique of oral hygiene and the importance of the procedure for patients of the Intensive Care Unit.

INTRODUÇÃO

A higiene bucal é uma prática importante para manutenção da saúde e conforto dos pacientes. Os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em especial, os submetidos à ventilação mecânica, são indivíduos susceptíveis a infecções oportunistas, e devido a isso se torna fundamental a atuação do enfermeiro no cuidado deles. Negligenciar o cuidado com a higiene bucal torna a orofaringe um ambiente propício para a proliferação de microrganismo, pois a manutenção da saúde bucal é um importante meio para a condição de saúde de pacientes hospitalizados, por existir uma estreita relação entre infecções bucais e doenças sistêmicas. Os mecanismos de infecções que podem ser citados são: aspiração pelo pulmão de patógenos orais capazes de causar pneumonia; colonização da placa dentária por patógenos respiratórios seguida da aspiração e facilidade da colonização dos patógenos periodontais na via aérea superior9.

A higiene oral é considerada um procedimento básico em UTI, com o objetivo de manter a mucosa oral do paciente saudável. Tal procedimento é necessário para obter e manter a limpeza, prevenir infecções, manter a mucosa oral úmida e promover o conforto ao paciente. Vários aspectos comprometem a higienização da cavidade bucal e favorecem ainda mais o crescimento microbiano, como a dificuldade e/ou impossibilidade do autocuidado, a presença do tubo traqueal, que dificulta o acesso à cavidade bucal, e a consequente formação de biofilme placa dentária 6,7,8. Os pacientes hospitalizados, bem como os internados em UTI's devem receber cuidados especiais e constantes, não só para tratar o problema que o levou a internação, mas também para cuidar dos demais órgãos e sistemas que se encontram funcionantes e nestes evitar que alguma injúria se instale que venha a ser prejudicial para a sua recuperação e bom prognóstico. Cabe destacar que no ambiente hospitalar o cuidado cotidiano de higiene e

conforto, incluindo da cavidade oral, é uma atribuição de enfermagem, o que torna este profissional o responsável por executar este cuidado.

A negação de tal prática pode expor o paciente, pois a higiene aumenta a colonização de bactérias aproximando o limiar entre saúde e doença e, como consequência este indivíduo sofrerá complicações que poderão vir a prejudicar o seu estado geral. O paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva necessita de cuidados de excelência focados na fisiopatologia da doença e nas necessidades humanas básicas. Diante disso, ter uma equipe multiprofissional atuante que consiga ter uma compreensão holística do paciente, ou seja, que saiba avaliar quais são as necessidades e a quais agentes etiológicos esta pessoa está exposta, contribui de forma positiva na evolução do quadro e na possível melhora deste, pois a partir do momento em que se reduz o leque de microrganismos às quais este indivíduo está exposto menor serão as chances de ele desenvolver outras complicações, principalmente as respiratórias, que são comuns neste ambiente. Portanto, dentre tais cuidados, é essencial que pacientes de UTI sejam submetidos à prática de higiene oral durante a sua internação com o objetivo de prevenir a instalação de patologias orais e possíveis complicações de doenças orais já existentes1.

No período de 24 horas sem limpeza da cavidade oral é possível detectar clinicamente uma camada de placa e a ausência ou técnica de higiene bucal adotada estará intimamente relacionada ao número e a espécie de microrganismos encontrados na cavidade oral2. A placa dental é composta basicamente por bactérias anaeróbias e filamentos que aderem às superfícies dentais, gengivas, língua, interior da própria cavidade bucal e próteses dentárias4. Estudos realizados a partir da placa dental e da mucosa oral de um grupo de pacientes da UTI avaliaram a prevalência de patógenos respiratórios colonizadores da boca, os autores observaram que em 65% dos pacientes examinados, a placa e a mucosa bucal apresentavam patógenos respiratórios, entre eles Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa e 10 gêneros de bacilos gram-negativos. Sendo que tais pacientes apresentavam higiene oral deficiente, o que pode, segundo o autor, influenciar na colonização da orofaringe por microorganismos respiratórios e também há a hipótese de que a flora normal da boca seja alterada devido a enzimas que presentes na superfície da mucosa, o que a deixa mais favorável à aderência desses patógenos3.

O agente bacteriano encontrado dependerá do tempo de internação, do uso de antimicrobianos, da susceptibilidade do hospedeiro e da microbiótica da UTI. Bacilos gram-negativos (Pseudomonas aeruginosa, Proteus spp., Acinetobacter spp.) e

Staphylococcus aureus são freqüentemente isolados14, 15.Cabe destacar que, o tratamento da orofaringe e a manutenção de uma higiene favorável, são procedimentos difíceis de serem realizados em pacientes sob cuidados intensivos, principalmente naqueles que fazem uso de ventilação mecânica, devido ao difícil acesso à cavidade oral, além disso, pacientes com tubo traqueal são mais propensos a desenvolverem a colonização de microorganismos, em função da mucosa estar em contato com outros materiais, como, fitas, afastadores bucais e tubos.

A posição do tubo e de outros materiais de suporte pode dificultar a visualização da cavidade oral e limitar o acesso influenciando negativamente processo de higiene5. Destacam-se, ainda, como fatores que dificultam a realização da técnica de higiene oral pelos enfermeiros: a falta de conhecimento sobre a realização do procedimento e qual a sua importância; a relutância para manipular o aparato necessário à respiração do paciente; a falta de tempo e a falta de recursos necessários, como, por exemplo, sugadores, antissépticos e raspadores de língua.

Além desses recursos, algumas estratégias para prevenir a colonização de bactérias são adotadas como, por exemplo, a aplicação de antibióticos tópicos não absorvíveis. Entretanto, o uso contínuo de antibióticos profiláticos aumenta o risco da seleção de microrganismos resistentes. Paralelamente, o uso de antissépticos também tem sido alvo de investigação, dentre eles está a clorexidina, sendo caracterizada como um agente antimicrobiano com amplo espectro de atividade contra gram-positivos, incluindo o S. aureus resistente à oxacilina e o Enterococcus sp. resistente à vancomicina, e com menor eficácia contra gram-negativos. É absorvida pelos tecidos, ocasionando um efeito residual ao longo do tempo, apresentando atividade mesmo 5 h após a aplicação.

Em função de tais fatos, tivemos como objetivo: refletir sobre a técnica de higiene oral e a importância da sua prática na Unidade de Terapia Intensiva.

METODOLOGIA:

Neste sentido este estudo constitui um relato de experiência que descreve uma prática de ensino curricular obrigatória de acadêmicas de enfermagem do quinto semestre da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, referente à disciplina de Assistência de Enfermagem ao Adulto nas Intercorrências Clínicas, realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI Geral, adulto) do Hospital de Ensino Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, no município do Rio Grande - RS.

A prática de ensino teve duração de cinco semanas, no período de 20 de março a 03 de abril de 2013, realizada todas as quartas e quintas feiras, no turno da manhã. Durante este período, realizamos o cuidado integral de vinte pacientes, incluindo verificação de sinais vitais, administração de medicação, aspiração traqueal e orofaríngea, curativos, higiene ocular, higiene oral, banho de leito, evolução de enfermagem, entre outros. A partir de tais vivências, observamos que a realização da higiene oral em pacientes da UTI não se resume apenas ao conforto proporcionado ao paciente, ponderando que a microbiota da cavidade bucal representa uma ameaça aos pacientes críticos, por isso a técnica também previne contra o desenvolvimento de infecções oportunistas, que podem levar o paciente ao óbito. Para isso, ficou evidente que o profissional de enfermagem, primeiramente, deve ter conhecimento acerca das consequências da realização do procedimento de maneira adequada e de sua importância para o prognóstico do paciente.

Além disso, durante as atividades realizadas por nós, podemos concluir que fazer uma avaliação geral do paciente, dando importância para aspectos como, a condição clínica do paciente, riscos de sangramentos, lesões na cavidade bucal, abertura da boca, nível de sedação e de consciência do paciente, presença ou não de dentes, de traqueostomia, tubo endotraqueal e sonda, são fundamentais para o momento da realização da higiene oral. Aprendemos quão relevante é a frequência na qual o procedimento é realizado, pois a cavidade oral é um potencial reservatório de patógenos respiratórios, por se tratar de um ambiente de colonização de placa dentária e que a secreção oral é facilmente aspirada para os pulmões, para isso observamos que realizar a técnica uma vez ao dia na rotina do banho de leito não é satisfatória para redução dos riscos de complicações sistêmicas.

Logo, é importante realizar a higiene oral uma vez ao dia, junto ao banho e, sempre que o paciente apresentar secreção oral, nesta situação se faz a aspiração oral e após a higiene. Junto a isso, cabe ter atenção com a posição do paciente no leito, durante a realização do procedimento, com o objetivo de não correr o risco de que ele aspire a secreção oral para os pulmões. A utilização do antimicrobiano, a clorexidina, é fundamental para a higiene geral da mucosa, incluindo dentes e língua. No entanto, para se alcançar o objetivo de retirar o acúmulo de bactérias evidenciadas pelas placas dentárias não basta somente passar uma gaze embebida em clorexidina. É preciso fazer uma higiene geral, pois a placa se deposita em diversas regiões da mucosa e, por isso, realizar a higiene da língua também faz parte da técnica.

RESULTADOS E DISCUSSÕES:

A partir do aprendizado foi possível formular opiniões a respeito da importância da higiene bucal e, em função disso, cabe ressaltar que apesar de ser uma atribuição do enfermeiro, parece que para esses profissionais tal procedimento não é tão relevante, levando em consideração à atenção que é dada a técnica ou até mesmo a sua abstenção.

Destacamos, ainda, a falta de registros no prontuário dos pacientes sobre diagnósticos de enfermagem, prescrições e condutas sobre o tema abordado. Salientamos estes registros tendo em vista o seu potencial de fortalecer a realização e a visibilidade do desenvolvimento de cuidados individualizados, não tratando as necessidades do coletivo e sim, dando a importância para a necessidade de cada usuário, o que pode fornecer uma melhor qualidade na conduta abordada para cada pessoa.

Cabe, ainda, salientar que como acadêmicas de enfermagem observamos que, na UTI, devido aos cuidados complexos dispensados aos pacientes, a higiene oral parece ser deixada em segundo plano, sendo pouco cobrada, não valorizada e subestimada pela equipe de enfermagem. A realização de programas de educação sobre a temática são pouco difundidos e valorizados nas instituições de saúde, uma vez que estudantes e profissionais de saúde possuem pouco conhecimento sobre o assunto, pois a prática de higiene oral é vista como um procedimento simples.

Resultados observados evidenciaram que a opção por determinado produto, intervenção e técnica aplicada encontra-se baseada no conhecimento empírico e na disponibilidade momentânea de material na instituição do que em evidências científicas13. O que fortalece o entendimento sobre a importância dada para este cuidado, pois observamos que os profissionais de enfermagem dispensavam este cuidado, podendo não correlacionar tal medida como sendo preventiva para as possíveis doenças sistêmicas, como é o caso de pneumonia nasocomial, que é uma infecção frequente entre os pacientes deste tipo de unidade.

