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

75ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
38ª SEMANA RIOGRANDINA DE ENFERMAGEM

"O PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM

NO PROCESSO DE CUIDAR"

Coordenação:
Profa Dra Vera Lúcia de Oliveira Gomes
Prof. Dr Edison Luis Devos Barlen
Profa Dra Rosemary Silva da Silveira

Rio Grande
2014

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

75ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
38ª SEMANA RIOGRANDINA DE ENFERMAGEM

"O PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM

NO PROCESSO DE CUIDAR"

Coordenação:
Profa Dra Vera Lúcia de Oliveira Gomes
Prof. Dr Edison Luis Devos Barlen
Profa Dra Rosemary Silva da Silveira

Rio Grande
2014

FICHA CATALOGRÁFICA

S471p Semana Brasileira de Enfermagem (75., : 2014 : Rio Grande, RS).

O protagonismo da enfermagem no processo de cuidar / coordenação: Vera Lúcia de Oliveira Gomes, Edison Luis Devos Barlen, Rosemary Silva da Silveira. – Rio Grande, RS: Universidade Federal do Rio Grande, 2014.

197 p.

Modo de acesso: http://www.eenf.furg.br
ISBN 978-85-7566-346-2
75ª Semana Brasileira de Enfermagem e 38ª Semana Riograndina de Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. História da enfermagem. 3. Semana Riograndina de Enfermagem. 4. Cuidado de enfermagem. I. Gomes, Vera Lúcia de Oliveira. II. Barlen, Edison Luis Devos. III. Silveira, Rosemary Silva da. IV. Título.

CDU 616-08

Catalogação na fonte: Bibliotecário Clériston Ribeiro Ramos CRB10/1889

COMISSÃO ORGANIZADORA

Comissão organizadora:

Profa Dra Vera Lúcia de Oliveira Gomes
Prof. Dr Edison Luis Devos Barle
Profa Dra Rosemary Silva da Silveira

Comissão científica:
Dra Vera Lúcia de Oliveira Gomes

1. Tania Cristina Schäfer Vasques
2. Camila Daiane Silva
3. Daniele Ferreira Acosta
4. Deise Lima Feijó
5. Daiani Modernel Xavier
6. Silomar Ilha
7. Fabiani Weiss Pereira
8. Aline Belletti Figueira
9. Cristiane Lopes Amarijo
10. Jeferson Ventura
11. Juliana Marques Weykamp
12. Carolina Domingues Hirsch
13. Naiane Glaciele da Costa Gonçalves
14. Andreia Martins do Couto
15. Tatiele Roehrs Gelati
16. Aline Marcelino Ramos
17. Liliane Alves Pereira
18. Carla Godinho Duarte
19. Heitor Silva Biondi
20. Marcos Antônio Nunes de Araújo

Comissão de apoio

1. Matheus Ferreira de Oliveira
2. Francine Carpes Ramos
3. Jéssica Gama da Silva
4. Aline Rodrigues Costa
5. Eduarda de Quadros Morrudo
6. Rochele Maria Zugno
7. Daiane Broch
8. Marina Bisio Mattos
9. Moara Avila de Jesus
10. Luana Amaral Mortola
11. Juliana Piveta de Lima
12. Eliel de Oliveira Bandeira
13. Maria Luzia Machado Godinho

PROGRAMAÇÃO

TERÇA-FEIRA (13/05/2014):

MINICURSOS

8:30h – 11:30h: Cuidado a clientes portadores de estomias. Profª Drª Giovana Calcagno Gomes. Vagas: 20 destinadas a estudantes, a partir da 4ª série da graduação, do curso técnico e profissionais de enfermagem. Local: sala térrea da enfermagem.

8:30h – 11:30h: Assistência Humanizada no atendimento ao parto e nascimento. Enfª Msc. Daiane Bittencourt de Lemos. Vagas: 40 destinadas a estudantes do curso técnico e graduação em enfermagem e profissionais de enfermagem. Local: anfiteatro.

14h-17h: Como publicar em enfermagem? Enf. Dr. Joel Rolim Mancia.Vagas: 40 destinadas estudantes do mestrado e doutorado. Local: sala 407

SEMINÁRIO

14h – 17h: Violência doméstica contra mulher: legislação protetiva, rede de apoio no Rio Grande, avanços e desafios. Vagas: todos profissionais e estudantes da área da saúde. Local: anfiteatro.

19h00: Solenidade de abertura – *O gerenciamento hospitalar e suas interfaces com o ensino, a assistência, a pesquisa e a extensão*. Profª Drª Helena Heidtmann Vaghetti. Diretora do Hospital Universitário. Local: anfiteatro.

21h00 - Coquetel de Confraternização. Local: sala 408.

QUARTA-FEIRA (14/05/2014):

Apresentação de trabalhos

8h – 12h30: Apresentação dos trabalhos na modalidade oral e banner digital. Local: sala 206, 211, anfiteatro e térreo.

Minicursos

14h – 17h: EXAME FÍSICO - Enfª Dda Marlise Capa Verde de Almeida. Escola de Enfermagem FURG. Vagas: 20, destinadas a estudantes da 2ª, 3ª e 4ª série da graduação, do curso técnico e profissionais de enfermagem. Local: Laboratório de práticas Enf.

14h – 17h: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – Leonardo Gourlart, profissional SAMU- RG. Vagas: 20, destinadas a estudantes a partir da 4ª série da graduação, do curso técnico e profissionais de enfermagem. Local: sala 206

14h – 17h: DECIFRANDO A LINGUAGEM DO BEBÊ - Profª Msc. Deise Ribeiro Aquino. Vagas: 20 destinadas a estudantes e profissionais de enfermagem. Local: sala 2011

14h – 17h: PLANTAS MEDICINAIS - Profª Tânea Maria Bisognin Garlet. Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Departamento de Zootecnia e Ciências Biológicas. Vagas: 300 destinadas a estudantes e profissionais da área da saúde. Local: anfiteatro.

Noite – Encerramento

19h00: FILME RENASCIMENTO DO PARTO. Local: anfiteatro.

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 cardio-metabólica 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 da parceria 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

RESUMOS EXPANDIDOS 14
A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS CRIANÇAS DEPENDENTES DE TECNOLOGIAS 14
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - TECNOLOGIA RELACIONAL NO COTIDIANO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO 18
ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: AÇÕES 22
DA ENFERMAGEM INSERIDA NESSE CONTEXTO 22
ATENDIMENTO A USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE VIVÊNCIAS COMO BOLSISTA DO PROJETO /PRÓ PET – SAÚDE 27
ATUAÇÃO DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA 31
CAMPANHA DE VACINAÇÃO DO HPV NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CAIC: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA 35
CURSO DE GESTANTES EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: 38
RELATO DE EXPERIÊNCIA 38
ENFERMAGEM DO TRABALHO - POSSIBILIDADES DE CUIDADO OU DE NEGAÇÃO DE SI E DO OUTRO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 42
ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELA FAMÍLIA PARA CUIDAR A CRIANÇA NO HOSPITAL 47
EXAME CLÍNICO DAS MAMAS: UMA AÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE 52
EXPECTATIVAS PARA O VIVER COM UMA ESTOMIA 55
GRUPO DE AJUDA MÚTUA PARA FAMILIARES DE IDOSOS COM A DOENÇA DE ALZHEIMER: RELATO DE EXPERIÊNCIA 59
GRUPO DE MÃES: ASSISTÊNCIA A GESTANTES E PUÉRPERAS 64
HUMANIZAÇÃO E A IMPORTÂNCIA DO TOQUE NO PACIENTE HOSPITALIZADO 68
MOTIVOS DE INTERNAÇÃO DE MULHERES QUE TIVERAM PARTO PREMATURO EM RIO GRANDE 71
O VIVER EM SOCIEDADE SENDO PESSOA COM ESTOMIA 75
PERCEPÇÃO DE FAMILIARES ACERCA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS INTERNADAS NA UNIDADE DE PEDIATRIA 79
PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO TRABALHO ACERCA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA INDÚSTRIA 83

QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 E DE SUA FAMÍLIA 87

RELAÇÃO ENTRE COMPLICAÇÕES GESTACIONAIS E PARTO PREMATURO 93

SEXUALIDADE NO PUERPERIO: REVISÃO INTEGRATIVA 96

SIGNIFICADOS DO ALEITAMENTO MATERNO: A VOZ DA PUÉRPERA 100

TÉCNICAS ALTERNATIVAS PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA 105

VITALIDADE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO 109

TRABALHOS COMPLETOS 113

CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO TECNOLOGIA EDUCATIVA DE CUIDADO À MULHER NO PUERPÉRIO: UMA REFLEXÃO TEÓRICA 113

CUIDADO DE ENFERMAGEM PRESTADO NA UNIDADE DE PEDIATRIA 121

EDUCAÇÃO TUTORIAL, RENOVANDO CONCEITOS DE APRENDIZAGEM 131

O EMPREGO DAS REFERÊNCIAS SEGUNDO NORMAS DA ABNT EM TRABALHOS ACADÊMICOS 138

OBESIDADE COMO FATOR LIMITANTE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM UTI: REVISÃO DE LITERATURA 146

OS PRESERVATIVOS MASCULINOS E FEMININOS SOB A ÓTICA DE CASAIS: EM ESTUDO COMPARATIVO 155

REALIZAÇÃO DO EXAME PERICIAL EM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL 166

RELAÇÃO ENTRE AS ORIENTAÇÕES RECEBIDAS DURANTE O PRÉ-NATAL E O ESTABELECIMENTO DO ALEITAMENTO NO PERIODO DE INTERNAÇÃO 174

RELATO DE EXPERIÊNCIA: A BUSCA ATIVA COMO FORMA DE APROXIMAÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM COM ADOLESCENTES COM HIV/AIDS 181

TRABALHOS DE CONCLUSÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DOS DESCRITORES 189

RESUMOS EXPANDIDOS

A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS CRIANÇAS DEPENDENTES DE TECNOLOGIAS

Pâmela Kath de Oliveira [1]; Elis Vânia Machado Da Cruz[2]; Giovana Calcagno Gomes[3]; Sheila Silveira Costa[4];

INTRODUÇÃO: O avanço tecnológico vem contribuído para o aumento do número de crianças que sobrevivem a doenças crônicas e incapacitantes, cada vez mais observamos que a o uso da tecnologia vem contribuindo para que diversas crianças tenham um suporte se mantendo vivas e com qualidade de vida. Assim, todo este aparato tecnológico vem para facilitar o cuidado, permitindo que estas crianças sejam assistidas e cuidadas com qualidade. Com isso, podemos observar que prestar o cuidado a estas crianças não é uma tarefa fácil principalmente para a família, uma vez que o familiar acompanhante se encontra confuso e despreparado para lidar com a situação. A notícia de que seu filho é portador de uma patologia crônica já causa grande estresse e sofrimento no seio familiar, no entanto esta notícia se torna mais difícil ainda quando vem acompanhada de informação que além do estigma da doença a criança também necessitará de aparatos tecnológicos necessários a sua sobrevivência. Este momento, a família sofre diversas alterações na sua dinâmica familiar. A adaptação a nova situação da criança Dependente de Tecnologia (DT) deve ser adaptada de forma rápida e precisa, mobilizando toda a equipe de saúde para que esta família sinta-se apoiada e instrumentalizada para o cuidado, uma vez que necessitará aprender como realizar os procedimentos básicos ao cuidado com esta criança. Portanto, se faz necessário que a equipe de enfermagem se mobilize e adote uma postura humanizada frente a esta família, permitindo que sejam criados vínculos entre o familiar cuidador e o profissional de enfermagem, o qual será o responsável pelo empoderamento e autonomia deste familiar

[1]Enfermeira. Mestranda do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Membro do Grupo de Pesquisa GEPESCA/FURG. Docente da Faculdade Anhanguera do Rio Grande do Curso de Enfermagem. Email:pamelakathpko@yahoo.com.br.
[2]Acadêmica de Enfermagem do nono semestre da Faculdade Anhanguera do Rio Grande. Membro do Grupo de Pesquisa GEPESCA/FURG.
3Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da FURG. Diretora Adjunta do Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Jr. Líder do Grupo de Estudos e pesquisas sobre a Criança e o Adolescente. GEPESCA. Membro do GEPEGS. Brasil. E-mail: acgomes@mikrus.com.br
[4]Enfermeira - Hospital Universitário "Dr. Miguel Riet Corrêa Jr." (HU/FURG). Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado em Enfermagem (PPGEnf - FURG).

cuidador em relação as ações de cuidado para com a criança (DT). Entretanto, observa-se na prática cotidiana hospitalar que a equipe de enfermagem sofre muitas vezes com a condição de saúde da criança hospitalizada dependente de tecnologia e por isso adota atitudes de defesa tentando evitar este sofrimento, no entanto isso faz com que os profissionais se afastem das crianças e de seus familiares acompanhantes, pois acreditam que quanto menos souberem e se envolverem com a situação, menos serão atingidos se algo de ruim acontecer com a família. Assim, após observação e detecção de que era necessário existir um cuidado mais humanizado na área da saúde o Ministério da Saúde criou, em 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com simples objetivo de humanizar a assistência prestada aos pacientes atendidos em hospitais públicos. Em 2003, torna-se uma Política Nacional de Humanização, ou Humaniza-SUS, abrangendo a saúde como um todo[1]. A problemática vivenciada e os inúmeros fatos divulgados pela mídia sobre a falta de humanização nas instituições de saúde e de seus trabalhadores aos usuários que procuram por cuidados motivaram a realização do presente estudo. **OBJETIVO:** discutir a humanização e o cuidado de enfermagem à crianças dependentes de tecnologias no contexto hospitalar. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo reflexivo sobre a humanização e o cuidado de enfermagem à crianças dependentes de tecnologias no contexto hospitalar. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** É incontestável o papel relevante dos recursos tecnológicos para o sucesso do tratamento e suporte parcial ou total da vida da criança criticamente enferma. No entanto, deve ser perpetuada a subordinação da tecnologia ao homem, e não a subordinação do homem à tecnologia. Ninguém questiona a importância da existência da tecnologia, porque ela em si não é benéfica nem maléfica, tudo depende do uso que se faz dela. E também não se pode impedir que ela exista, nem ignorá-la, isto seria um retrocesso do desenvolvimento[2]. Os equipamentos têm seu valor, desde que resguardados os princípios técnicos e humanos indispensáveis, tanto no diagnóstico como no tratamento, na manutenção e, sobretudo, na valorização da vida. As relações intersubjetivas que se estabelecem entre os profissionais de saúde manifestam-se de forma única, de acordo com o referencial de vida de cada membro da equipe, e destes com os clientes. Assim, observamos como é importante que a equipe de enfermagem, principalmente o enfermeiro por ser o líder da equipe de saúde, fique atento para tornar o ambiente hospitalar o menos traumático possível tanto para a criança hospitalizada quanto para o seu familiar cuidador, permitindo a criação de espaços de apoio e escuta atenta, possibilitando que as tecnologias sejam adotadas por todos os integrantes do cuidado de forma positiva, fazendo com que sejam criados vínculos afetivos entre profissionais de enfermagem, a criança e seu familiar cuidador. Sabemos que o uso das tecnologias dentro do

ambiente hospitalar pode causar grande afastamento entre os profissionais da enfermagem e a criança, uma vez que cuidar de uma criança (DT) necessita de preparo e habilidades técnicas, isso faz com que os profissionais foquem o cuidado à criança pensando somente na execução da técnica correta, ou do correto manuseio dos equipamentos, deixando de lado o cuidado integral à criança e a seu familiar cuidador, impedindo que ambos sejam cuidados de forma humanizada, não levando em consideração suas reais necessidades humanas. A humanização no ambiente tecnológico hospitalar depende das pessoas envolvidas nas ações de cuidado. O esforço é de todos para que a humanização se estabeleça com suas diferentes interfaces como, conhecimento, comprometimento, consciência, doação, compartilhamento resultando no cuidado. O cuidado envolve a pessoa inteira com suas habilidades técnico-científicas e seus sentimentos, motivação, o desejo de aliar o humano e técnico, torna-se existência viva[3]. Desta forma, a humanização do cuidado parece estar relacionada a atitudes de dar atenção, ter responsabilidade, cuidar bem, respeitando as particularidades de cada um, e principalmente promovendo assistência integral a criança hospitalizada e à família. De acordo com os profissionais, ação humanitária relaciona-se com a maneira como se cuida[4]. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Portanto, verificamos que o uso da tecnologia dentro do ambiente hospitalar traz diversos benefícios tanto para a criança dependente desta, uma vez que ela contribui de forma positiva em seu cuidado, quanto para a equipe de enfermagem a qual é responsável por utilizar-se deste aparato tecnológico com o objetivo de prestar uma assistência humanizada e de qualidade a criança e sua família, levando em consideração as suas crenças e valores, permitindo que o familiar cuidador seja um participante ativo no cuidado a criança (DT). Permitir que tanto a criança DT como o seu familiar cuidador sintam-se acolhidos dentro do ambiente hospitalar é uma tarefa da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro por ser ele o coordenador deste grupo. Assim, este deve estar atento as necessidades desta família, possibilitando que ela sinta-se segura dentro do ambiente hospitalar, oferecendo suporte para que o retorno ao lar seja o menos traumático e estressante. O enfermeiro deverá adotar ações que auxiliem este familiar cuidador promovendo o seu empoderamento para cuidar da criança (DT), permitindo que este sinta-se seguro em suas ações de cuidado, fortalecendo suas capacidades e potencializando-o e instrumentalizando-o para fazer uso das tecnologias necessárias ao cuidado. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A tecnologia revela determinados saberes e maneiras de cuidar. Entretanto, torna-se necessário o aperfeiçoamento e a atualização dos profissionais de saúde para que possam aplicar o conhecimento de forma responsável e racional, desenvolvendo um senso crítico e reflexivo de suas ações. Além disso, há de se repensar novas maneiras de

cuidar, utilizando a arte, a sensibilidade e a criatividade na adequação e humanização das tecnologias[5]. Portanto, este estudo permite uma avaliação crítica e reflexiva sobre a adequação da tecnologia no cuidado a criança hospitalizada e sua família, bem como a possibilidade da adoção de medidas e estratégias que valorizem e respeitem a vida humana em toda a sua dimensão, propiciando um cuidado individualizado e personalizado a criança e a sua família.

DESCRITORES: Enfermagem. Humanização da Assistência. Criança Hospitalizada.

REFERÊNCIAS

1. Salicio DMBS, Gaiva MAM. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. Rev Eletrônica Enferm 2006; 8(3): 370-6.

2. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. Rev Latinoam Enferm. 2002; 10(2): 137-44.

3. Cunha PJ; Zagonel IPS. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. Acta Paul Enferm 2008;21(3):412-9.

4. Reichert APS da, Lins RNP, Collet N. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. Rev Eletrônica Enferm [online]. 2007; 9(1):200-13. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a16.

5. Neto JAS, Rodrigues BMRD. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 372-7.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - TECNOLOGIA RELACIONAL NO COTIDIANO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO

Juliana Marques Weykamp[2]; Caroline Silveira Pickersgill[3]; Diana Cecagno[4]; Hedi Crecencia Heckler de Siqueira[5].

INTRODUÇÃO: Nos dias atuais verifica-se que a crescente demanda dos serviços de urgência e emergência encontra-se relacionada a diversos fatores, tais como, o aumento da violência, a desestruturação da rede de atenção primária e o crescimento populacional. Como consequências desses fatores têm-se observado a dificuldade do acesso e a falta de humanização do cuidado prestado nos serviços de urgência e emergência, que podem ser amenizados quando o acolhimento é utilizado como ferramenta que possibilita melhorias da assistência em saúde, pois em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), visa promover a humanização a fim de enfrentar a deficiência de resolutividade. O Acolhimento, ancorado à Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS, propõe que seja baseado na avaliação com classificação de risco[2]. O Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) difere da triagem, pois visa atender a toda a demanda, utilizando critérios de forma organizada, com base no grau de prioridade de cada usuário. Desta forma, o ACR nos serviços de urgência e emergência substitui a triagem com o intuito de reorganizar o fluxo dos usuários, além de oferecer conforto e escuta em uma situação de vulnerabilidade. Além disso, não visa a escolha de quem será atendido e quem não será, mas sim atender a todos os que buscam de forma organizada conforme o grau de prioridade de cada usuário, definido através de protocolo padrão elaborado pela instituição e fundamentado no protocolo do Ministério da Saúde[2]. **OBJETIVO:** Conhecer a compreensão dos enfermeiros acerca do ACR num serviço de urgência e emergência situado ao sul do estado do Rio Grande do Sul (RS).