CONCLUSÕES:

Conclui-se que o desenvolvimento de medidas de prevenção corrobora para diminuir as infecções hospitalares de forma expressiva e sustentada, trazendo segurança e qualidade na assistência integral do individuo. Diante disso, é recomendado reavaliar a frequência e a aplicação da técnica de higiene bucal pela equipe de enfermagem, bem como a implantação de um método de avaliação das condições da cavidade bucal do

paciente, no momento da internação até a alta da unidade, para que se tenham parâmetros da evolução da mesma. Também seria relevante resgatar a Sistematização da Assistência de Enfermagem e, especificamente, o protocolo assistencial existente na instituição acerca da técnica da higiene oral, retomando-se a partir de evidências científicas mais atualizadas, o material usado, a solução antisséptica e a frequência de realização.

Além disso, destaca-se a importância do registro da evolução de enfermagem no prontuário do paciente, o que pode proporcionar aos demais integrantes da equipe informações relevantes ao tratamento, as quais permitam trazer correlações com doenças sistêmicas, ou até mesmo, técnicas que estão sendo aplicadas que apresentam resultados positivos desde sua implementação. A revisão das práticas preventivas é essencial para a redução de infecções em pacientes em estado crítico. Assim, a higiene bucal com antimicrobianos, bem como a remoção da placa dental deve ser frisada para o entendimento dos demais integrantes da equipe de enfermagem. Os enfermeiros devem promover treinamentos, nos quais fortaleçam a importância da prática de higiene oral, objetivando implementar uma rotina frequente e com responsabilidade dentro da unidade, atribuindo à equipe de enfermagem a adesão da técnica correta da higiene bucal.

Contribuições para a enfermagem: Verificou-se com o trabalho que a enfermagem necessita ultrapassar as rotinas que são enraizadas durante o processo de trabalho, pois a execução de atividades repetitivas, passam a perder a importância ao longo do tempo. No entanto, se tratando de seres humanos é necessário o desenvolvimento de ações que especializem os profissionais e que os estimulem a exporem ideias através de discussões entre os membros da equipe, destacando, assim, aspectos que sistematizem a assistência, através de novas técnicas de enfermagem para a higiene bucal dos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva.

Diante de tais fatos, os integrantes da equipe de enfermagem precisam ter uma visão crítica sobre o tema, auxiliando, assim, no planejamento e execução do cuidado. Junto a isso, cabe ressaltar que a realização da prática curricular obrigatória nesta unidade foi de grande importância teórica e prática, possibilitando que nós, como acadêmicas de enfermagem, desenvolvamos um conhecimento crítico sobre a importância da realização da higiene oral e quais implicações clínicas serão resultados da falta desta ação, além do trabalho em equipe fortalecido pelas práticas executadas dentro dessa unidade.

REFERÊNCIAS

1. Morais TMN, Silva A, Avi ALRO, Souza PHR, Knobel E, Camargo LFA. A importância da atuação odontológicaem pacientes internados em unidade de terapia intensiva:[revisão]. Rev Bras Ter Intensiva. 2006;18(4):412-7.

2. Lindhe J. Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral. 3a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

3. Scannapieco FA, Papandonatos GD, Dunford RG. Associations between oral conditions and respiratory disease in a national sample survey population. Ann Periodontol. 1998;3(1):251-6.

4. Silveira, IR; Maia, FDOM; Gnatta, JR; Lacerda, RA. Higiene bucal: prática relevante na prevenção de pneumonia hospitalar em pacientes em estado crítico. Acta Paul Enferm 2010;23(5):697-700

5. McNeill HE. Biting back at poor oral hygiene. Intensive Crit Care Nurs. 2000;16(6):367-72.

6. Brennan MT, Bahrani-Mougeot F, Fox PC, Kennedy TP, Hopkins S, Boucher RC, et al. The role of oral microbial colonization in ventilator-associated pneumonia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2004;98(6):665-72.

7. Okuda M, Kaneko Y, Ichinohe T, Ishihara K, Okuda K. Reduction of potential respiratory pathogens by oral hygienic treatment in patients undergoing endotracheal anesthesia. J Anesth. 2003;17(2):84-91.

8. Fourrier, F; Cau-Pottier, E; Boutigny, H; Roussel-Delvallez, M; Jourdain, M; Chopin C. Effects of dental plaque antiseptic decontamination on bacterial colonization and nosocomial infections in critically ill patients. Intensive Care Med. 2000;26(9):1239-47.
9. Mojon P, Budtz-Jørgensen E, Michel JP, Limeback H. Oral health and history of respiratory tract infection in frail institutionalised elders. Gerodontology. 1997;14(1):9-16.

10. Eldridge KR, Finnie SF, Stephens JA, Mauad AM, Munoz CA, Kettering JD. Efficacy of an alcohol-free chlorhexidine mouthrinse as an antimicrobial agent. J Prosthet Dent. 1998; 80(6):685-90.

11. Eaton KA; Rimini FM; Zak E; Brookman DJ; Hopkins LM; Cannell PJ. The effects of a 0.12% chlorhexidine-digluconate-containing mouthrinse versus a placebo on plaque and gingival inflammation over a 3-month period. A multicentre study carried out in general dental practices. J Clin Periodontol. 1997; 24(3):189-97

12. Beraldo CC; Andrade D. Higiene bucal com clorexidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. J Bras Pneumol. 2008;34(9):707-714.

13. Viana R. Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 342-51.

14. Bassin AS, Niederman MS. New approaches to prevention and treatment of nosocomial pneumonia. Semin Thorac Cardiovasc Surg. 1995;7(2):70-7.

15. George DL. Epidemiology of nosocomial pneumonia in intensive care unit patients. Clin Chest Med. 1995;16(1):29-44.

O TRABALHO DA ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE TERMINALIDADE

Dutra, Jaqueline Rodrigues[152]; Strasburg, Aline[153]; Gomes, Giovana Calcagno [154],Chagas, Maria Cristina Da Silveira[155]; Pacheco, Bruna[156]

INTRODUÇÃO: O exercício profissional da enfermagem abrange atividades voltadas à assistência, ao ensino, à pesquisa e à extensão. Os conhecimentos técnicos e científicos da Enfermagem devem ser utilizados para o enfrentamento do desafio de prevenir doenças, promover e recuperar a saúde das pessoas. Embora seja oferecido um bom cuidado pela Equipe de Saúde no hospital, nem sempre é possível reabilitar a saúde das pessoas que se encontram enfermas, porém é possível fornecer-lhes um atendimento de qualidade. Entre essas pessoas encontram-se o paciente terminal. Considera-se paciente terminal aquele com uma enfermidade incurável ou que se encontra em processo irreversível de morte, evoluindo inevitavelmente para o óbito, independente das medidas empregadas[1]. **OBJETIVO**: Refletir acerca do trabalho que a enfermagem realiza frente ao paciente em situação de terminalidade. **METODOLOGIA**: Trata-se de uma reflexão teórica realizada na Faculdade Anhanguera Educacional da cidade de Rio Grande, RS em 2012. Refletiu-se acerca do conceito de cuidados paliativos, das etapas da terminalidade e acerca do preparo do profissional de enfermagem para o cuidado ao paciente terminal. **RESULTADOS**: Em relação ao conceito de cuidados paliativos e das etapas da terminalidade, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, Cuidados Paliativos consistem na 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, da avaliação impecável e do tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais do paciente. A arte de fazer enfermagem com qualidade é que se pode ajudar o paciente em todos os momentos, dando apoio emocional, pois nessa

152 Acadêmica de Enfermagem, Anhanguera Educacional Rio Grande RS , jakedio@hotmail.com
153 Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Rio Grande (2007). Especialista em Administração Hospitalar (Anhanguera Pelotas/2010) e Especialista em Saúde da Família (FURG). Mestre em Enfermagem/FURG.
154 Dra. em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente – GEPESCA/ FURG. giovanacalcagno@furg.br
155 Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Especialista em Enfermagem do Trabalho-UNINTER , Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde da Criança e Adolescente/ GEPESCA. E-mail: maria25cris@yahoo.com.br
156 Enfermeira, Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde da Criança e Adolescente/ GEPESCA. E-mail enf.bruna.pacheco@hotmail.com

situação ele se torna mais receptivo podendo perceber cada palavra e emoção que o cerca1,3. É importante se aproximar, tocar, segurar sua mão, transmitir amor, segurança, falar palavras de conforto, procurar saber assuntos que o interessam e que lhes faça se sentir melhor. Também se deve respeitar sua raça, cultura e religião; oferecer visita religiosa para que possa ter em seus últimos momentos conforto espiritual, amenizando seus sentimentos de medo e solidão4. Deve-se ser atencioso com o paciente, pois muitas vezes o profissional evita sua presença por não saber o que dizer-lhe. Mesmo rodeado de pessoas o paciente terminal pode sentir-se sozinho, ter medo e angústia pela situação vivida. É importante conhecer as etapas a serem vivenciadas pelos pacientes terminais5. Segundo Elizabeth Kübler-Ross, psiquiatra suíça, pessoas quando recebem a notícia que estão com uma doença incurável passam por cinco fases. Porém ainda que, estas fases, em geral, possam ocorrer na ordem seguinte apresentada, reações que tipificam cada uma delas podem coexistir em um mesmo momento. Kübler ainda fala que nem todos pacientes enfrentam todos os estágios. São esses os estágios vividos pelo paciente terminal: 1º Negação: O paciente nega a realidade que esta acontecendo naquele momento. Até mesmo pensa que há erros da parte dos profissionais que o atenderam. Expressões como "Não pode ser verdade", "Não aceito", "Será que não foram trocados os exames?", são comuns nessa fase inicial. É importante a presença e apoio dos profissionais e principalmente da família; 2º Revolta: Nesse momento ele admite estar doente, mas a raiva toma conta de seus sentimentos com tudo e com todos. É uma fase muito difícil de lidar com o paciente, pois ele desconta toda sua ira na família e, também, na equipe de saúde. É comum o uso de expressões típicas como "Porque eu?"; 3º Barganha: Ele faz promessas, tenta negociar principalmente com Deus, por exemplo: "Se eu for curado vou fazer caridade." Mas, quando percebe que não será atendido, pode entrar na próxima fase; 4º Depressão: O prolongamento do tratamento e hospitalização aumenta a tristeza que, aliada a outros sentimentos, ocasionam a depressão. O cliente quer ficar sozinho, prefere não receber visitas, fica choroso e tem perda de apetite. Frases comuns como "Eu sou um lixo." e "o que vai ser de mim?" são expressas comumente por esses pacientes. Passada essa etapa ocorre a quinta e última fase a 5º Aceitação: Passa a aceitar e compreender a situação encontra paz e o círculo de interesse diminui. Esse é o período em que a família pode precisar de ajuda, compreensão e apoio psicológico. Ele sabe que não tem mais jeito, e pode verbalizar que se encontra pronto para vivenciar o desfecho morte. É comum solicitar ver algum familiar que mora longe ou se reconciliar com alguém com o qual possuía algum desentendimento. Muitas vezes, o paciente pode passar mais de uma vez pela mesma