[2] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem/FURG. Bolsista CAPES. Membro do grupo de Estudo e Pesquisa Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem Saúde (GEES). E-mail: juweykamp@hotmail.com
[3] Enfermeira membro da Comissão Intra Hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante/ CIHDOTT do Hospital Universitário São Francisco de Paula.
[4] Enfermeira, Mestre em Enfermagem/FURG. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem/FURG. Docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem/ UFPEL. Pelotas/RS – MEMBRO do grupo de Estudo e Pesquisa Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem Saúde (GEES). E-mail: cecagnod@yahoo.com.br
[5] Enfermeira e Administradora Hospitalar. Doutora em Enfermagem pela UFSC. Professora do Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da FURG e do Curso de Graduação em Enfermagem da Anhanguera. Líder do grupo de Estudo e Pesquisa Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem Saúde (GEES). E-mail: hedihs@terra.com.br

METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa do tipo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizada em uma unidade de Urgência e Emergência localizada ao sul do estado do Rio Grande do Sul (RS). A coleta de dados foi realizada após a aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), cujo parecer teve o Nº 053/2011, por meio de entrevista semi estruturada no período de maio a julho de 2011. Participaram do estudo 07 enfermeiros que atuam na unidade, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido A análise dos dados deu-se por meio da análise temática[3], e surgiu a categoria Compreensão dos Enfermeiros sobre Acolhimento. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os resultados evidenciam que a compreensão dos entrevistados sobre acolhimento é limitada, uma vez que entendem acolher como sinônimo de acolhimento com classificação de risco. O termo acolhimento reportou os entrevistados à procedimentos como verificação de sinais, as cores da classificação, o local onde é realizada a classificação, e até mesmo o protocolo, demonstrando desconhecimento do sentido da palavra acolher preconizado pelo MS que expressa ação de aproximação, um "estar com" e "perto de" em relação ao usuário, por isso é entendida como uma relação de inclusão de alguém[4]. Os profissionais deste estudo classificam os usuários que procuram o serviço de acordo com o protocolo elaborado pela instituição, sem se atentar para o ato do acolhimento que é parte de um processo que pretende promover qualidade de vida através de sensibilidade, sutileza e subjetividade na prática dos profissionais de saúde[5]. Visto como um processo de relações humanas necessita ser desempenhado por toda a equipe de saúde e em todos os setores do atendimento, não limita receber e encaminhar o usuário de forma fragmentada, mas sim constitui uma sequência de atos[2] que deveriam ser inter-relacionados. O que se observa na unidade em estudo é um atendimento de forma fragmentada em que o ato de acolher é restrito ao momento da classificação de risco, tornando a relação profissional/usuário, muitas vezes, hostil. O acolhimento com classificação de risco quando entendido como uma tecnologia relacional pode produzir transformações importantes no processo de trabalho dos profissionais de saúde, pautadas no diálogo, na valorização da queixa do usuário e família e nas especificidades[6]. Deste modo, destaca-se a importância da sensibilização dos profissionais para a prática de acolher entendendo a subjetividade como ferramenta na construção de relações de confiança e continuidade no atendimento dos usuários que procuram o serviço. Para tanto é importante que esses profissionais reflitam a respeito das relações que têm estabelecido com seus usuários, especialmente, quando essa relação pode se tornar mais tensa, como nas portas de entrada das unidades de saúde. A descaracterização do atendimento no serviço de urgência e a utilização indevida desse serviço, ocasionada, muitas vezes, pela

grande quantidade de atendimentos eletivos geram estresse, sobrecarga dos profissionais além de prejudicar a qualidade do atendimento dos casos. Neste sentido, a imposição de limites administrativos, como a distribuição de fichas, por exemplo, pode causar um distanciamento na relação usuário/profissional[7]. O Acolhimento está presente no cotidiano do ser humano, e se reportado aos serviços de urgência e emergência, é necessário considerar as dificuldades estabelecidas pelo próprio fluxo e rotina da demanda na unidade de saúde e também as dificuldades em detectar, por meio de um instrumento de classificação as necessidades que se encontram no subjetivo do usuário. **CONCLUSÃO:** O estudo permitiu identificar que a compreensão dos sujeitos acerca do ACR é restrita e percebida como sinônimo de acolher. Considera-se que o ACR é uma importante ferramenta para a qualificação do serviço, mas deve ser mais discutida entre os gestores e a equipe a fim de que esta proposta seja compreendida em todas as suas dimensões: da humanização e a da classificação dos usuários, seja seguida e respeitada por todos e, ainda realizada observando a inter-relação entre as diversas etapas de atendimento ao usuário. Salienta-se que a implementação desta ferramenta no SUE pode representar uma inovação capaz de qualificar a assistência, motivar os profissionais e aumentar a satisfação de todos os envolvidos no processo: unidades básicas de saúde, instituições que recebem os egressos do SUE, gestores e comunidade em geral. Neste ínterim, a comunidade necessita ser devidamente esclarecida e orientada quanto à proposta de atendimento com ACR, para que esta tenha maiores possibilidades de êxito. **IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Este trabalho pode contribuir para avaliações futuras do processo de ACR nas unidades de urgência e emergência e, além disso, permitir a reflexão dos estudantes de enfermagem, enfermeiros e gestores, a fim de que sejam criadas estratégias inovadoras para a melhoria da qualidade da assistência e da qualidade de vida dos profissionais, instituindo o acolhimento com classificação de risco como uma tecnologia relacional.

DESCRITORES: Enfermeiros. Acolhimento. Serviço Hospitalar de Emergência.

REFERÊNCIAS

1- Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

2- Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha da Política Nacional de Humanização: Acolhimento com classificação de risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

3- Minayo MC. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 11ª Ed. Editora Hucitec; 2010.

4- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília; 2008.

5- Santos DLC, Superti L, Macedo MS. Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública. Boletim da Saúde, Porto. Alegre. 2002; 16(2): 30-51.

6- Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, Martins JJ, Albuquerque GL. Acolhimento ao Paciente e Família na Unidade Coronariana. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(1): 81-9.

7- Francolli LA, Zoboli CP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2004; 38(2): 143-51.

ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: AÇÕES DA ENFERMAGEM INSERIDA NESSE CONTEXTO

Maria Cristina Da Silveira Chagas[6], Giovana Calcagno Gomes[2]; Jaqueline Rodrigues Dutra [3]; Iva Ema Fonseca Campos [4];

INTRODUÇÃO: O Programa Saúde da Família (PSF), atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), tem como finalidade promover mudanças na política de saúde vigente, através da implantação de equipes multidisciplinares que atuam no âmbito da promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais repetidos. Essa estratégia surge com a intenção de organizar a expansão e a qualificação da atenção básica na busca de superar o antigo modelo assistencial centrado na doença, tendo como princípios fundamentais: a integralidade, a qualidade da assistência, a equidade e participação social (TRINDADE; PERN; AMESTOY et al., 2011). As unidades básicas no sistema de saúde brasileiro foram as únicas responsáveis pela atenção básica, porém a família é um sistema que promove a saúde entre seus componentes. Para melhorar o atendimento e o cuidado à família que procura o serviço na Estratégia de Saúde da Família, surge o acolhimento que é uma das ferramentas usadas para receber todos os usuários que procuram o referido serviço e encaminhá-los para o atendimento adequado. Eis um dos desafios enfrentados hoje pelo sistema. **OBJETIVO:** Refletir a cerca do acolhimento e das ações de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família são que atividades voltadas para o cuidado com os indivíduos que procuram o sistema. **METODOLOGIA:** O trabalho tem como metodologia um estudo de produções científicas nacionais sobre acolhimento na estratégia em saúde da família e as ações da enfermagem nesse contexto, realizando uma revisão de literatura dos artigos publicados no período de 1999 a 2012. **RESULTADOS:** Ações da Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: O profissional de Enfermagem realiza o cuidado da saúde aos hipertensos e diabéticos. As atividades individuais e coletivas desenvolvidas nas unidades são relacionadas à orientação para modificações no estilo de vida, explicação sobre como tomar a medicação corretamente, bem como verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste, incluindo a transcrição da receita mensal, e a orientação sobre a importância de uma alimentação saudável. Para tanto, essas atividades dependem diretamente do interesse do usuário em ter participação ativa nas ações coletivas de

educação em saúde ou ida à ESF para consultas individuais com os enfermeiros (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2010). Essas ações visam também a assistência às famílias e, no contexto da saúde do idoso, a equipe de enfermagem visa consolidar ações de prevenção de doenças e de promoção de saúde. Ainda, se torna presente em suas ações quando as mães entram em depressão pós-parto (DPP), uma vez que essa doença afeta tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento de seu filho. **DISCUSSÃO** É necessário que o atendimento integral à prática clínica receba o usuário de forma acolhedora, ou seja, o profissional recebe a família, percebendo suas necessidades, e como resultado desse processo, há a intervenção de distintos profissionais. (ALVES; FABRI; FAQUIM et al., 2012). Outro aspecto importante é a consulta de enfermagem considerada uma atividade autônoma que possibilita que o profissional tenha a possibilidade de estabelecer laços consistentes com o cliente. Com isso, pode também fornecer dados relevantes, não somente a respeito de sua condição física momentânea, mas abrir espaço durante o diálogo para outras dimensões merecedoras de atenção. (SANTOS; JESUS; AMARAL et al., 2012). Durante o acolhimento é importante que o profissional enfermeiro estabeleça a comunicação efetiva com vistas a estabelecer neste momento uma relação interpessoal que envolva trocas verbais e não-verbais de informações e ideias. A comunicação em enfermagem durante o acolhimento não se refere somente ao conteúdo, mas também aos sentimentos e emoções que as pessoas podem transmitir num relacionamento (TEIXEIRA; SILVA; RODRIGUES et al., 2009). **CONCLUSÃO** Na presente pesquisa foi possível evidenciar que os profissionais de enfermagem que trabalham na Estratégia de Saúde da Família realizam o acolhimento aos usuários e ações de saúde, atentando na formação da relação interpessoal, na construção do “acolhimento-diálogo” com os que procuram o sistema e as atividades de educação em saúde. A elaboração de estratégias para melhorar a consulta de enfermagem durante o acolhimento e a participação ativa dos usuários nas ações coletivas de educação em saúde torna-se necessária uma vez que, já que contribuem para a promoção da saúde dos trabalhadores. **CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM** Para tanto, viu-se que o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que não implica hora ou profissional específico para fazê-lo. Os resultados apontam que para haver efetividade durante o acolhimento é necessário que o enfermeiro crie um vínculo de relação interpessoal, bem como o diálogo com o usuário compartilhando saberes, angústias e invenções, tomando para si o compromisso de “abrigar e agasalhar” àquelas pessoas que buscam o serviço, com responsabilidade e resolutividade, sinalizada pelo caso em questão.

DESCRITORES: Enfermagem. Acolhimento. Saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. S.; FABRI, A.C.O.C.; FAQUIM, L.J., et al. Saberes de enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde sobre conceitos de enfermagem. **Rev. Enferm. Cent. O. Min**. v. 2, n. 1, jan/abr, 2012, p. 1-9.

ARAÚJO, J. L.; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery** (impr.), v. 14, n. 3, jul-set, 2010, p. 560-566.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A 7ao.htm>. Acesso em: 26 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Secretaria de Atenção Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 154**, de 25 de janeiro de 2008. Cria Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, 15 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, 28 mar. 2006.

MORENO, Vânia. Enfermeiras das unidades básicas de saúde: visão sobre a família. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 9, n. 1, , jan./mar. 2008, p. 9-18.

NATALINI, G. Princípios Básicos do Sistema Único de Saúde. In: **O que você precisa saber sobre o SUS.** v. II. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2001, p. 21-34.

PINHO, I. C.; SIQUEITA, J. C. B. A.; PINHO, L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 8, n. 1, dez. 2006, p.42-51. Disponível em : <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_05.htm>. Acesso em: 26 mar. 2013.

SANTANA, J. C. B.; FORTES, N.M.; ANDRADE, A.V.; et al. acolhimento em um serviço da atenção básica à saúde de Minas Gerais **Rev. Enferm. Cent. O. Min**.; Vol. 2, n. 2, 2012 mai/ago, p.166-176.

SANTOS JUNIOR, H.P.O.; SILVEIRA, M.F.A.; GUALDA, D.M.R. Depressão pós-parto: um problema latente. **Rev Gaúcha Enferm**., Porto Alegre, RS, v. 30, n. 3, set. 2009, p. 516-24.

SANTOS, S. M. R.; JESUS, M. C. P.; AMARAL, A. M. M.; COSTA, D. M. N.; ARCANJO, R. A. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde. **Texto Contexto & Enferm**. Vol. 17, n. 1, 2008, p. 24-30.

SCHOLZE, A.S.; DUARTE JUNIOR, C.F.; FLORES E SILVA, Y. Health work and the implementation of user embracement in primary healthcare: affection, empathy or alterity?. Interface - **Comunic., Saude, Educ**., v.13, n.31, out./dez. 2009, p.303-14.

SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <http www.www.scielo.br>. Acesso em: 21 mar. 2013.

TEIXEIRA, Carla Araujo Bastos; SILVA, Raimunda Magalhães da; RODRIGUES, Maria Socorro Pereira et al. Comunicação interpessoal como instrumento que viabiliza a qualidade da consulta de enfermagem ginecológica **Rev. APS**, v. 12, n. 1, p. 16-28, jan./mar. 2009.

TRINDADE, Letícia de Lima Trindade; PERN, Andressa; AMESTOY, Simone Coelho et al. Reflexões acerca do perfil de atendimento na estratégia saúde da família. **Cogitare Enferm**. Vol. 16, n. 1, Jan/Mar. 2011, p.162-66.

VALENÇA, Cecília Nogueira; GERMANO, Raimunda Medeiros. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Rev. Rene. Fortaleza,** v. 11, n. 2, abr./jun. 2010, p. 129-139.

VALENÇA, N.; NASCIMENTO FILHO. J. M.; GERMANO, R. M. Comunicação, acolhimento e educação em saúde na consulta de enfermagem em ginecologia. **Saúde Soc**. Vol. 19, n. 2, 2010, p. 273-85.

ATENDIMENTO A USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE VIVÊNCIAS COMO BOLSISTA DO PROJETO /PRÓ PET – SAÚDE

Amanda Gayer Cardoso[1]; Geani Farias Machado Fernandes[2].

INTRODUÇÃO: As substâncias psicotrópicas apresentam características farmacológicas intrínsecas e extrínsecas, determinando um perfil próprio de ação, e uma forma peculiar de interação com o homem [1]. O uso do álcool, por exemplo, é cultural, sendo permitido em quase todas as sociedades do mundo; muitas das vezes é utilizado de forma errônea, em que, as pessoas consomem para encontrarem o refugio dos seus problemas. A informação sobre as conseqüências do uso inadequado do álcool ainda são insuficientes e não atingem o público alvo, os adolescentes e adultos jovens. O alcoolismo continuado provoca sérias alterações fisiológicas e psicológicas, como: cirrose hepática; síndromes alucinatória e delirante; ansiedade; alteração do padrão de sono; aumenta a predisposição a outras doenças, como as infecções e o *delirium tremens*, o quadro mais grave de abstinência. Muitos alcoolistas passam a usar a cocaína e maconha para tentar deixar o álcool, "retirar" o efeito deste. A cocaína é uma substância psicoativa, que atua no sistema de recompensa, que é responsável pelas sensações de bem estar, euforia, poder, prazer, redução do apetite, diminuição da necessidade de sono, agitação psicomotora, dentre outros. Essa tende a perder sua eficácia com o tempo de uso conhecido como tolerância a droga, no qual, o usuário necessita utilizar doses progressivamente mais altas para obter os mesmos efeitos que conseguia no início do uso; e estas dosagens excessivas e freqüentes provocam alucinações táteis, visuais, auditivas, além de delírios, agressividade e paranóia. Usuários relatam que, mesmo com o aumento da quantidade da droga os efeitos não são iguais os do início, o que os deixam mais frustrados e os estimula para usar novamente. Já maconha é utilizada muitas vezes como a busca de remédio para sintomas de ansiedade e angústia. Essa provoca de um modo geral uma diminuição da atividade motora, estimula o sistema digestivo, isto é, o aumento do apetite, estimula o relaxamento e a calma, prejudica a memória de curto prazo, também conhecida como a memória de trabalho; mas todos estes podem ou não se manifestarem, dependendo das características do usuário. O uso abusivo de álcool e outras drogas deixam muitos usuários entre a vida e a morte, o que para alguns é um estimulo para deixar o vício. No entanto nesse processo lento e gradual, o usuário enfrentará grandes desafios e dificuldades, dentre elas a Síndrome de Abstinência. "A abstinência é uma direção clínica muitas vezes necessária, mas nem sempre possível para alguns sujeitos, que não querem ou não conseguem parar o

consumo, e que deve ter como referencial teórico – prático de atuação as práticas e ética da redução de danos." [2] A Síndrome de Abstinência é responsável por um aumento do número de morbidade e mortalidade associadas ao consumo de álcool e outras drogas, que consiste na interrupção total ou parcial do consumo de drogas. [3] Seus sinais e sintomas são pouco específicos, o que torna seu processo de reconhecimento e avaliação difícil e complexo; que podem variar conforme gravidade e intensidade. Dentre os sinais conhecidos destacamos a ansiedade, agitação, tremores, alterações de humor e até mesmo sonhos de que está consumindo a droga. "A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, necessário, demandado, ofertado e o que deve e pode ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento."[4] Então, a redução de danos é um método que possui como estratégia a defesa da vida, não voltado somente para a abstinência; visa aumentar a liberdade e responsabilidade daquele que está se tratando. Não podemos esquecer que existem centros, grupos e ONGs de apoio, dentre esses há o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Estes oferecem atendimento terapêutico individualizado diariamente; grupos de apoio com médicos, psicólogos, enfermeiras; grupo de recaída; oferecem oportunidades de estudos; acolhimento; diálogo em família, entre outros serviços. Neste caso, ressaltamos que o atendimento primário ao usuário se faz na Unidade Básica de Saúde da Família, que é o ambiente propicio para o desenvolvimento das primeiras atividades, pois corresponde a sua realidade; a qual encaminhará o usuário ao CAPS AD e demais serviços. Em conjunto com esses centros, atendimentos e tratamentos há o apoio da família, que possui um papel importantíssimo ao lado do paciente que tenta se recuperar, e abandonar a dependência química. **OBJETIVO:** Relatar a experiência vivida nas atividades extracurriculares realizadas em uma Unidade Básica de Saúde da Família, voltadas para o atendimento a um usuário de álcool e outras drogas, como também a prevenção da recaída e possíveis agravos clínicos. **METODOLOGIA:** Relato de experiência de abordagem qualitativa e reflexiva sobre o cuidado prestado a um adulto usuário de drogas, durante as atividades práticas realizadas pela bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PRO-PET Saúde) na Unidade de Saúde da Família localizada no bairro Castelo Branco do Município do Rio Grande a partir do segundo semestre de 2013, até o momento. Como sujeito do estudo tivemos um paciente de 45 anos, branco, sexo masculino, portador de Hepatite C, separado, estudante, natural de

Rio Grande, mora com o pai e madrasta desde 2013; refere ter uma filha e uma neta. Não possui Carteira de Trabalho, deste modo não possui renda fixa, nem também auxilio do INSS. O paciente foi escolhido por indicação da enfermeira e da médica da Unidade pelo fato de necessitar uma maior atenção devido ser usuário de drogas, querer deixar o vício e estar em acompanhamento no CAPS AD. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A análise dos dados do prontuário do paciente, observação e diálogo durante a realização das consultas médicas e de enfermagem, além da entrevista com o paciente possibilitou - nos a elaboração de um plano de cuidados, contendo consultas mensais na UBSF, acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, visitas domiciliares realizadas pela Agente Comunitária de Saúde, a qual repassava as informações para a equipe. Realizamos orientações sobre as crises de abstinência, prevenção de recaída, controle de exames laboratoriais. **CONCLUSÃO:** Apesar de, acima, terem sido abordadas as drogas e suas complicações à saúde, todos os usuários devem e precisam ter livre acesso ao tratamento em qualquer fase da doença, assim como também seus familiares. O envolvimento da família na fase do tratamento do paciente é fundamental, pois facilita e proporciona maior adesão do mesmo ao tratamento, como também melhora a qualidade de vida dos demais a sua volta. Todas as medidas tidas anteriormente podem e devem ser implantadas a todas as pessoas que buscam tratamento, e integradas nos sistemas público e privado para melhores resultados, buscando principalmente a cura da doença. **IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM:** A enfermagem exerce um papel importante no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, por meio das orientações e consultas de enfermagem. O espaço destinado à Consulta proporciona maior liberdade ao paciente. E é função do enfermeiro a orientação, educação e sensibilização da população, prestando assistência com segurança e responsabilidade aos clientes das Unidades de Saúde.

REFERÊNCIAS

1 - Leite MC, Andrade AG. Cocaína e Crack: dos fundamentos ao tratamento. São Paulo, Brasil. Revista Brasileira de Psiquiatria. 1999, 21 (1).

2 – Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: saúde mental. Brasília (DF): Editora MS; 2013.

3 – Maciel C, Corrêa FK. Complicações psiquiátricas do uso crônico do álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas. São Paulo, Brasil. Revista Brasileira de Psiquiatria.