fase, ou até mesmo não vivenciar alguma delas. Conhecer cada uma destas etapas pode auxiliar os profissionais da saúde a auxiliar o paciente e a família a compreender o processo e a vivenciá-lo de forma mais amena, minimizando suas angustias e dores. Quanto ao preparo do profissional de enfermagem para o cuidado ao paciente terminal verifica-se que este é preparado técnica e cientificamente para atender qualquer paciente ou pessoa que necessite de cuidados, visando proteger, promover e recuperar a saúde do outro[1]. É importante o conhecimento cientifico onde o profissional está ciente das condições metabólicas do cliente, e poderá junto com suas habilidades e técnica amenizar as dores e queixas desse ser. O dever do profissional de enfermagem frente a um paciente terminal é oferecer ao mesmo uma morte digna, ou seja, morrer sem sofrimento e fazer com que este se sinta o melhor possível[1]. O profissional deve propiciar ao paciente toda a assistência de cuidados paliativos desenvolvendo ações práticas e gerenciais com toda a sua equipe, desenvolvendo as habilidades clínicas inerentes ao controle dos sinais e sintomas e à comunicação genuína para agregar as ações dos diversos profissionais em função do benefício do paciente e de sua família[2]. O profissional não pode esquecer que por traz desse paciente existem pessoas, ou seja, a família e os amigos que, também, necessitam de cuidados e atenção, pois para eles pode ser muito difícil aceitar a perda de uma pessoa querida. Muitas vezes, estes também vivenciam as etapas da terminalidade, se revoltam, se culpam, entram em desespero e, até mesmo, negam a situação e a possibilidade da morte de seu ente querido em situação de terminalidade. A Enfermagem deve estar atenta para poder atender a essas necessidades, tendo palavras de conforto e orientando-os sob qualquer dúvida. Deve-se possibilitar que expressem seus sentimentos frente à situação e mostrar-se disponível em qualquer momento, ou seja, durante a evolução do processo de morte e do morrer. Ao ser decretado o óbito, deve-se orientar a família quanto aos procedimentos necessários para o sepultamento, dando-lhes apoio emocional e respeitando suas reações e sentimentos. **CONCLUSÃO**: Procurou-se refletir acerca do trabalho que a Enfermagem realiza frente ao paciente em situação de terminalidade. Verificou-se que o profissional de enfermagem deve estar preparado para prestar um atendimento de qualidade aos pacientes terminais, devendo buscar subsídios teóricos e práticos, desenvolvendo conhecimentos relativos às competências técnicas, conhecimentos, culturais e psicológicos, estando apto a cuidar o paciente em processo de terminalidade. Deve-se primar pela humanização do cuidado, desenvolvendo empatia, buscando compreender e interpretar as emoções do outro. Concluiu-se que cabe ao profissional identificar a mensagem central, o sentimento, o contexto e a perspectiva que o paciente

tenta expor. Nesta prática de cuidado, está expressa a essência da profissão de Enfermagem, que reconhece a humanidade do outro, o que o leva a realizar pelo outro as ações que ele gostaria que fossem feitas para si próprio ou para seu familiar em situação semelhante. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM**: a reflexão acerca do trabalho que a enfermagem realiza frente ao paciente em situação de terminalidade pode contribuir para um olhar atento a este paciente seu familiar cuidador, indicando subsídios com vista à prestação de um cuidado efetivo e humano. Como é a enfermagem quem convive nas 24 horas com o paciente possui melhores condições de identificar suas necessidades e mobilizar-se no sentido de atendê-las. Frente à impossibilidade de cura cabem os cuidados paliativos com vistas a propiciar-lhe conforto e morte digna.

Descritores: Paciente Terminal. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Oguisso, Taka (Professora, Enfermeira, Advogada e Sanitarista) e Schmidt, Maria José (Advogada, Enfermeira Obstetra e Sanitarista).Exercício profissional da Enfermagem. Uma abordagem ético-Legal. 2º Edição Atualizada e Ampliada. Paginas 149- 153. (2009)

2. Firmino, Flávia. Manual de cuidados Paliativos 1ª edição, / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro:.Páginas 216,217 (2009). Disponível em: <http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>.

3. INCA- Instituto Nacional do Câncer, Cuidados Paliativos. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=474>

4. Kono, Marga Simine s. E koller, franciso josé. Paciente terminal – abordagem da enfermagem Disponível em: <www.corenpr.org.br/artigos/pacienteterminal_marfafrancisco.doc>

5. Susaki, Tatiana Thaller, Silva Maria Júlia Paes ,Possari João Francisco. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a04v19n2.pdf> Kübler-Ross, Elisabeth, Foi citada nesse artigo.

VISITA DOMICILIAR PARA ACOMPANHAMENTO DE UMA PORTADORA DE ESCLEROSE MÚLTIPLA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Leda Karine de Almeida[157]; Carolina Domingues Hirsch[158]; Cesar Francisco Silva da Costa[3]; Simoní Saraiva Bordignon[4].

INTRODUÇÃO: As doenças crônicas são doenças não curáveis que exigem tratamento de longo prazo e são geralmente de caráter progressivo[1]. Entre as doenças crônicas está a esclerose múltipla (EM) que se caracteriza por uma doença desmielinizante progressiva do SNC que resulta na destruição da mielina, material que envolve as fibras nervosas, ocasionando um defeito na condução dos impulsos nervosos. Acomete com maior frequência adultos jovens entre 20 e 40 anos, sendo mais comum em mulheres e em indivíduos da cor branca[2]. Estima-se que, atualmente 35 mil brasileiros são portadores de esclerose múltipla. As manifestações podem variar de uma pessoa para outra e mudar ao longo do tempo, conforme a extensão do comprometimento da mielina e axônios. Os sintomas mais apresentados são alterações fonoaudiológicas, fadiga, transtornos cognitivos e emocionais. Também podem apresentar transtornos visuais, problemas de bexiga e intestinais, espasticidade, problemas de equilíbrio, coordenação e sexualidade. Os sintomas da EM podem fazer com que atividades simples do dia-a-dia possam se tornar desafiadoras[3]. Frente ao diagnóstico e nas fases iniciais da doença, o portador de esclerose múltipla se depara com muitas dúvidas e passa a ter que lidar com a sua nova condição de vida[1]. Assim, buscando diferentes estratégias para superar as mudanças impostas pela enfermidade, o indivíduo passa a vivenciar o enfrentamento da doença; alternando entre o luto (o que se faz para suportar uma perda) e luta (o que se faz para superar um limite)[4]. A capacidade de enfrentamento dependerá do próprio indivíduo, do ambiente e das características da patologia[5]. A esclerose múltipla, pelo fato de ser uma doença crônica e incapacitante, exige adaptações por parte do portador e das pessoas que fazem parte de seu cotidiano. A aceitação e adaptação são complexas, principalmente pelo prognóstico incerto. No entanto, estabelecer maneiras positivas de

[157]Acadêmica do sétimo semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande – FURG. E-mail: karinefurg@gmail.com
[155]Acadêmica do sétimo semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande – FURG.
[3]Professor da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. E-mail: enf.cesar@ibest.com.br
[4]Enfermeira Doutoranda do programa de pós graduação da Universidade Federal do Rio Grande - FURG.

vivenciar esta nova condição é muitas vezes a única opção[6]. A difusão de experiências vividas por essas pessoas é importante para mostrar as formas e possibilidades de adaptação frente a uma doença crônica, levando os acadêmicos e profissionais da aérea da saúde a refletir e confrontar o aprendizado acadêmico com experiências práticas a partir de relatos do próprio portador, justificando este estudo. **OBJETIVO:** compartilhar com outros estudantes e profissionais a vivência de um indivíduo portador de esclerose múltipla frente às necessidades de superação e adaptação independente das limitações causadas por uma doença crônica. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, resultante do acompanhamento domiciliar a uma portadora de Esclerose Múltipla, que ocorreu durante as atividades teórico-práticas na disciplina de Enfermagem na Rede de Atenção Básica à Saúde do sétimo semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). O relato é apresentado combinando fatos observados pelas acadêmicas somados a ações e verbalizações da própria usuária atendida. O acompanhamento se deu por meio de sete visitas domiciliares que aconteceram nas quartas feiras no turno da manhã, com duração de aproximadamente uma hora cada visita, entre os meses de janeiro e abril de 2013. **RESULTADOS:** A visita domiciliar permite que o profissional desenvolva ações de saúde e também observe outros aspectos importantes como condições do domicilio, higiene e interação entre os integrantes da família. Dessa forma é possível relacionar as condições de saúde com os fatores socioeconômicos e culturais do usuário[7]. O primeiro contato com a usuária foi acompanhado do agente comunitário de saúde responsável pela família. Logo no início ela se mostrou bastante receptível e favorável com a possibilidade de acompanhamento acadêmico durante o semestre. A paciente, de 46 anos, é portadora de esclerose múltipla e possui hemiplegia à direita em decorrência da doença, além disso, apresenta cifose, hipertensão e sobrepeso. Mora com o marido, mas encontrava-se sozinha durante as visitas, pois o mesmo trabalhava durante o dia. Já no primeiro contato foi possível observar a adaptação da casa e da própria paciente em consequência das limitações causadas pela doença. Durante as visitas ela relatou que assim que soube do diagnóstico, procurou informações sobre a patologia e prognóstico, buscando rapidamente o tratamento. Informou também que recebe medicação e realiza exames periódicos pelo SUS, além de participar de um programa governamental para portadores de EM. Relata que foi informada e treinada para auto aplicação de medicação subcutânea, a qual realiza semanalmente. Informações estas referentes à técnica de aplicação, ao rodízio de locais e armazenamento refrigerado do medicamento. No decorrer de sua narrativa contou que realizava sessões de fisioterapia

em casa com os acadêmicos de uma instituição educacional particular da cidade e que considera melhorar na força e equilíbrio quando realiza as sessões, mas no momento estava sem acompanhamento. Temendo perder a fala, procurou aprender rapidamente escrever com a mão canhota, pois a destra já estava com os movimentos comprometidos. Devido aos sintomas causados pela doença, após uma queda e fratura do fêmur, relatou que não conseguiu mais deambular, ficando restrita a cadeira de rodas. Em decorrência disso, o marido adaptou uma cadeira para que ela pudesse se locomover pela casa, pois apesar de ter a cadeira de rodas convencional, considera desconfortável. Relatou a dificuldade para sair de casa sem acompanhante, pois com a perda do movimento em um dos braços não consegue andar sozinha na cadeira de rodas. Mencionou ainda a vontade de ter uma cadeira motorizada para que pudesse ir à Unidade Básica de Saúde quando necessário, e realizar outras atividades sem que precisasse depender da ajuda de terceiros. Mesmo assim, empurrando-se com a cadeira adaptada, realiza os afazeres domésticos como cozinhar, lavar roupa e varrer a casa. Dorme em uma cama hospitalar com colchão piramidal e realiza higiene pessoal sozinha, tendo no banheiro uma cadeira auxiliar. A casa possui rampas nas portas e sem tapetes ou objetos que possam impedir a movimentação, a cozinha possui uma mesa acessória no nível da cadeira e os utensílios numa altura que possibilite o acesso. Relatou que no inicio tinha uma pessoa que a ajudava, mas que agora prefere fazer sozinha, dentro do possível, para ter mais autonomia e independência. **CONCLUSÕES:** Foi possível perceber que apesar das limitações a paciente procurou manter, uma vida ativa, adaptando e enfrentando as limitações causadas pela doença. A interação com a Unidade Básica de Saúde está limitada pelo acesso físico, no entanto as visitas domiciliares são realizadas somando-se o fato de que existe o aporte medicamentoso. **CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM:** O destaque neste relato é direcionado, sobretudo a superação por parte da própria usuária quanto às limitações impostas pela patologia. Esta nossa inferência deve-se a oportunidade de aprendizado que tivemos ao interagir com uma portadora de patologia incapacitante e que na busca do conhecimento vem superando as dificuldades. Consideramos, portanto, que ao profissional de saúde em formação cabe relatar e difundir experiências vividas em suas práticas. Essa consideração tem por finalidade refletir sobre o conhecimento recebido na forma de ciência na academia e o conhecimento recebido durante o contato com a realidade vivenciada por aqueles aos quais desejamos prestar o cuidado, sendo este o foco da disciplina da enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Visita domiciliar; Doença Crônica.