2004, 26 (1).

4 – Brasil. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília (DF): 2ª Ed; 2004.

ATUAÇÃO DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mery Hellen da Silva Quintana[7]; Jackeline da Silva Viana[8]; Fernanda dos Reis Novo[9]; Rosemary Silva da Silveira[10]

INTRODUÇÃO: O Serviço de Pronto Atendimento (SPA) do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) presta assistência médica e de enfermagem para pessoas que necessitam atendimento de urgência na área clínica, cirúrgica, materno-infantil e pediátrica e serve como porta de entrada para atendimentos de baixa, média ou alta complexidade. Apesar de vivermos numa realidade onde a saúde é municipalizada[1] e os avanços são significativos, convivemos diariamente com problemas como dificuldade de acesso do usuário, pois verificamos que o número de leitos do HU é insuficiente e que os usuários e familiares se aglomeram nos corredores do SPA apesar das mais diversas queixas. Assim, o tipo de atividade desenvolvida no SPA demanda de diferentes fatores, tais como número adequado de trabalhadores, material suficiente e de qualidade e, principalmente, a necessidade de direcionar um atendimento humanizado aos clientes, na tentativa de promover o enfrentamento das diferentes situações vivenciadas e a qualidade da saúde neste ambiente.[2] **OBJETIVO:** Relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem durante o desenvolvimento de suas atividades práticas no Serviço de Pronto Atendimento de um hospital público do sul do país. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma atividade prática desenvolvida por acadêmicas de enfermagem da quinta série na Disciplina Assistência de Enfermagem ao Adulto nas Intercorrências Clínicas. As práticas aconteceram duas vezes por semana, nas quartas e quintas feiras, durante o período da manhã. Inicialmente assistíamos a passagem de plantão da enfermagem. Logo após, eram distribuídas as tarefas individuais e coletivas do grupo. Assumíamos como cuidado uma enfermaria composta por dez leitos, cinco femininos e cinco masculinos, distribuídos entre as acadêmicas de modo que cada uma ficasse responsável pelo cuidado integral de no máximo dois pacientes. Uma acadêmica do grupo ficava responsável em atender a demanda externa e realizar os procedimentos nos pacientes em observação. Ao identificar as prioridades dos pacientes e

[7] Acadêmica de Enfermagem da sexta série do Curso de Enfermagem da FURG. E-mail: mh_quintana@hotmail.com
[8] Acadêmica de Enfermagem da sexta série do Curso de Enfermagem da FURG.
[9] Acadêmica de Enfermagem da sexta série do Curso de Enfermagem da FURG.
[10] Enfermeira, Professora do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da FURG. Membro do NEPES. E-mail: anacarol@mikrus.com.br

para atender a demanda de trabalho, os membros do grupo trabalharam coletivamente, ajudando seu colega sempre que necessário durante a realização dos procedimentos externos. **RESULTADOS:** Sob supervisão da professora, após a realização dos cuidados e procedimentos eram realizadas discussões e reflexões acerca das atividades propostas. O cuidado integral dos pacientes na enfermaria abrangia a higiene, avaliação, exame físico, entrevista, aferição de sinais vitais e HGT, administração de medicações, punção venosa, curativos, sondagem nasoenteral e nasogástrica, procedimentos invasivos, como sondagem vesical de alívio para coleta de exames, e sondagem vesical de demora, quando necessário ou prescrito. Também prestamos o cuidado direcionado a uma paciente que encontrava-se na sala de urgência com insuficiência respiratória, assim teve-se a oportunidade de realizar cuidados como monitorização cardíaca, oximetria de pulso, aplicação de oxigênio por máscara de Venturi e realização de eletrocardiograma, dentre outros. Ao final do turno, realizava-se as evoluções de enfermagem dos pacientes sob nossos cuidados e passávamos os pacientes para a enfermeira e demais membros da equipe de enfermagem, enfatizando cuidados realizados e necessidades evidenciadas. Foi possível ainda, observar o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro que atua no serviço de pronto atendimento, suas atribuições e responsabilidades extras, que hospitais públicos demandam. Além dos cuidados prestados, da evolução de enfermagem, realizou-se o histórico de enfermagem de alguns pacientes, evidenciando os diagnósticos de enfermagem. Após o estabelecimento dos diagnósticos, desenvolveu-se o planejamento da assistência direcionando as ações de enfermagem para satisfazer as necessidades humanas básicas individuais e de modo humanizado.[3] **CONCLUSÕES:** As atividades práticas desenvolvidas na Disciplina Assistência de Enfermagem ao Adulto nas Intercorrências Clínicas no ambiente do SPA constituíram-se numa experiência muito rica, tanto para quem estava cuidando dos pacientes na enfermaria, quanto para quem estava atendendo a demanda externa da unidade, pois foi possível realizar diversos cuidados de enfermagem, desenvolvendo a destreza e a habilidade técnica para a realização dos procedimentos de atribuição do enfermeiro. Acredita-se também, que no decorrer das atividades desenvolvidas na disciplina fomos estimuladas a desenvolver o raciocínio clínico e o pensamento crítico sobre as situações de intercorrências clínicas encontradas, e sobre quais cuidados e ações adotar. Consideramos, portanto, que o fazer do enfermeiro não consiste somente na realização de técnicas e procedimentos, mas sim, num fazer reflexivo, despertando o raciocínio clínico, o respeito aos valores e crenças individuais dos usuários e seus familiares. Diante das situações de intercorrências clínicas enfrentadas pelos pacientes, percebemos que estes necessitavam de diferentes ações de enfermagem, as quais propiciaram

e fortaleceram nossas ações. Podemos afirmar que as atividades práticas desenvolvidas no SPA contribuíram para o nosso crescimento acadêmico enquanto futuro profissional e, fundamentalmente, enquanto ser humano sensível e comprometido com o seu fazer. Isso requer dos acadêmicos a consciência acerca de sua importância não só para desempenhar suas atribuições, cada vez mais próximos das necessidades de saúde da população, como também para instigar-nos a multiplicar o conhecimento necessário para realizar o cuidado de enfermagem com qualidade. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Durante o desenvolvimento das atividades práticas na disciplina Assistência de Enfermagem ao Adulto nas Intercorrências Clínicas foi possível compreender o quão complexo é o trabalho do enfermeiro do Serviço de Pronto Atendimento, devido ao grande número de atribuições que este profissional exerce. Há a necessidade de realização de tarefas de âmbito administrativas, atividades diretas ao paciente, como procedimentos invasivos, curativos e outros tipos de cuidados. Existe também o trabalho intermediário a esse fazer, que é a avaliação dos pacientes internados e o planejamento dos seus cuidados. O enfermeiro possui grande responsabilidade dentro da unidade, sendo ele quem define as diferentes ações a serem realizadas pelos diferentes membros que compõe a equipe de enfermagem. Estar presente em um campo tão rico de experiências proporcionou as acadêmicas grandes oportunidades para aperfeiçoamento das técnicas, desenvolvimento do raciocínio clínico e do pensamento crítico e a construção do modelo de profissional que se quer alcançar ao final da graduação.[4] O desenvolvimento do trabalho da enfermagem no SPA exige trabalhadores éticos e responsáveis, capazes de reconhecerem, nos usuários dos serviços, um ser repleto de necessidades, nem sempre objetivadas em um diagnóstico clínico. Para tanto, necessário se faz que o coletivo da enfermagem, dos quais acadêmicos e docentes também fazem parte, se posicionem no sentido de oferecer uma assistência integral à saúde dos usuários que ali necessitam de atendimento. Tal posicionamento deve ser direcionado tanto para a organização do processo de trabalho de enfermagem do SPA de modo a satisfazer as necessidades de saúde da população bem como, para efetivarem transformações necessárias para atender as necessidades dos trabalhadores e acadêmicos que ali atuam.

DESCRITORES: Enfermagem. Estudantes de Enfermagem. Ensino.

REFERÊNCIAS

1. Dowbor M. Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. L.Nov. 2009;78: 185-22.

2. Dal Pai D, Lautert L. Suporte humanizado em Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem. Rev. Bras. Enf, mar-abr 2005; 58(2):231-34.

3. Marques GQ, Lima MAD. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(1):41-7.

4. Gindi L, Medeiros HMF, Zamberlan C, Costenaro RGS. A percepção dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o trabalho dos enfermeiros. Cogitare Enferm 2005 jan/abr; 10(1):34-41.

CAMPANHA DE VACINAÇÃO DO HPV NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CAIC: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Julie Mirapalheta dos Santos[11]; Juliana Piveta de Lima[2]; Bruna Ruoso da Silva[3]; Geani Fernandes[4]; Suzi Mara Teixeira Bromberger[5];

INTRODUÇÃO: O HPV (papilomavírus humano) é um vírus que engloba mais de cem tipos diferentes de cepas virais e algumas são consideradas de alto risco para malignidade[1]. De acordo com o Ministério da Saúde[2], os tipos virais oncogênicos mais comuns são o 16 e 18 relacionados com o câncer do colo do útero, vagina, vulva pênis, ânus e orofaringe e responsáveis por 70% dos casos. Enquanto que os HPV 6 e 11 estão associados a até 90% das lesões anogenitais, geralmente pelo contato genital[3], provocando assim a formação de verrugas na pele, e nas regiões oral (lábios, boca, cordas vocais), anal, genital e da uretra. As lesões genitais podem ser de alto risco, porque são precursoras de tumores malignos, como o câncer do colo do útero e do pênis. A principal forma de transmissão do HPV é por via sexual, que inclui contato oral- genital, genital-genital ou mesmo manual- genital. Desta forma, os meios de prevenção da doença são o uso de preservativos e a vacinação. Atualmente são comercializados, dois tipos de vacinas: a vacina bivalente, que protege contra os tipos virais 16 e 18, e a quadrivalente, que oferece proteção contra os tipos 6, 11, 16 e 18. O Ministério da Saúde adquiriu a vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante), quadrivalente[2]. Esta foi à utilizada para Imunizar as adolescentes na faixa etária de 11 a 13 anos durante o mês de março a abril de 2014 na Campanha de Vacinação contra o HPV. A Secretaria Municipal do Rio Grande através de um resumo sobre a introdução da vacina do HPV na atenção básica, afirma que a meta é vacinar 80% da população alvo, o total em Rio Grande representa 4.969 meninas[4]. A vacina consiste na administração de 3 doses, sendo primeira dose no mês de março, segunda dose 6 meses após e terceira dose 60 meses após. A vacina do HPV deve ser administrada exclusivamente pela via intramuscular,