REFERÊNCIAS

1 . Bertotti AP, Lenzi MCR, Portes JRM. O portador de esclerose múltipla e suas formas de Enfrentamento frente à doença. Barbarói 2011 jan-jul; (34): 101-24.

2 . Smeltzer SC; Bare BG. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. 10ª ed. Vol 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

3 . Associação Brasileira de Esclerose Múltipla [homepage na internet]. O que é esclerose múltipla? [acesso em 16 abril 2013]. Disponível em: http://www.abem.org.br

4 . Simonetti A. Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

5 . Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. Psicologia médica. 2ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2000.

6 . Haussen SR. Esclerose Múltipla: informações científicas para o leigo. Porto Alegre: Conceito; 2004.

7 . Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Revista Texto & Contexto 2006 Out-Dez; 15(4): 645-53.

PRIVACIDADE DO CLIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM.

Andréa Martins de Oliveira[159]; Edison Luiz Devos Barlem[160]; Daniela de Freitas Rodrigues[161]; Julie Mirapalheta dos Santos[4]; Mery Hellen da Silva Quintana[5]; Jackeline Viana[6]

INTRODUÇÃO: Durante a internação, o cliente necessita de cuidados e algumas vezes pode ser invadido na sua privacidade. Privacidade é uma necessidade e um direito de todoser humano, sendo indispensável para a manutenção dadignidade. É natural que as pessoas procurem preservar asua intimidade; assim, se invadida, demonstram surpresae vergonha, temor e nervosismo quando tocadas na execuçãode procedimentos. A nudez torna-se algo desagradávele incômodo, fragilizando a relação do cuidado noambiente hospitalar.[1] A internação de um cliente em UTI é precedida decondições críticas, presentes e potenciais, que colocam em risco a vida do ser. Sendo assim, o cuidado é voltado para os aspectosfísicos/orgânicos/biológicos, como controle e manutençãodas funções vitais, com ênfase no uso de tecnologiase aplicação de conhecimento técnico-científico, visando àmanutenção da vida. Embora a equipe de saúde tenha suaatenção voltada ao órgão doente, à patologia ou à busca dediagnóstico que orientam suas condutas e procedimentostécnicos, muitas vezes ignora os sentimentos dos seres quevivenciam a internação e a condição de doente[2]. Conforme os princípios da bioética, o respeito à autonomiaimplica respeitar os atos de escolha do indivíduo, baseados emseus valores morais e crenças, sendo a vontade e o consentimentofatores preponderantes, porque afirmam sua dignidade humana.[3] É necessário estabelecer um laço de confiança com o paciente, para que este não se sinta exposto, explicando-lhe todo o procedimento a ser realizado, proporcionando-lhe privacidade e conforto, mesmo estando internado em uma unidade de terapia intensiva. **OBJETIVOS:** Relatar a experiência vivenciada na Unidade de Terapia Intensiva sobre privacidade; refletir

[159] Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem – Escola de Enfermagem (EEnf) – Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (NEPES) Email: deiaoliveira17@yahoo.com.br

[160] Docente da Escola de Enfermagem da FURG. Pesquisador do NEPES-FURG. Email:ebarlem@gmail.com

[161]Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem – Escola de Enfermagem (EEnf) – Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES). Bolsista FAPERGS. Membro do grupo Viver Mulher.

4 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem – Escola de Enfermagem (EEnf) – Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (NEPES). Membro do Grupo Viver Mulher.

[5]Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem – Escola de Enfermagem (EEnf) – Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

[6]Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem – Escola de Enfermagem (EEnf) – Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

acerca da privacidade do paciente internado em UTI, visando preparar-se para um melhor enfrentamento deste durante o exercício profissional; focar a realidade vivenciada pelos profissionais e pelos pacientes, buscando identificar a conduta profissional frente aos pacientes lúcidos, sedados ou em coma. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido por acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, oriundo da realização do estágio curricular da disciplina de Assistência de Enfermagem ao adulto nas Intercorrências Clínicas, no período de 04/03/2012 a 03/04/2012. Os estágios foram realizados todas as segundas e terças feiras no turno da manhã, na unidade de terapia intensiva do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa na Cidade de Rio Grande – RS. Durante o período de estagio foi possível identificar as necessidade bio-psico-socio-espirituais de paciente adultos em situações de intercorrências clínicas, bem como, correlacionar a patologia com as necessidades humanas básicas afetadas e suas características definidoras, favorecendo o planejamento e implementação da assistência de enfermagem. Foram realizadas entrevistas, exames físicos e avaliação destes para desenvolvimento do raciocínio lógico. **RESULTADOS:** Percebemos que através deste estágio curricular, foi possível identificar a importância de se preservar a privacidade do cliente, avaliando as situações na qual os pacientes encontram-se em total submissão. Tal prática nos alertou para a necessidade de discussão e reavaliação desta conduta e da assistência de enfermagem, uma vez que a proteção fornecida a estes é deficiente. Salientamos ainda, que é preciso estabelecer uma relação de confiança junto a estes clientes, no sentido de transmitir segurança e apoio. Esta prática permitiu uma reflexão maior acerca dos princípios éticos estudados durante a graduação, na busca de um melhor cuidado e propiciar a nós acadêmicas de enfermagem, a qualificação das competências e habilidades neste processo. **CONCLUSÕES**:Verificou-se a importância da realização do cuidado de enfermagem no período de internação, bem como a atuação profissional do enfermeiro frente a privacidade do paciente. É preciso saber identificar situações de desconforto e possuir conhecimento e capacidade de intervir sempre que necessário. As atividades na UTI são desenvolvidas com o objetivo de reduzir a mortalidade pela sequencia de cuidados, observação contínua e integral de acordo com as necessidades do paciente.[1] Observo que quanto mais grave a doença, maior a depêndencia deste, favorecendo assim á invasão de privacidade. Foi observado um descuido aos pacientes inconscientes, uma vez que gera um cuidado rotineiro e mecanizado. A intimidade está diretamente ligada a autonomia, existem vários momentos em que ela é expressa ou evidenciada; por isso, há necessidade de ser interpretada e respeitada.[1] Os pacientes que

necessitam de banho de leito passam por uma situação constrangedora, em virtude de não haver total condição de resguardar a sua intimidade, causando assim ansiedade, alteração de sinais vitais, oque torna um ato prazeroso em total situação de desconforto. A enfermagem deve atuar da mesma forma, seja pacientes sedados/coma ora pacientes lúcidos, pois a forma de cuidar será a mesma. Devemos assumir uma atitude de respeito, baseada no compromisso ético profissional assumido frente ao paciente. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Diante do exposto, torna-se possível observar a importância de ações que contribuam para a formação profissional e que, ao mesmo tempo, promovam a discussão e a ação sob a manutenção da privacidade dos cliente na UTI. Para tanto, esta atitude deve abranger toda a equipe, formando uma consciência crítica que contribuirá para as ações de saúde na atenção ao ser humano.

Descritores: Enfermagem,Unidade de Terapia Intensiva, Privacidade

REFERÊNCIAS

1 Bettinelli LA; Pomatti DM; Brock J; Invasão de Privcidade em pacientes em UTI: Percepção de Profissionais. Revista Bioethikos - Centro Universitário São Camilo - 2010;4(1):44-50

2 Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: teoria humanística de Paterson e Zderad. Latinoam Enf. 2004; 12(2):250-7

3 Fabriz DC. Bioética e direitos fundamentais: a bioconstituição como paradigma ao biodireito. Belo Horizonte: Mandamentos; 2003.

4 Baggio MA; Pomatti DM; Bettinelli LA; Erdmann AL; Privacidade em Unidade de Terapia Intensiva: Direitos do Paciente e Implicações para a Enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 jan-fev; 64(1): 25-30.

SAÚDE MENTAL

ENFERMEIRO NA UNIDADE PSIQUIÁTRICA: UMA VISÃO SOB O OLHAR DO PACIENTE

Camila Biazus Dalcin[162]; Jéssica Ineu Dotto[160]; Dirce Stein Backes[163]

INTRODUÇÃO:A partir do século XIX, surge a psiquiatria no Brasil e com isso algumas modificações a fim de transformar as enfermarias das Santas Casas e dos asilos em locais não mais de morte ou descaso, mas no entanto de reeducação e melhora. Com a urbanização das cidades os doentes, mendigos e os considerados loucos atrapalhavam os interesses políticos da época, e com isso favoreceu para que ocorresse a primeira instituição psiquiátrica no Brasil[1]. No século XX aconteceu o Movimento da Reforma Psiquiátrica, também com o intuito de mudanças, organizado pelos trabalhadores de saúde mental e um pouco mais tarde teve a adesão dos usuários de serviços psiquiátricos e seus familiares, evento este conhecido hoje como Movimento de Luta Anti-manicomial[1].Durante esse período de mudanças, o atendimento prestado pelas equipes de enfermagem inseridas neste contexto de saúde mental, disponibilizava um cuidado totalmente desumanizado. Os profissionais da enfermagem tratavam os pacientes portadores de doenças mentais como "seres irracionais", amarrando-os como animais, cometendo maus tratos entre outras atrocidades. Fatos que até os dias atuais estão presentes na memória dos pacientes que passaram por essas experiências. Com as mudanças advindas da Reforma Psiquiátrica Brasileira a atuação da enfermagem tomou um novo rumo. Restabeleceu o cuidado humanizado, valorizando o ser humano que está sendo cuidado, enaltecendo a relação cuidador-paciente. A partir da reforma psiquiátrica, percebe-se que existem determinantes fora do contexto individual que afetam de forma efetiva na recuperação, fazendo parte da estratégia do tratamento do paciente em sofrimento psíquico, como por exemplo, a equipe de enfermagem e a família. Porém, percebe-se que não existem discussões e pesquisas mais específicas sobre o que afeta os cuidados fora dos ambientes institucionais, como unidades de internação psiquiátrica[2]. Em decorrência de todas essas mudanças que ocorreram e que vem ocorrendo na saúde mental e psiquiatria, o profissional enfermeiro está inserido nesse contexto amplo, adequando-se as novas formas de identificação, manejo e cuidados com os usuários desse setor. É de

[162]Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Email: camilabiazus@hotmail.com; jessik_ineu@hotmail.com
[163] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) e docente colaboradora da FURG. Email: backesdirce@ig.com.br

suma importância que o enfermeiro de saúde mental tenha preparo para o cuidado de pessoas acometidas em todos os níveis de atenção[2]. Sendo assim, este estudo justifica-se através de uma inquietação que os acadêmicos do 5º semestre de Enfermagem tiveram ao observarem a importância da atuação do enfermeiro no contexto de uma unidade psiquiátrica. A partir daí surgiu a questão de pesquisa: na visão dos pacientes como é desenvolvido o cuidado pelo enfermeiro responsável pela unidade psiquiátrica? O objetivo do estudo revela-se em conhecer o papel desenvolvido pelo enfermeiro responsável pela unidade psiquiátrica segundo a visão do paciente. **METODOLOGIA:** O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória. A abordagem utilizada para análise dos dados foi qualitativa. Nas abordagens qualitativas há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, que não pode ser traduzido em números[3]. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requerem o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para a coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem[3]. Os sujeitos da pesquisa são pacientes internados na unidade de psiquiatria de um hospital privado de médio porte localizado na região central do município de Santa Maria- RS, no período de março a junho de 2011. Os critérios de inclusão foram pacientes internados na unidade de tratamento psiquiátrico do hospital descrito, maiores de idade, estando internados a mais de uma semana e aceitando participar da pesquisa, depois de serem informados dos objetivos e assinarem o termo de consentimento livre esclarecido. A pesquisa foi realizada por meio de uma entrevista com 10 pacientes, composta por uma questão norteadora: A) Qual o seu sentimento em relação ao enfermeiro da unidade? Para a codificação e tratamento dos dados que foram coletados, foi utilizada a Análise Temática, que consistiu em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência permitam acrescentar perspectivas significativas ao objeto de estudo[3].O estudo foi aprovado pelo comitê de ética do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), garantindo o preconizado pela resolução 196/96 do Ministério da Saúde, o qual regulamenta a pesquisa com seres humanos. Para manter o anonimato dos sujeitos, estes foram identificados com nome de pedras preciosas. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Dessa pesquisa resultou a categoria*Sentimentos em relação ao enfermeiro da unidade*. ***Sentimentos em relação ao enfermeiro da unidade***: O sentimento do paciente em relação ao enfermeiro e o sentimento do enfermeiro em relação ao paciente é complexo e multifatorial. Percebe-se pelas falas que o sentimento pelo enfermeiro da unidade é de

gratidão, cuidado, segurança, entre outros que são revelados pelas falas e condizem com o observado em outras pesquisas:*"Ah, eu tenho sentimento de gratidão, os enfermeiros passam uma paz. Eles querem é cuidar de mim, eu tenho muita gratidão. Eles não só vem fazer o trabalho deles e vão embora eles tão preocupados com o pessoal".* Topásio *"Sentimento de amizade que a gente faz, de companheirismo de trocar idéias".* Ágata *"O legal é porque tratam cada um diferente, levam em consideração a pessoa em si! Eu devo a minha libertação da dependência do álcool a essa equipe e clínica ...também tem essa história de camaleão de se adaptar ao paciente, de não ser ir a rigor pra tudo.."* Quartzo. O enfermeiro e os demais profissionais de saúde devem atentar para as necessidades específicas do ser cuidado, através da humanização, respeitando as relações dialógicas, o desenvolvimento de cada pessoa, a individualidade, crenças, características pessoais, linguagem, entre outros[4]. Nesse agir, é fundamental ouvir o outro, considerando cuidado de enfermagem não como um simples procedimento técnico, mas como um rico contexto de relacionamento interpessoal[5]. Foi possível observar no relato de um paciente o mesmo vínculo que se tem com um familiar, mostrando a carência em relação a afetividade oriunda do parentesco biológico, mostrando a importância da família em relação a melhora do paciente em sofrimento psíquico: *"...é como um irmão, tipo um irmão assim que tá ali pra toda hora. Tá ali pra ajudar a gente".* Jade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS/ CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM***:* A partir do exposto no estudo pode-se observar a importância da relação enfermeiro-paciente perante o tratamento e processo de cura dos mesmos, e que o cuidado realizado pela equipe de enfermagem, mais especificamente pelo enfermeiro, deve acontecer da forma mais eficaz, por estes estarem extremamente vulneráveis e fragilizados, longe de seus familiares, de suas casas e precisando se adaptar a uma nova rotina e a um novo estado de saúde.No momento que estão internados para tratamento de qualquer patologia psíquica ou dependência, as pessoas mais próximas acabam sendo os profissionais de enfermagem, que convivem diariamente com os pacientes e que na maioria das vezes detém a confiança dos mesmos e de seus familiares, tornando-se referência a essas pessoas tão carentes de afeto e cuidado. O profissional enfermeiro diante dessa condição imposta deve exercer um cuidado humanizado, atencioso, sob um olhar atento, amplo e preciso caracterizando assim o paciente e suas particularidades, visando sempre a recuperação, a satisfação e o bem estar dos mesmos. Os pacientes de unidade psiquiátrica estão carentes e precisam de atenção, conforto e carinho para que possam se sentir seguros e dar continuidade ao tratamento. O profissional enfermeiro deve aderir neste contexto e proporcionar aos pacientes confiança, cuidado e segurança. A equipe de saúde deve trabalhar junta de uma forma

multiprofissional em prol desse paciente. A forma de recepção do paciente em sua internação com apresentação da equipe, explanação das normas e rotinas da unidade são algumas alternativas que podem facilitar a diferenciação desses profissionais, para uma melhor referência e atendimento a esse paciente. Logo, é possível concluir que existe uma boa visão do paciente em relação ao papel desenvolvido pelo enfermeiro dentro da unidade de internação psiquiátrica. No entanto, ainda revela-se necessária a busca constante por educação permanente desses profissionais e da administração das unidades, para que se possa perceber e apoiar a constituição do vínculo para uma construção do cuidado efetivo, com foco na prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde.

Descritores: Cuidado de Enfermagem; Enfermagem; Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

1 Reinaldo AMDS; Pillon SC. História da enfermagem Psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para a reflexão. Rev. esc. enferm. USP. 14(2) São Paulo,Jun 2007.

2 Furegato ARF. Avanços da saúde mental e seus reflexos na enfermagem. Revista esc. enferm. USP. 41, São Paulo, Jun, 2007.

3 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p

4 Veiga KCG; Fernandes JD; SadigurskyD. Relacionamento Enfermeira/Paciente: perspectiva terapêutica do cuidado. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 18(2): 322-5, abr/jun, 2010.

5 Silva SS; Diniz SA; Costacurta MRR; Bueno SMV. O enfermeiro na promoção da saúde mental dos indivíduos: aspectos históricos. Rev. Enf. Herediana. 2(2): 99-104, 2009.

TRANSTORNO MENTAL E CUIDADO DA FAMÍLIA SOB O OLHAR DA ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CASO

MENTAL DISORDER AND FAMILY CARE UNDER THE LOOK OF NURSING: A CASE STUDY

Cristine Coelho Cazeiro[164]; Daniele Ferreira Acosta[165]; Luana Amaral Mortola[166]; Moara Ávila de Jesus[167]

RESUMO: Trata-se de um estudo de caso de uma paciente com transtorno mental o qual obteve impregnação medicamentosa devido ao uso inadequado das medicações. Foi realizado por acadêmicas de enfermagem durante atividades extensionistas realizadas em uma unidade de Estratégia Saúde da Família. Objetivou-se apresentar um estudo de caso de uma paciente com transtorno mental, destacando a importância da atenção holística, por parte da equipe de saúde, tanto ao doente quanto ao cuidador. Os dados foram colhidos por meio de visitas domiciliares realizadas por três acadêmicas de enfermagem juntamente com a equipe da unidade, bem como nos prontuários da família. Destacou-se a relevância do acompanhamento desta família, por meio da visita domiciliar, com ênfase ao cuidado da cuidadora, indispensável no progresso do tratamento da paciente com transtorno mental. O enfermeiro, como promotor de saúde, deve estar engajado nesse modelo de assistência contribuindo para a convivência com o transtorno mental de forma mais positiva e segura.
Descritores: Cuidados de Enfermagem; Saúde da Família; Educação em Saúde.

ABSTRACT: This is a case study of a patient with a mental disorder who received drug uptake due to inappropriate use of medications. Was conducted by nursing students during extension activities carried out in a unit of the Family Health Strategy. The objective was to present a case study of a patient with mental disorder, highlighting the importance of holistic attention on the part of the healthcare team, both to the patient as the caregiver. Data were collected through home visits by three nursing students along with the staff of the unit, as well as the records of the family. They emphasized the importance of monitoring this family through home visits, with emphasis on care caregiver, essential in the progress of the treatment of patients with mental disorders. The nurse as health promoter, should be engaged in this model of care contributing to living with mental illness in a more positive and safe.
Descriptors: Nursing Care, Family Health, Health Education

164 Acadêmica da oitava série do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG; Bolsista PET Enfermagem, integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Contato ccoelhoc@yahoo.com.br Fone: (53) 84436312.
165 .Orientadora do trabalho. Doutoranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem Gênero e Sociedade. Contato nieleacosta@gmail.com. Fone: (53) 91122186
166 Acadêmica da sexta série do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG; Bolsista PET Enfermagem, integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Contato luanamortola@gmail.com Fone: (53) 99620414.
167 Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG; Bolsista PET Enfermagem. Contato moarajesus@hotmail.com Fone: (53)81067226

INTRODUÇÃO

Trata-se de um estudo de caso de uma paciente com transtorno mental que obteve impregnação medicamentosa devido ao uso inadequado das medicações. O mesmo foi realizado por acadêmicas do 6ª e 8ªsemestre do curso de graduação em enfermagem durante atividades extensionistas realizadas em uma unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF). A opção por este estudo ocorreu a fim de destacar a importância da atenção holística, por parte da equipe de saúde, a todos os integrantes da família, e não somente ao indivíduo com problemas de saúde. Consideramos extremamente relevante o papel dos profissionais da estratégia de saúde da família tanto no acompanhamento quanto na orientação dos cuidadores para enfrentar o processo de saúde-doença de um indivíduo com transtorno mental na família.

A reforma psiquiátrica brasileira, que ocorreu a partir de 1978, preconiza que somente os clientes em crise aguda devem ser internados em um hospital psiquiátrico. Estes devem receber tratamento alternativo, não sendo separados de suas famílias, objetivando sua reintegração ao meio social[1]. Dentro do contexto da reforma, nota-se a importância do acompanhamento e do apoio à família do paciente no tratamento, no processo de desospitalização e na reinserção deste na sociedade. Mas, para que essa participação tenha resultado positivo, é necessário o preparo e a orientação da família, tendo como aliado a equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família[1].

Com a Constituição de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual estabelece a saúde como direito do cidadão e dever do Estado por meio de acesso universal e igualitário, com ações voltadas para sua promoção, proteção e recuperação. Com isso, a fim de atingir uma compreensão ampliada e complexa sobre a saúde, foram necessárias estratégias capazes de conhecer a realidade do ser humano em seu contexto familiar. Dentre as iniciativas destaca-se, neste quesito, a ESF[2]. Esta foi implantada em 1994, pelo Ministério da Saúde, na tentativa de reverter o modelo de assistência existente, até então hegemônico e centrado em ações fragmentadas, indivisíveis e com o foco na doença[3]. Nessa linha, cada ESF é compostapor uma equipe multiprofissional, tendo como atuantes médico, dentista (na maioria das ESFs), enfermeiro, técnicos em enfermagem e agentes comunitários, responsáveis por aproximadamente 800 famílias, residentes em território urbano e rural[4].