[11] 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). Bolsista do PET- Saúde. Email: juliemirapalheta@hotmail.com
[2] Acadêmica da 4ª série do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Bolsista CNPq.
[3] 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). Bolsista do PET- Saúde.
[4] Docente da Escola de Enfermagem FURG.
[5] Enfermeira da Unidade Básica de Saúde da Família CAIC

preferencialmente na região deltoide, na parte superior do braço esquerdo, ou na região anterolateral superior da coxa. Essa vacina tem apresentação Frasco-ampola com 1 dose de 0,5 ml. A Unidade Básica de Saúde da Família CAIC abrange a escola CAIC e o Bairro Castelo Branco II, compreendendo aproximadamente 110 meninas, através de levantamento feito por dados fornecidos pela Escola CAIC e pela contagem do número de adolescentes entre as famílias, as quais a Unidade Básica é responsável por prestar assistência. Enquanto acadêmicas de Enfermagem, duas vinculadas ao PET-Saúde, e uma participante voluntária da Campanha de Vacinação do HPV, avaliamos juntamente com a Enfermeira a necessidade de sensibilizar os alunos na escola antes da vacinação. **OBJETIVO:** relatar a experiência vivida por acadêmicas de enfermagem, integrantes do projeto de extensão Pró-PET-Saúde, durante a campanha de vacinação do Ministério da Saúde no combate ao Vírus HPV. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido por acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, membros do PET – Saúde, oriundo da realização da campanha de vacinação do HPV na Unidade Básica de Saúde da Família CAIC, no período de 13/03/2014 a 13/04/2014. As atividades da campanha de vacinação foram desenvolvidas durante os quatro turnos semanais neste período, totalizando 16 turnos. Primeiramente planejamos as atividades com a enfermeira, conversamos com a direção da escola para que as meninas levassem para casa o termo de recusa. Este termo foi entregue a todas as meninas da faixa etária correspondente (11 a 13 anos) alegando que os pais que se recusassem a realização da vacina deveriam comparecer na escola para assinar o termo de recusa. além deste termo utilizado pela escola, propomos a criação e distribuição de um folder contendo informações sobre o hpv e a importância da prevenção através da vacina para os pais e os estudantes. visando assegurar uma boa adesão das adolescentes à campanha de vacinação, visitamos todas as turmas para conversar com as adolescentes com o intuito de informar sobre a duração da campanha, faixa etária, esquema vacinal, modo de transmissão do vírus hpv, importância da vacinação e ainda divulgarmos um novo serviço de atendimento individualizado ao adolescente que entrará em funcionamento no próximo mês. Este novo serviço tem como objetivo proporcionar ao público adolescente um acompanhamento sistematizado através da consulta de enfermagem e participação em um grupo de promoção de saúde que abordará as temáticas de interesse para essa faixa etária com frequência mensal. **RESULTADOS:** Foi vacinado um total de 110 meninas, atingindo a meta da unidade. Após as orientações realizadas, foi possível perceber que as adolescentes entenderam a importância da vacinação e aderiram satisfatoriamente à campanha. Esta atividade também nos proporcionou relembrar o conteúdo teórico e aplicá-lo na prática, uma vez que, participamos

de um processo de capacitação, confeccionamos folders ilustrativos para abordar está temática com as alunas, desenvolvemos as atividades educativas em todas as turmas, o que possibilitou um envolvimento com as adolescentes, criar o vinculo, antes da realização da vacina, tendo como resultado um melhor relacionamento entre adolescentes e acadêmicas. **CONCLUSÕES**: Acreditamos que a campanha de vacinação além de imunizar as adolescentes, do sexo feminino, de 11 a 13 anos contra o vírus do HPV, também pode esclarecer dúvidas propostas pelo público alvo por meio de folder e palestra realizada na escola, pelas acadêmicas de enfermagem acompanhadas da enfermeira da unidade, onde nos foi questionado qual era o propósito da campanha, o motivo da faixa-etária e o significado da sigla HPV. Ao final, as dúvidas foram sanadas e atingimos a meta prescrita da cobertura vacinal da unidade. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Diante do exposto, toma-se possível observar a importância do enfermeiro durante as campanhas de vacinação, uma vez que contribuímos para uma maior cobertura de pessoas vacinadas, promovemos educação em saúde e com isso uma melhor qualidade de vida. Estas ações também contribuem para a formação acadêmica do profissional que vivencia na prática questões que são abordadas durante sua graduação.

DESCRITORES: HPV. Enfermagem. Imunização

REFERÊNCIAS

1- Bricks LF. Vacina HPV: nova perspectiva na prevenção de câncer. Pediatria, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 154-156, 2007.

2- Portal Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: < https://www.google.com.br/#q=campanha+de+vacinação+hpv+ministerio+da+saude> Acesso em: 04.05.14.

3- Bonnez W, Reichman RC. Papilomaviruses. In: Mandell GL, Bennett JE,Dolin R. Principlesandpracticeofinfectiousdiseases. New York: ChurchillLivingstone Inc.; 2010. p. 2035-50.

4-Resumo sobre Introdução ao HPV na atenção básica. Disponível para as Unidades Básicas de Saúde da Família. Secretaria Municipal do Rio Grande. Vigilância Epidemiológia.

CURSO DE GESTANTES EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luciana Reis [12]; Silvia Reis[2]; Nara Beatriz Silveira [3]; Deise Ribeiro Aquino[4]

INTRODUÇÃO: Ao processo de gestar é individual o subjetivo, tornando assim uma experiência complexa e diferenciada para cada mulher. Ademais do processo biológico que se desenvolve, a gestação envolve processos sociais que incluem a família e a rede social ao qual a mulher está inserida[1]. Assim, pode-se perceber que é fundamental que a mulher esteja preparada para vivenciar o processo de gestar de forma a possibilitar uma gestação saudável e menores risco para o recém nascido. Durante o período gestacional, a mulher passa por muitas e significativas mudanças, tanto a nível físico como emocional, assim poder obter informações antecipadamente sobre que mudanças ocorrerão, o que considerar normal ou anormal no processo gravídico, bem como agir em cada situação apresentada, dará maior segurança a gestante e seus familiares, proporcionando assim maior tranquilidade para o tão esperado momento do parto[2]. Ambos os momentos, gravidez e parto, são determinantes importantes do estado de saúde da mulher. Portanto, o atendimento à mulher no ciclo grávido-puerperal é uma atividade prevista nas Ações Básicas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher preconizado pelo Ministério da Saúde e que deve ser desenvolvida pelos profissionais de saúde nos hospitais e nas unidades de saúde da rede básica[3]. O trabalho com grupos proporciona a troca de experiências e conhecimentos entre as gestantes e os profissionais de saúde, sendo assim a melhor forma de promover a educação em saúde no processo de gestação, preparando-as para a maternidade[4]. Por compreender a importância do pré-natal na assistência à saúde da mulher, desenvolveu-se na Unidade Básica Saúde da Família Bernadeth um grupo de gestantes, tendo como idealizadores discentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande e discentes da Faculdade anhanguera juntamente com a Enfermeira responsável pela UBSF Bernadeth da Secretaria Municipal de Saúde e pela Enfermeira responsável pelo estágio. **OBJETIVO**: Promover discussões sobre

[12]Relatora. Acadêmica do 9º semestre do Curso de Enfermagem da Faculdade Anhanguera, e-mail: lima.luciana1977@bol.com.br
[2]Autora. Acadêmica do 9º semestre do Curso de Enfermagem da Faculdade Anhanguera.
[3] Autora. Acadêmica do 9º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG.
[4]Orientadora, Professora da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande– FURG, e-mail: deiseaquino@furg.br

as modificações físicas e psíquicas que ocorrem durante a gestação, parto e puerpério, processo de pré parto e parto; Desenvolver a auto-estima; Discutir as leis sobre direitos das gestantes; Orientar sobre cuidados com o recém nascido; Refletir sobre a importância da amamentação; Incentivar as atividades físicas. **METODOLOGIA**: Trata-se de um relato de experiência de discentes da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, juntamente com discentes da Faculdade Anhanguera e da Enfermeira responsável pelo estágio de docência da Universidade Federal do Rio Grande, que participam do "Curso para gestantes".O presente texto busca relatar a experiência das estudantes na realização do curso de gestantes realizado no período de maio à junho de 2013. Foram desenvolvidos oito encontros semanais com as gestantes usuárias da UBSF Bernadeth, no Município de Rio Grande. Esses encontros contaram com a presença de outros profissionais, sendo eles: nutricionista, acadêmica de direito da Faculdade Anhanguera, acadêmicos de fisioterapia da Faculdade Anhanguera, acadêmicos de enfermagem e a enfermeira. O primeiro encontro foi realizado com propósito de que as gestantes se conhecessem, trocassem informações sobre suas gestações, afim de criar alguns vínculos entre elas e entre a equipe que iria realizar o curso de gestantes. O segundo encontro foi realizado com as acadêmicas e a nutricionista. Foi orientada a dieta mais saudável para a gestante e para o bebê, levando em conta as reais condições sócio econômicas do grupo de gestantes. O terceiro encontro foi realizado com as acadêmicas juntamente com um fisioterapeuta que orientou técnicas de relaxamento, técnicas respiratórias para o momento anterior e no parto, técnicas de alongamento e exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, bem como postura corporal em virtude da curvatura ocasionada na coluna cervical pela gestação. Esse encontro realizou-se de forma teórico-prática, com a participação das gestantes. O quarto encontro foi realizado pelas acadêmicas e a enfermeira da Unidade, onde foi realizado um encontro teórico prático de cuidados ao recém nascido: realizado banho, higiene, troca de fraldas e simulação de amamentação com a utilização de bonecos. O quinto encontro foi realizado com as Acadêmicas de enfermagem juntamente com a presença da Acadêmica de direito que trouxe uma cartilha e discutiu os direitos das gestantes, do recém nascido e do pai, incluindo direitos trabalhistas, direitos a assistência entre outros assuntos. O sexto encontro foi realizado pelas Acadêmicas de enfermagem refletindo sobre a depressão pós-parto, enfocando a importância de perceber os sintomas e recorrer ao profissional de saúde. Além disso, foram discutidos cuidados no puerpério. O sétimo encontro foi realizado com as Acadêmicas de enfermagem, orientando a fases do trabalho de parto, sinais de aproximação do parto. O Oitavo e último encontro foi realizado um ensaio fotográfico com as gestantes, proporcionando o aumento da auto-estima.