Nesse sentido, destaca-se a atuação do enfermeiro como importante promotor da saúde. Evidências internacionais discorrem acerca do papel do profissional enfermeiro tanto no espaço domiciliar quanto no espaço comunitário. A enfermagem

tem a possibilidade de operar, de forma criativa e autônoma, nos diferentes níveis de atenção à saúde, seja através da educação em saúde, seja na promoção ou na reabilitação da saúde dos indivíduos[5].Assim esse modelo de atenção a saúde vê o enfermeiro como um importante membro da equipe multidisciplinar tendo como função supervisionar e qualificar a equipe de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, bem como realizar o co-gerenciamento da unidade[6]. Nessa lógica, o enfermeiro passa a assumir importantes funções, como educador, consultor, identificador dos problemas da comunidade, articulador, integrador, planejador e interlocutor político, dando formas variáveis no eixo central da construção do trabalho, o que tem representado um campo de crescimento e reconhecimento social deste profissional.[6,8]. A visita domiciliar é uma das ferramentas que permite tais cuidados possibilitando, por meio de intervenções sistematizadas, superar as fragmentações com um olhar voltado à dinâmica familiar[7].

Todavia, dentro do contexto dasaúde mental, encontram-se impasses, pois na prática os profissionais de saúde, de um modo geral, dificilmente estão disponíveis ou dispostos a trabalhar a dimensão subjetiva e objetiva do cuidado frente às necessidades físicas e mentais do paciente[8]. Isso decorre tanto por estar atrelado ao déficit na formação do enfermeiro quanto pela fragilização da rede de apoio, como condição para encaminhamento e acompanhamento dos casos[8-9].

No que se refere aos familiares cuidadores, geralmente existem dificuldades decorrentes dos problemas de convívio com o paciente com transtorno mental. Quase sempre esse convívio produz sobrecarga ao familiar cuidador, desequilíbrio emocional, alteração nas rotinas doméstica, no lazer, na vida social e profissional devido a dependência do paciente[1] agressividade[8]. Além disso, existem as dificuldades financeiras para prover as necessidades daquele que demanda cuidado especial[9]. Destaca-se o uso de medicação contínua, por parte do doente mental, cabendo ao familiar esta responsabilidade. O uso sem o devido acompanhamento gera preocupação;quando familiares se apoiam nos medicamentos como solução ou forma de reduzir os problemas derivados do transtorno mental, excedendo as doses recomendadas. Essa atitude como forma de cuidado à saúde, tem gerado sérios malefícios[9].

Nesse sentido, alerta-se quanto ao papel dos profissionais de saúde que atuam na ESF, de modo a rever suas práticas e discursos,estabelecendo um processo de cuidado integral e uma atenção voltada a esses usuários bem como aos seus cuidadores[10]. Tendo em vista a importância da atenção primária (Visita Domiciliar) no progresso de um paciente com transtorno mental, este estudo tem como objetivo

apresentar um estudo de caso de uma paciente com transtorno mental,destacando a importância da atenção holística, por parte da equipe de saúde, tanto ao doente quanto ao cuidador.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso realizado durante as atividades extensionistas em uma unidade de Estratégia Saúde da Família em Rio Grande. O sujeito do estudo é uma adolescente de 19 anos portadora de esquizofrenia e autismo, moradora da área de abrangência de uma ESF. A coleta de dados ocorreu por meio de visitas domiciliares realizadas por três acadêmicas do 6ª e 8ºsemestre do curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, juntamente com a equipe da unidade que acompanha o caso. Além disso, consultou-se o prontuário da família, o qual é arquivado na unidade, para que os profissionais tenham acesso ao histórico e assim, facilite o acompanhamento das famílias cadastradas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

- Histórico da paciente

FDS, sexo feminino, 19 anos, branca, solteira, pensionista, católica, ensino fundamental incompleto. Aos três anos de idade foi diagnosticada com autismo e esquizofrenia infantil. A adolescente mora coma mãe de 45 anos e o irmão de 11 anos. O pai não assumiu a paternidade, portanto, não participa da vida da filha e não auxilia financeiramente em seu sustento.

Ao nascimento a justiça declarou que a mãe não tinha condições de criar uma criança com transtorno mental, pois na época essa também havia problemas de conduta e precárias condições econômicas e sociais. Antes de atingir a maior idade FDS estava sob cuidados da Casa do Menor por determinação da justiça, sendo que neste período frequentava a APAE. Porém, ao completar 18 anos a guardafoi entregue à mãe que apresentava melhores condições para tal responsabilidade. Cabe destacar que a mãe da paciente apresenta distúrbio mental, porém não faz uso de medicação, e o irmãotambém é portador de deficiência mental.

A paciente apresenta dificuldade para se comunicar sendo difícil entender suas palavras, alem disso, é dependente de cuidados referente à higiene e alimentação.

- Desencadeamento da assistência na unidade de saúde

A cliente foi acolhida na unidade básica de saúde da família na tarde do dia 5/02/2013 para um atendimento de emergência. Levada pela ambulância e acompanhada por sua mãe, apresentava rigidez musculoesquelética, dificuldade para deambular e para se manter em pé, com tremores, perda de movimentos automáticos da marcha, hipertonia da musculatura mandibular, hipersalivação, confusão, mal estar, sudorese e agitação. A cliente foi atendida pela enfermeira, técnica de enfermagem e médica da unidade.

O atendimento centrou-se na tentativa de diminuir os sinais de agitação da cliente e de sua familiar, pois ainda não havia sido diagnosticado o motivo que levou a cliente a apresentar tais sinais e sintomas. Durante o levantamento de dados a mãe disse ser a primeira vez que ocorre esse episódio com a filha. Foi perguntado à acompanhante acercada relação de medicações ingerida anteriormente ao acontecimento. A mãe relatou que a filha é dependente de Aloperidol 50 gotas/dia,Carbamazepina 200mg/dia e Capoten 25 mg/dia.

Ao ser interrogada sobre os horários da administração dos medicamentos, referiu ter administrado Aloperidol 50 gotas via oral à paciente às 22 horas do dia 04/02/2013 conforme prescrição médica. No entanto, constatando que FDS ainda continuava agitada; medicou-a novamente com mais 50 gotas de Aloperidol via oral às 12 horas do dia 05/02/2013.Através do relato da mãe e dos sinais e sintomas apresentados, foi realizado pela médica da unidade o diagnóstico de impregnação por Aloperidol.

Ao exame físico a paciente apresentava pele e mucosas úmidas e coradas, membros inferiores sem a presença de edema. Chamou atenção a sujidade e odor fétido nas roupas, nos cabelos, a fralda sem trocar, unhas estavam compridas e sujas. Ao ser perguntada acerca dos cuidados com a filha, a mãe relatou que a filha aceita bem a dieta, mantém eliminações urinárias e intestinais, fazendo uso de fralda descartável. Relatou ainda que a cliente apresenta alterações no sono e agitação contínua, por isso administrou o Aloperidol em outros horários além do prescrito.

O desfecho desse atendimento constou-se do encaminhamento da paciente para o hospital psiquiátrico da cidade, o qual permaneceu por cinco dias.

- Desencadeamento das Visitas Domiciliares

Foram realizadas, no total, três visitas domiciliares à família, pelas acadêmicas e equipe da unidade. Em todas as visitasFDS apresentou-se tranquila, afetiva com os familiares, receptiva aos profissionais de saúde.

Todavia segundo relatos de sua mãe, por vezes torna-se agressiva no âmbito doméstico. A primeira visita foi realizada dois dias após a alta do hospital psiquiátrico, o qual permaneceu internada para a desintoxicação pelo Aloperidol. Somado a isso, foi reavaliado as medicações e prescrito mais dois tipo: Risperidona 2mg/dia e Tegredol 200mg/dia. Observou-se que a mãe apresentava-se demasiadamente estressada, referindo estar sobrecarregada devido à dependência dos filhos, referindo, inclusive,estar "a ponto de fazer alguma besteira".

O cuidado ampliadomostra-se fundamental, pois há um "adoecimento" da família como um todo, devido às alterações que passam a existir durante o convívio com o doente.Estudo revela o sofrimento de cuidadores de doentes mentais frente ao esgotamento físico, ansiedade, medo e tristeza[8].

Nesta visita primou-se pela escuta terapêutica, e orientação quanto aos cuidados com os filhos, higiene, incluindo, principalmente, orientação acerca das medicações. É comum, na literatura,os cuidadores recorrerem aos medicamentos para conter ocomportamento, tornando o doente mais adaptado ao seu contextosocial[1,8] e como forma de conseguir "aguentar" o convívio[8].

Na segunda visita, a atenção centrou-se no descuido com o ambiente em que vivem e a negligência no cuidado de FDS. Foram realizadas, novamente, orientações para mãe no sentido de auxiliá-la na organização de suas atividades diárias, pois não possui outra pessoa para ajudar no cuidado dos filhos.

Nesse sentido, foi acionado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família- NASF para acompanhar e orientar essa família. Diferentemente, é comum a culpabilização pelos profissionais da saúde frente ao descuido do doente mental ou mesmo diante da exigência que a família aceite a doença sem oferecer-lhe suporte e orientações[8].

Na terceira visita a mãe de FDS informou à equipe que a pacientefoi, novamente, internada durante sete dias no hospital psiquiátrico da cidade, após apresentar nova crise de agressividade contra o irmão. Relatou que acionou a ambulância para levar FDS ao atendimento especializado. Durante os sete dias que esteve internada, FDS apresentou outra crise de agressividade contra uma paciente que também estava internada no hospital psiquiátrico. Foi medicada, acompanhada, e após ser estabilizada e não apresentar mais as crises retornou para a casa. No dia da visita,

FDS apresentava-se tranquila, afetiva com o irmão e com a mãe, interagiu bem com a equipe de saúde. O ambiente estava com melhores condições de higiene. A mãe apresentava-se mais calma frente ao acompanhamento da equipe e do NASF.

Portanto, este estudo de caso serve para alertar os profissionais da saúde sobre necessidade de um olhar diferenciado para a família de um doente mental. O cuidado do cuidador reflete diretamente no progresso do tratamento do paciente.

CONCLUSÃO

Através do acompanhamento realizado pela equipe e pelas acadêmicas foi possível perceber a relevância da atuação dos profissionais de saúde junto a esta família, cuja mãe. No decorrer das visitas domiciliares foi imprescindível a checagem dos medicamentos, a realização das orientações quanto aos cuidados físicos, biológicos, sociais e psicológicos para o progresso no tratamento da paciente.

Além disso, o estudo gerou novos questionamentos sobre a abordagem profissional e acadêmica relacionada às estratégias para melhoria das atividades de educação em saúde realizadas nas unidades de saúde para que sejam efetivas as ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde.

As implicações para a enfermagem centram-se na importância da preparação dos familiares para exercer o cuidado de pacientes com transtornos mentais. Tal patologia exige tempo, conhecimento, disponibilidade e interesse do familiar, sendo ímpar a capacitação e o cuidado desse cuidador como forma de assegurar o tratamento e bem-estar de um paciente com transtorno mental, e consecutivamente o bem-estar de toda a família. O profissional enfermeiro, como um promotor de saúde, deve estar engajado nesse modelo de assistência contribuindo para a re-socialização desses pacientes. Portanto, acredita-se que, por meio das visitas domiciliares deenfermagem, a possibilidade de interagir com o paciente em seu ambiente familiar, de orientar o cuidador de acordo com o seu contexto e acompanhar a família como um todo, é uma forma de contribuir para a convivência com o transtorno mental de forma mais positiva e segura.

REFERÊNCIAS

1. Macedo FMS, Andrade M, Silva JLL. A reforma psiquiátrica e implicações para a família: o papel do enfermeiro no programa saúde da família. Informe-se em promoção

da saúde. [acesso em 10 abr. 2013].2009; 5(2): 19-23. Disponível em: www.uff.br/promocaodasaude/reforma%20psiquiatrica7.pdf

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 110 [acesso em 10 abr 2013]. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/.../politica_nacional_atencao_basica_2006.p...>

3. Ximenes FRG, Sampaio JJC. Gerentes do território na estratégia saúde da família: análise e perfil de necessidades de qualificação. Rev Bras Enferm.[acesso em 10 abr 2013] 2007;60(6):687-95. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000600013...

4. Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drukmond J M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008. [acesso em 10 abr 2013]. Disponível em: www.livrariasaraiva.com.br/produto/.../tratado-de-saude-coletiva-2-e...

5. Maurer FA, Smith CM. Community/Public Health Nursing Practice: Health for Families and Populations. 3ª ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2005. [acesso em 10 abr 2013].

6. Silva VG, MCS Motta, Zeitoune RCG. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES1. Rev. Eletr. Enf. [acesso em 10 abr 2013]-[Internet]. 2010; 12(3): 441-8. Disponível em: www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a04.htm

7. Barbosa SP, Aguiar AC. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na estratégia saúde da família em Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Revista APS. [acesso em 10 abr 2013] 2008; 11(4): 380-88. Disponível em: www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/155/135

8. Gonçalves AM, Sena RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Rev Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto. [acesso em 10 abr 2013]; 2001; 9(2): 48-55. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf

9. Macedo FMS, Andrade M, Silva JLL. A reforma psiquiátrica e implicações para a família: o papel do enfermeiro no programa saúde da família. Informe-se em promoção da saúde. [acesso em 10 abr 2013] 2009; 5(2): 19-23. Disponível em: http://www.uff.br/promocaodasaude/reforma%20psiquiatrica7.pdf

10. Santos FR et al. Promoção em saúde: pressupostos, sentidos, práticas e a compreensão dos técnicos em saúde. In: Saito RXS (org.). Integralidade da Atenção – organização do trabalho no Programa Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari, 2008. p. 47-80. [acesso em 10 abr 2013]. Disponível em: http://www.unirio.br/propg/posgrad/stricto_paginas/site%20Enfermagem/

TECNOLOGIAS

CARACTERÍSTICAS EMPREENDEDORAS DE ENFERMEIROS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

DecianePintaneladeCarvalho[168];Liane Rodrigues Borges[2];HelenaHeidtmannVaghetti[3]

INTRODUÇÃO: O termo "empreendedor" deriva do verbo francês *entreprende* ou *entrepreneur* e expressa alguém que está no centro de alguma ação. Já "empreendedor", em inglês, *entrepreneurship*, significa posição, grau, relação, estado, qualidade, habilidade, enquanto que, *unternehmer*, em alemão indica aquele que possui ou dirige um negócio [(1)]. De maneira geral, a pessoa empreendedora é aquela que objetiva iniciar ou operar um negócio, visando realizar uma ideia pessoal, assumindo continuamente riscos, responsabilidades e inovação [(2)]. Roberto Menezes[(3)] descreve o empreendedorismo como uma questão de aprendizado pessoal, que através da motivação, criatividade e iniciativa, busca a descoberta vocacional, assim como a percepção de oportunidades e a construção de um projeto de vida ideal. No cenário contemporâneo da enfermagem, as práticas empreendedoras então presentes em diferentes espaços, como na esfera da promoção da saúde, em locais que visem uma melhor qualidade de vida para a população, como consultórios e clínicas e nos serviços hospitalares, onde o trabalho dos enfermeiros tem destaque na recuperação da saúde de crianças, adolescentes, adultos, idosos e mulheres. O empreendedorismo no âmbito da enfermagem também é encontrado no terceiro setor, quando, por meio da promoção da cidadania e inclusão social, promoção e educação para a saúde, além de serviços de consultoria, assessoria e atividade organizacionais – ocorre a atuação empreendedora do enfermeiro. O campo da gestão de serviços de saúde as atividades de ensino e pesquisa também são férteis para o desenvolvimento de atitudes empreendedoras na enfermagem

[168]Acadêmica do 6º semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre a Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde – GEPOTES, Rio Grande, Brasil. decianecarvalho@hotmail.com

[2] Acadêmica do 4º semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre a Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde – GEPOTES, Rio Grande, Brasil.

[3] Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre a Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde – GEPOTES vaghetti@vetorial.net

[4]. O enfermeiro empreendedor destaca-se pela capacidade de ser visionário, tomar decisões, resolver problemas, correr riscos, ter iniciativa, boa comunicação, confiança, determinação, ser positivo, criativo, ético, flexível, responsável e persistente. Além disso, também se ressalta a integralidade na assistência à saúde, através da capacidade de compreender o contexto social e identificar as necessidades e expectativas dos indivíduos, que ocorre pela interação direta com os usuários e comunidade [5-6]. **OBJETIVO**: identificar as características empreendedoras de enfermeiros na produção científica da enfermagem. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada durante o segundo semestre de 2012, que envolveu cinco etapas: formulação do problema, coleta dos dados, avaliação dos dados coletados, análise e interpretação dos dados, e apresentação dos resultados. [7] A formulação do problema se caracterizou pela questão norteadora: quais as características empreendedoras de enfermeiros são encontradas em artigos científicos da enfermagem? Para a coleta de dados utilizou-se as bases de dados LILACS,*Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e CINAHL, por meio dos descritores:*entrepreneuship and nursing*; e a palavra-chave: empreendedorismo. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: artigos que abordassem a temática empreendedorismo na enfermagem, na língua portuguesa; publicados no período de 2005 a 2012. Os critérios de exclusão foram: artigos sem acesso ao texto completo; não disponíveis *online*. Para análise se utilizou leitura criteriosa dos estudos para verificar a aproximação com a temática que apresentassem informações relevantes. **RESULTADOS:** Dos 7 estudos que constituíram a amostra, 3 (42,84%) são estudos quantitativos, 1 (14,26%) qualitativo, 2 (28,56%) relatos de experiência e 1 (14,28%) de atualização. Constata-se que 1 (14,28%) dos artigos foi publicado nas três revistas. Com relação ao ano de publicação, o que corresponde o maior expoente foi 2009 compreendendo 5 (71,4%), dos 7 artigos que compõem o corpus da amostra. No que se refere ao país de origem, o Brasil foi o que apresentou um maior número de estudos desenvolvidos, representando um total de 6 artigos (85,68%) na amostra. Em relação às características empreendedoras de enfermeiros, identificou-se 5 artigos (71,4%) cujas características descritas compreendiam **vontade e disposição para aprender** e 2 artigos (28,5%) que incluíam a **criatividade, iniciativa e determinação**. À vontade e disposição para aprender é contemplado pelo artigo "Incubadora de aprendizagem: uma nova forma de ensino na enfermagem", pois apresenta ideias inovadoras de aprendizagem na enfermagem, o que modifica a maneira de ensinar e aprender, permitindo compreender a realidade no qual o profissional está inserido, desenvolvendo competências, habilidades, adquirindo novos conhecimentos,

ampliando a criatividade, consequentemente o espírito empreendedor.[8] Já no artigo "Estudantes de enfermagem têm perfil empreendedor?" é utilizado o teste de tendência empreendedora geral como forma de caracterizar os estudantes, buscando conhecer o seu perfil quanto ao empreendedorismo[9]. Quando se trata da formação do enfermeiro, o manuscrito intitulado "Formação do enfermeiro pelo olhar do empreendedorismo social" explica que a formação acadêmica, não pode limitar-se a simples aquisição e reprodução de conhecimentos, é preciso que o indivíduo adquira competências humano-interativas, capazes de agregar valor social e possibilitar o desenvolvimento, através de competência técnica, humana e interativa, para identificar e ampliar as oportunidadesque agregam valor social [10]. O empreendedorismo precisa ser motivo de discussão desde a graduação, "para que os futuros enfermeiros tenham uma visão ampliada dos espaços de atuação que a enfermagem possui e não se limitem a atuar apenas em locais institucionalizados", buscando refletir e discutir a visibilidade da enfermagem destaca-se o Relato de Experiência "A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas". [11:638] O artigo "Formando empreendedores na enfermagem: Promovendo competências e aptidões sócio-políticas" aponta ideias e/ou novas possibilidades para o desenvolvimento na área de enfermagem, estimulando o processo de pesquisa e divulgação do conhecimento. [4] Ao se tratar de criatividade, iniciativa e determinação, o cuidado de enfermagem é destacado em dois artigos: "Promovendo a cidadania por meio do cuidado de enfermagem" e "O cuidado de enfermagem como prática empreendedora: oportunidades e possibilidades", os quais afirmam que autonomia e o compromisso social, assim como sistema de relações e interações, à capacidadede interagir com os diferentes atores sociais e a capacidade de criar novos canais de comunicação caracterizam o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora. [6-12]

CONCLUSÃO: Nesta revisão, é importante destacar que a quantidade de produção científica indica a necessidade de investimento no campo do empreendedorismo na enfermagem, para que a temática seja alvo de maior divulgação entre os profissionais e, consequentemente, seja possível o desenvolvimento de características empreendedoras fundamentais no trabalho da enfermagem. Mesmo que cinco artigos tenham como alvo a necessidade de fomentar o empreendedorismo no ensino da graduação, com o intuito de formar profissionais empreendedores, os autores evidenciam estas características no enfermeiro empreendedor. Há necessidade de mais estudos que contemplem a investigação do empreendedorismo no próprio trabalho da enfermagem, tendo como sujeitos os enfermeiros, para verificar suas características em sua realidade de atuação.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Este estudo contribui paraprovocar reflexões acerca das características de enfermeiros empreendedores e a importância das mesmas para o planejamento, organização e desenvolvimento de formas de trabalho que aperfeiçoem o fazer diário destes profissionais, habilitando-os a lidar com as intercorrências impostas à sua realidade e levando-os ao êxito e ao sucesso ao longo de suas carreiras.

Descritores: Empreendedorismo, Enfermagem, Trabalho.