Posteriormente esse ensaio fotográfico foi gravado em CD e entregue as gestantes. No mesmo além das fotos individuais, continham fotos das aulas práticas com os bonecos e com o fisioterapeuta. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foi visualizado um maior entendimento da gestação como processo normal na vida da mulher, bem como maior confiança nas questões dos cuidados com o recém nascido. Além disso, as gestantes demonstraram estarem mais confiantes no atendimento do pré-natal realizado pelo profissional enfermeiro. Identificou-se posteriormente, que as gestantes que realizaram o curso de gestantes conseguiram amamentar com mais facilidade e chegaram ao Centro Obstétrico dos hospitais orientadas quanto as fases do processo de trabalho de parto e parto e de seus direitos enquanto gestantes. Conseqüentemente a isso, sentiram-se mais seguras e tranqüilas. Ainda, as puérperas relataram não terem tido problemas nas mamas, os quais acreditavam terem sido pelo fato de terem sido orientadas ao preparo das mamas para a amamentação. As gestantes perceberam que os exercícios orientados pelos fisioterapeutas quanto a respiração, alongamentos, entre outros, auxiliaram no processo do pré parto e parto. Fica evidente a importância da oportunidade universitária dos acadêmicos desenvolverem atividades a nível de prevenção em Unidades Básicas de Saúde, onde o profissional pode apropriar-se das vivências da população e se inserir em seu ambiente social. **CONCLUSÃO**: O desenvolvimento do Curso de gestantes proporcionou a interação entre a Universidade Federal de Rio Grande, a Faculdade Anhanguera, o serviço de saúde e a comunidade de Rio Grande. As informações compartilhadas são evidentemente necessárias para a melhoria do processo de gerir e criar filhos. A interação de diferentes profissionais e de diversos segmentos da sociedade mostra que a integração de saberes pode construir para a prestação do cuidado humanizado à mulher. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Sendo um trabalho que relaciona ensino, pesquisa e extensão, este campo de assistência busca promover o aprimoramento dos acadêmicos de enfermagem e a integração com a equipe da Unidade Básica de Saúde, de forma a ampliar a sua experiência e incrementar sua formação. Aliado a isso, pode-se observar a importância da enfermagem nas ações que visam à promoção a saúde.

DESCRITORES: Enfermagem. Saúde da Mulher. Pré-natal.

REFERÊNCIAS

1-Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. ed.10. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

2- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001.

3- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília (DF); 2002.

4- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher : princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2007.

ENFERMAGEM DO TRABALHO - POSSIBILIDADES DE CUIDADO OU DE NEGAÇÃO DE SI E DO OUTRO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Carla Godinho Duarte [13]; Lima , Deise Feijó Lima [2]

INTRODUÇÃO: O profissional de enfermagem busca constantemente, capacitar-se para a prestação do cuidado, direcionando sua atenção à prevenção e ao tratamento de doenças, a recuperação e ao restabelecimento dos pacientes ou, ainda, vivenciando junto ao paciente seu processo de morte e morrer, atividades essas que são desempenhadas em jornadas exaustivas, sobrecarregadas pelas condições precárias do trabalho, seja em função de recursos humanos ou materiais escassos, ou a visão administrativa de seus superiores visualizando a lucratividade empresarial, além de estar sujeito a opressão de um sistema que não lhe fornece condições de garantir a assistência mínima aos pacientes e aos trabalhadores, nem garantindo-lhe reconhecimento e valorização profissional, trazendo-lhe assim muitas vezes, sofrimento e insatisfação no trabalho. E nesse contexto, insere-se o enfermeiro, principalmente o que destina seu trabalho no enfoque à saúde do trabalhador, o qual enfrenta outras ferrenhas batalhas, uma vez, que tem suas ações centradas na prevenção e nas práticas de cuidado, atuando juntamente a profissionais que muitas vezes, não visualizam estas práticas como essenciais em seu fazer, não se preocupando com os riscos potenciais do ambiente de trabalho. Em outras circunstâncias, o enfermeiro do trabalho é percebido como o elo entre os trabalhadores da equipe de saúde e os administradores da empresa ou da instituição que, muitas vezes, tem seu foco na visão empresarial, a qual visualiza, em primeiro lugar, a lucratividade da empresa e não a saúde do seu trabalhador. A precarização do trabalho é um fenômeno que acomete a maioria dos trabalhadores pela desregulamentação e pela perda dos direitos trabalhistas e sociais, o que, certamente, causa sofrimento e aumenta a vulnerabilidade a doenças ocupacionais[1.] Assim, tendo em vista a relevância da abordagem às práticas de cuidado e de negação de si e do outro no trabalho da enfermagem, optamos por conhecer a produção científica sobre tal temática, em periódicos publicados, com o intuito de

[13] Enfermeira; Especialista em Enfermagem do Trabalho; Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG; Docente do Curso Técnico de Enfermagem do Instituto Federal do Rio Grande do Sul – IFRS. E-mail: carla-g-duarte@hotmail.com.
[2] Enfermeira; Especialista em Terapia Intensiva; Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG.

verificar como o trabalho da enfermagem vem se desenvolvendo e se esse favorece o cuidado dos que exercem a enfermagem, assim como, dos que por ela são cuidados. A partir daí, estabelecemos o seguinte **OBJETIVO:** conhecer a produção cientifica sobre as praticas de cuidado e negação de si e do outro em periódicos publicados no período de 2004 até 2009. **METODOLOGIA:** Realizamos uma revisão bibliográfica, na base de dados SCIELO, seguindo um protocolo cujos critérios de inclusão foram: I) Idioma: em português; II) Período: publicados entre 2004 e 2009; III) Abertura dos textos: na íntegra; IV) Descritores: cuidado, negação e enfermagem do trabalho; V) Modalidade da produção: pesquisas e/ou revisões bibliográficas, com metodologia explícita. Selecionando um total de 7 textos. Nesta fase, a revisão foi efetuada para analisar e categorizar os dados. No processo de análise, seguimos as etapas de análise temática[2,] envolvendo: A) Uma pré-análise, quando fizemos uma organização inicial dos dados, através da leitura de cada artigo, compreendendo uma sistematização geral dos principais achados; B) Exploração do material, quando organizamos os achados; C) Interpretação dos dados, procedendo então à análise e discussão. Buscando atingir o objetivo proposto nesta pesquisa, realizou-se a construção do desenvolvimento do trabalho, através do compilado de idéias que serão apontadas a seguir enfocando as práticas de cuidado e negação de si e do outro no âmbito do trabalho do profissional enfermeiro. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Como formas de manifestação de negação de si e do outro, salientaram-se questões como a sobrecarga de trabalho, por assumirem muitas responsabilidades, sendo essas também de outros profissionais, onde não há a divisão igualitária de tarefas, fatos que muitas vezes comprometem suas atividades preventivas e assistenciais, o que lhes ocasiona certo desgaste físico e emocional, podendo acarretar e desequilíbrio psicológico, bem como, certo distanciamento de momentos de lazer com seus familiares, o que repercute em insatisfação no desempenho profissional, comprometendo um atendimento de qualidade às necessidades do outro[3]**.** A insatisfação no trabalho relaciona-se ao excesso de atividades desempenhadas pelo enfermeiro, em que há mais responsabilidades do que autoridades, na resolutividade da rotina diária e dos problemas que permeiam o trabalho, questões que parecem comprometer o seu desempenho, bem como a assistência ao paciente e a sua equipe**.** Muitas instituições, com os crescentes cortes de verbas públicas, enfrentam dificuldades para manterem-se, com deficiência de profissionais e de recursos materiais, condições insalubres de trabalho e as novas e contínuas demandas tecnológicas, com freqüência, aumentam a insegurança e favorecem a insatisfação no trabalho. O clima desfavorável tem contribuído progressivamente para relações de desrespeito entre os próprios profissionais, bem como para a geração de uma assistência fragmentada[4]**.** Em algumas

instituições, os trabalhadores se veem na contingência de ter que atuar com recursos materiais, em condições inadequadas de funcionamento, de qualidade questionável, insuficientes, expondo a biossegurança dos trabalhadores, dos clientes, dentre outros elementos que poderiam ser apontados [1, 5, 6]. Uma outra preocupação com relação à negação de si e do seu saber, baseia-se na questão das práticas de prevenção e redução dos danos, com enfoque na despreocupação de muitos profissionais com o seu próprio cuidado, práticas essas traduzidas pela não valorização aos conhecimentos enfocados, pela não adoção das medidas de prevenção de acidentes no trabalho, como o uso dos equipamentos de proteção individual, o zelo em realizar exames periódicos, em participar de treinamentos e grupos que visem amenizar os agravos à saúde do trabalhador. Esse descaso, essa despreocupação reflete no cuidado de si e no cuidado do outro, uma vez que o sujeito que não se cuida, não atribuindo a atenção necessária a prevenção, também não consegue cuidar do outro. Há a necessidade de enfatizar na formação dos profissionais de saúde, práticas direcionadas a estimular a percepção do risco e a eficácia de medidas de biossegurança, que ainda constituem um desafio a ser implementado[7]. Atuação do profissional não é apenas circunda por questões de negação e descuidado de si e do outro, pois em muitas empresas o trabalho desse profissional é reconhecido, valorizado e aplicado, garantindo-lhe maiores espaços de criação e cuidado de si e do outro. A possibilidade de autonomia, a liberdade e o tempo para melhor implementar a assistência tanto para o cliente quanto para os cuidadores, parecem refletir positivamente na conduta das profissionais, uma vez que lhes possibilita modificar rotinas, redistribuir atividades entre os membros da equipe de forma a não sobrecarregá-los. Assegurando espaços para o diálogo, podendo assim identificar o que favorece ou não suas práticas assistenciais, sem ultrapassar suas limitações e, ainda, propiciar, ao cliente, um cuidado de qualidade com implicações positivas também para quem o cuida. Concomitante ao cuidado de si e do cliente é fundamental valorizar as relações interpessoais, com base na comunicação e no diálogo no ambiente profissional no que refere-se à atuação do enfermeiro do trabalho identifica-se a necessidade de cuidar também de sua equipe, atendendo as necessidades do colega, pois uma equipe saudável e que trabalhe com prazer repercuti positivamente no desenvolvimento e aprimoramento de todos e, principalmente da empresa[8]. **CONCLUSÃO:** Assim, visualiza-se de forma muito positiva a possibilidade do enfermeiro ter a liberdade de organizar o seu ambiente de trabalho, a partir das necessidades da comunidade e de sua equipe, embasando seu trabalho nas práticas preventivas e de orientações, o que repercute diretamente no exercício da enfermagem, uma vez que o profissional tem espaço para buscar e experimentar melhores condições de trabalho, obtendo maior satisfação, o que provavelmente beneficiará o

cuidado de si e do outro. **IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Consideramos necessário a possibilidade dos enfermeiros designarem tempo para repensar suas condutas, a fim de identificar elementos que precisam ser modificados e formular estratégias para lidar com essas dificuldades, cuidando de si para poder, então, cuidar do outro. Uma vez que o cuidado de si apresenta-se como um pré-requisito para o cuidado do outro, torna-se fundamental o profissional voltar os olhos para si próprio, para o seu cuidado, reconhecendo e respeitado suas limitações, buscando assim espaços para o seu crescimento e favorecimento e, a partir disso, poder olhar os outros, e então, prestar-lhes o cuidado, a fim de, atender suas necessidades. Identificamos a necessidade de que haja uma união dos profissionais, para que possam obter sucesso nas suas lutas e reivindicações, a fim de que haja mudanças no ambiente de trabalho, porém pra tanto é preciso preparar-se, politizar-se e argumentar mostrando a importância das ações de enfermagem dentro da unidade de saúde.