REFERÊNCIAS:

1. DruckerPF. Introdução à administração.3.Ed.São Paulo:Cengage Learning, 1998.

2. Chiavenatto I, Sapiro A. Planejamento Estratégico: Fundamentos e aplicações, 2003

3. Mezenes R. Locus Cientifíco. ANPROTEC, 2007,v.1,n.4.

4. Erdmann A L ET al. Formando empreendedores na enfermagem: promovendo competências e aptidões sócio-políticas. Rev. Enfermería Global, Murcia, n.16. [periódico na Internet]. jun.2009. [acesso em 21 ago 2012].Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=pt.

5.Dayhoff N E, Moore P S. Entre preneurial clinical nurs especialists:I nnovator sof patientcare. Clin Nurs Spec, 2002. v. 16,n.5,p.274-276,.

6. Backes D S, Erdmann A L, Büscher A. O cuidado de enfermagem como prática empreendedora: oportunidades e possibilidades. Acta Paul. Enferm., São Paulo, v.23, n.3, may/june. [periódico na Internet]. 2010. [acesso em 21 ago 2012] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000300005.

7. Cooper HM. The integrative research review: a systematicapproach.Beverly Hills: Sage; 1984

8.Cecagno D ET al. Incubadora de aprendizagem: uma nova forma de ensino na enfermagem/saúde.Rev.Bras. Enf.,Brasília,v.59,n.6,nov./dez. [periódico na Internet].2006. [acesso em 21 ago 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000600017&script=sci_arttext.

9. Roncon P F, Munhoz S. Estudantes de enfermagem têm perfil empreendedor? Rev. Bras. Enferm. Brasília, v.62 ,n.5, p.695-700. ISSN0034-7167. [periódico na Internet]. set/out 2009. [acesso em 21 ago 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000500007&script=sci_arttext.

10.Backes D S, Erdmann A L.Formação do enfermeiro pelo olhar do empreendedorismo social. Ver. Gaúcha Enferm.,Porto Alegre,v.30,n.2. [periódico na Internet].jun.2009. [acesso em 21 ago 2012] Disponível em: http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7252/6681.

11.Erdmann A L et al. A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. Rev. Bras. Enf .,Brasília, v.62 ,n.4, p.637-643, jul./ago. [periódico na Internet]. 2009. [acesso em 21 ago 2012] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400025.

12. Backes DS, BackesMS, Erdmann AL.Promovendo a cidadania por meio docuidadodeenfermagem. Rev.Bras.Enf.,Brasília,v.62,n.3,maio/jun. [periódico na Internet]. 2009. [acesso em 21 ago 2012] Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/15.pdf.

ELABORAÇÃO DE UM *WEBSITE*: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Manuela Santos de Souza[169]; Laurelize Pereira Rocha[170]; Diéssica Roggia Piexak[171]; Vitória Wonghon Ribeiro[172]; Anelise Miritz Borges[5];Marta Regina Cezar-Vaz[6]

INTRODUÇÃO: O Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) estabelece que a bolsa de Apoio Técnico em Extensão no País – nível A (ATP-A) é destinada a profissionais com terceiro grau completo. Estes exercem atividades técnicas com métodos específicos de nível superior, auxiliando no desenvolvimento de projetos.(1) Neste sentido, o grupo de pesquisa Laboratório de Estudo de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA) se preocupa em integrar saúde, trabalho e ambiente voltado para a produção coletiva de saúde, e elaborar conceitos para a definição de temáticas que possam ser desenvolvidas com ações de ensino, pesquisa e extensão. Destarte, uma bolsista ATP-A,inserida nesse grupo de pesquisa, está destinada a contribuir de maneira técnica com as pesquisas que estão sendo desenvolvidas dentro do Laboratório Socioambiental de Saúde do Trabalhador (LASTRA). Dentre as contribuições específicas dessa bolsista destaca-se a elaboração de um *website*, ação que busca oferecer ao grupo de pesquisa uma visão tecnológica à enfermagem, além de maior interatividade intra e extra grupal inserindo no trabalho diário na área da saúde, um meio de comunicação virtual. Este recurso proporciona ao grupo de pesquisa a possibilidade de expor os seus objetivos, suas ações na relação das pesquisas científicas e intervenções em saúde desenvolvidas, assim como viabiliza disseminar conhecimentos em saúde. Portanto, a transmissão de informações pela internet pode oportunizar uma difusão dos resultados de pesquisa em enfermagem ampliando a abrangência de orientações em saúde e a visibilidade da ciência da enfermagem.(2) Uma vez que há maior acessibilidade dos estudantes e profissionais de

[169]Acadêmica do 4º semestre do curso de Graduação em Enfermagem - Escola de Enfermagem (EEnf) – Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Bolsista de Apoio Técnico em extensão no País – Nivel A. Membro doLaboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA). manuh_souza@msn.com
[170]Mestre em Enfermagem. Doutoranda do PPGEnf/FURG. Integrante do LAMSA. Bolsista FAPERGS
[171]Mestre em Enfermagem. Doutoranda do PPGEnf/FURG. Bolsista CAPES/REUNI. Integrante do LAMSA.
[172]Acadêmica do 5º semestre da Escola de Enfermagem da FURG. Bolsista de Iniciação Científica CNPq. Integrante do LAMSA.
5 Mestre em Enfermagem. Doutoranda do PPGEnf/FURG. Integrante do LAMSA. Bolsista FAPERGS.
[6] Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora associada III da EEnf/FURG. Coordenadora do LAMSA. E-mail: cezarvaz@vetorial.net

enfermagem, pesquisadores e trabalhadores em geral, contribuindo para um maior interesse e motivação ao desenvolvimento do da pesquisa aliada ao ensino no cuidado à saúde. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de uma bolsista ATP-A na elaboração de um *website* em um grupo de pesquisa. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência de uma acadêmica de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), graduada em Sistemas para Internet. A mesma atua como bolsista ATP-A na elaboração do *website* junto ao grupo de pesquisa LAMSA, cujo foco de atuação incide na saúde do trabalhador. Mediante a manifestação do interesse do grupo pelo *website*, a bolsista aliou os conhecimentos obtidos para desempenhar tal ação, com a aquisição de informações sobre a história e as características do grupo. Por tratar-se de uma construção que exige tempo e minuciosidade, o trabalho está sendo realizado junto ao LASTRA, local que oferece o suporte quanto aos recursos materiais. Não obstante, é neste laboratório que os demais integrantes do LAMSA concentram-se para desempenhar suas atividades, possibilitando à bolsista, o seu envolvimento constante com os mesmos, para assim, apropriar-se mais das questões que envolvem a construção do *website*. **RESULTADOS:** A criação da página na web está sendo desenvolvida por meio de cinco etapas de um projeto de design que são fundamentais para a elaboração de um site. [(3)] Primeiramente, foi executado um plano de estratégia, no qual foram analisados os principais conceitos e objetivos do *website*: definir o público alvo, os quais são estudantes e profissionais de enfermagem, pesquisadores e trabalhadores; as necessidades em saúde visualizadas pelo grupo de pesquisa de enfermagem, como, difundir o acesso aos conteúdos e às orientações direcionados à saúde do trabalhador, satisfazer necessidades de aprendizagem e atualização de estudantes e profissionais da enfermagem. A partir de uma análise minuciosa dessas informações e integração no grupo de pesquisa, tornou-se possível formular um plano de escopo, no qual foram traduzidas todas as necessidades e objetivos do site em requerimentos específicos sobre os conteúdos e funcionalidades que a página oferecerá aos visitantes. Essa etapa foi importante, pois através dela adequou-se as potencialidades do *website* à Enfermagem do Trabalhador. Ainda dentro do plano de escopo, realizou-se o que é chamado de *Benchmark*, expressão que se refere à estratégia de comparação com outros *websites* de grupos de pesquisa com o mesmo objetivo acadêmico, para que o mesmo possa ser implementado sem que ocorra cópia, utilizando, apenas, conceitos que obtiveram sucesso nesta linha de *websites*. A partir dessas etapas foi realizado o plano de estrutura, no qual foram organizados os dados obtidos nos planos de estratégia e escopo e transformadas ideias, ainda abstratas, em fatores concretos que determinarão como será

a usabilidade da página de acordo com a arquitetura da informação. O conteúdo é então organizado, agrupado, ordenado e apresentado, hierarquizando, assim, as funcionalidades existentes. Após, desenvolveu-se o plano de esqueleto, constituído pelo desenho da estrutura das telas e da navegação do projeto, definindo o modo como seria a navegação e a usabilidade do *website*. Essa etapa buscou refinar detalhes da página, proporcionando uma comunicação efetiva entre o grupo de pesquisa da Enfermagem e os visitantes do *website*. Na finalização do projeto, idealizou-se o plano de superfície, que tem como foco determinar a forma visual do que foi planejado no plano de esqueleto. Nessa etapa, o projeto obteve toda a sua identidade, com a elaboração do logotipo, a partir da imagem de uma lamparina (símbolo da Enfermagem) e de um atlas (símbolo da globalização), evidenciando a conectividade da Enfermagem com o mundo. Além disso, a escolha das cores azul (referência da tranquilidade) e dourado (destaque à Enfermagem) deram origem à disposição das cores para todo o layout da página. Por fim, o *website* foi programado e disponibilizado na rede de sistemas da FURG, juntamente com o Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI, utilizando o endereço eletrônico www.lamsa.furg.br. Entretanto, devido ao grande número de informações a serem adquiridas e organizadas, a página mantem-se, no momento, em construção. Além disso, visualiza-se como principais resultados da tecnologia *website*: a disseminação de conhecimentos científicos, relacionando a atualização da prática profissional voltada à Enfermagem em Saúde do Trabalhador, o fomento para o desenvolvimento de grupos de pesquisa e a educação em saúde às diferentes categorias de trabalhadores, por meio de informações de prevenções de riscos e agravos no ambiente ocupacional. **CONCLUSÃO:** Com base nas práticas realizadas, constatou-se a importância da bolsa ATP-A, pois é uma forma de integrar a prática tecnológica informatizada vinculada à bolsista para com profissionais e estudantes da Enfermagem em benefício da divulgação de aspectos voltados à Saúde do Trabalhador. O que permitirá o alcance das informações sobre um grupo de pesquisa que empenha-se no desenvolvimento de ações envolvendo a pesquisa, a extensão e o ensino em prol do avanço da ciência da enfermagem. Ressalta-se também os efeitos do envolvimento da bolsista, a qual se mantém em um processo constante de aprendizagem e experiência em áreas multidisciplinares, como o desenvolvimento web ligado à Enfermagem. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Espera-se que a inserção do LAMSA no meio virtual represente um benefício ao âmbito da saúde, em especial à Enfermagem, tornando-se um espaço para envolver profissionais, acadêmicos,

trabalhadores e pesquisadores de diversas áreas, mantendo o *website* sempre atualizado e as pessoas bem informadas.

Descritores: Tecnologia da Informação, Saúde do Trabalhador, Enfermagem**.**

REFERÊNCIAS:

1- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq. [acessado em: 17 abril 2013]; Disponível em: www.cnpq.br

2- Oliveira LL, Campos FC, Chagas ACMA, Sousa DMN, Freitas LV, Damasceno AKC. Processo de criação e desenvolvimento de website voltado para a enfermagem: relato de experiência. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2009 dezembro 07-10.

3- Garrett JJ. Elements of User Experience: User-centered Design for the Web. Indianapolis: New Reders; 2003.