DESCRITORES: Cuidado. Negação. Enfermagem do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Mantovani MF, Lacerda MR, Ulbrich E, Bandeira JM, Gaio DM. Panorama da produção do conhecimento em enfermagem na saúde do trabalhador: impacto e perspectivas. Rev.Bras.Enferm.Out.2009;62(5).DOI:http://dx.doi.org/10.1590/S0034716720090005000 24.

2. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.

3. Lunardi VL, Barlem ELD, Bulhosa MS, Santos SSC, Filho WDL, Silveira RS, Bao ACP, Dalmolin GL. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem.Rev.Bras.Enferm.Aug.2009;62(4). DOI:http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000400018.

4. Backes DS,Lunardi VL,Filho WDL. A humanização hospitalar como expressão da ética. Rev. latinoam. enferm.2006;14(1):132-5. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100018.

5. Lunardi VL, Filho WDL, Silveira RS, Soares NV, Lipinski JM. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. Rev. latinoam. enferm. Dec.2004;12(6).DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000600013.

6. Salome GM, Martins MFMS Esposito, VHC.Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. Rev. Bras. Enferm.Dec.2009;62(6). DOI:http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000600009.

7. Sousa CMM,Feitosa MS,Moura MEB,Silva AO.Representações Sociais das implicações legais da infecção hospitalar e de seu controle. Rev. Bras. Enferm. Aug.2007;60(4); 428-433. DOI:http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000400013

8. Baggio, MA. Relações Humanas no Ambiente de Trabalho: o (dês)cuidado de si do profissional de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2007 [acesso em 15.02.2010]; 28(3); 409-15. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200004.

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELA FAMÍLIA PARA CUIDAR A CRIANÇA NO HOSPITAL

Giovana Calcagno Gomes[14]; Daiani Modernel Xavier[15]; Caroline Chabarria[16]; Ismael Moron de Souza Reinhardt[17]; Tatiana Trindade Hafele[18]; Deise Ribeiro Aquino[19]

INTRODUÇÃO: A necessidade de hospitalização da criança pode ser uma experiência desagradável tanto para ela quanto para a família, pois determina uma mudança na rotina, independente do tempo de internação, exigindo adaptações às mudanças cotidianas. A permanência da criança no ambiente hospitalar não afeta a família apenas pelo fato de existir uma doença, mas também por possuir aspectos de todo o contexto familiar implicados na situação. Isto faz com que os pais necessitem lançar mão de estratégias para o enfrentamento da hospitalização da criança[1]. No hospital, é a família, em especial a mãe, quem permanece em constante interação com a criança. No hospital, a família apresenta necessidade constante de especializar-se no cuidado da criança. Por ser a principal responsável pelo cuidado busca alternativas para adaptar-se a esta nova situação e organizar-se melhor para cuidar. Uma das estratégias é a busca por informações acerca da doença, do tratamento fornecido à criança no hospital e do possível tempo de internação[2]. Assim, cabe ao enfermeiro a sensibilidade de atenção e percepção destas dificuldades interagindo com a criança e sua família a fim de instrumentalizar o familiar cuidador para os novos referenciais de cuidado que a criança está necessitando. A enfermagem como profissão voltada para o cuidado, além de assistir a criança durante sua internação, precisa cuidar da família que permanece integralmente junto à ela[3]. 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, nesse momento. Por

[14] Enfermeira. Doutora 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. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: giovanacalcagno@furg.br
[15] Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Membro do GEPESCA/FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: daiamoder@ibest.com.br
[16] Acadêmica do terceiro semestre do curso Enfermagem da FURG. Membro do GEPESCA/FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: carolzinhachab@hotmail.com
[17] Acadêmico do terceiro semestre do curso Enfermagem da FURG. Membro do GEPESCA/FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ismael.mdsr@gmail.com
[18] Enfermeira. Membro do GEPESCA/FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: tatianahafele@hotmail.com
[19] Enfermeira. Professora da Escola de Enfermagem da FURG. Membro do GEPESCA/FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: deiseaquino@furg.br

isso passa a sofrer perante o desconhecido que se estabelece, necessitando de auxílio para adaptar-se[1]. Compreende-se que o ambiente hospitalar possui características próprias e durante a internação hospitalar a criança passa a necessitar de cuidados específicos exigindo que seu familiar cuidador, além de adaptar-se à nova situação vivida, organize-se para prestar o cuidado à criança utilizando diversas estratégias. Diante deste cenário questiona-se: quais estratégias a família utiliza para cuidar a criança no hospital? **OBJETIVO:** conhecer as estratégias utilizadas pela família para cuidar a criança no hospital. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem que teve como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)[4]. Foi realizada em uma unidade de pediatria de um hospital universitário do sul do Brasil, no primeiro semestre de 2010. Participaram 18 familiares cuidadores, divididos em três grupos amostrais. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas. Foram analisados por meio da codificação aberta, axial e seletiva[(4)]. Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução no 196/96[5]. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande, recebendo parecer favorável sob nº 92/2009. Os familiares foram identificados pela letra F seguida do número da entrevista. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A análise dos dados identificou cinco categorias: **Buscando informações acerca do tratamento fornecido à criança no hospital:** mostrou que na busca por adaptar-se no hospital, o familiar cuidador necessita de informações que o habilitem para o cuidado à criança. Ele precisa de informações acerca do que vai ser feito com a criança, acerca dos medicamentos, da alimentação e dos exames e procedimentos; **Procurando reproduzir no hospital os cuidados domiciliares à criança:** revelou que a família na busca por reproduzir no hospital os cuidados domiciliares, procura tornar a enfermaria parecida com o quarto da criança, trazendo de casa suas cobertas e brinquedos; **Não conseguindo reproduzir no hospital os cuidados domiciliares à criança:** demonstrou que a família ao tentar adaptar-se ao hospital e reproduzir os cuidados domiciliares à criança, encontra algumas dificuldades para reproduzir alguns cuidados simples, como o banho e a alimentação da criança; **Organizando o ambiente do cuidado:** constatou-se que para melhor cuidar, a família procura organizar o ambiente do cuidado ocupando o espaço da enfermaria com as suas coisas; de forma a propiciar maior conforto para a criança; **Familiarizando-se com a tecnologia do cuidado:** verificou-se que a família, na busca por adaptar-se ao hospital, passa a conviver com a tecnologia do cuidado ali existente. A família cuida, mas não o faz sozinha. Interage diariamente com os membros da equipe de saúde em suas relações de cuidado. Nestas interações, as famílias conhecem uma

forma diferente da sua de cuidar e, passam a realizar na criança alguns destes cuidados utilizando a tecnologia disponível no hospital com a qual precisam familiarizar-se. No hospital, a família permanece em constante interação com a criança. Ao assumir a responsabilidade pelo seu cuidado procura adaptar-se ao hospital e organizar-se para cuidar adotando diversas estratégias. A fim de adaptar-se ao mundo do hospital e organizar-se melhor para cuidar, a família busca informações acerca do tratamento fornecido à criança no hospital. Neste sentido, a informação é a principal ajuda que os profissionais da equipe de saúde podem dar às famílias. Estas informações devem ser repetidas tantas vezes quantas forem necessárias, pois, no período de incertezas e ansiedade, nos parece que a família não consegue assimilar todas as informações, de forma imediata. Sendo assim, elas precisam ser claras e objetivas, a fim de facilitar a compreensão da doença. A comunicação e o vínculo entre a família e os profissionais são instrumentos de extrema importância, pois ajudam os familiares a compreender melhor o processo de hospitalização e a colaborar com os cuidados[6]. A família acostumada a cuidar da criança, procura reproduzir no hospital os cuidados domiciliares, tentando, assim, manter suas crenças, costumes e padrões de vida. A presença de um familiar junto à criança faz com que ela se sinta segura, cuidada, animada, acomodada, descansada, mais confiante, alegre, amada e protegida melhorando sua adaptação ao hospital e ao tratamento[7]. Através das visitas ao hospital de outros membros da família é possível que o familiar cuidador e a criança estabeleçam um elo de contato entre o mundo do hospital e o seu ambiente domiciliar[2]. No entanto, em algumas situações, a família não consegue reproduzir no hospital os mesmos cuidados que realiza no domicílio. Os conhecimentos em relação às práticas de cuidado que o familiar cuidador adquiriu na própria família, nas suas tradições, cultura e vivência não dão conta das novas necessidades de cuidado apresentadas pela criança no hospital. Desta forma, novas interações terão que ocorrer, de forma que este familiar cuidador incorpore novos referenciais que o habilite ao cuidado[1]. Estas interações se dão na espacialidade das enfermarias, corredores, posto de enfermagem e em outros locais do hospital, no qual as famílias cuidam da criança ao vivenciar sua internação. Apesar de provisório, principalmente a enfermaria, precisa ser organizada, de forma a facilitar o cuidado. Este espaço simbolicamente representa a moradia da família no hospital. É onde se concretiza o ser família, através das suas interações. A este ambiente, a família procura imprimir certa familiaridade, organizando-o de forma a reconhecê-lo como o seu espaço[8]. Ao vivenciar a internação hospitalar da criança, a família passa a conviver com a tecnologia ali existente, precisando familiarizar-se com ela. Geralmente os profissionais desviam o foco principal de atenção, que deveria ser a criança e

sua família, para as práticas tecnicistas e os equipamentos sofisticados ao seu redor. Dessa forma, a equipe tem o seu enfoque voltado para a tecnologia da unidade tornando o cuidado despersonalizado e pouco acolhedor[9]. Por isso, o ambiente hospitalar, seu espaço físico, seus equipamentos e materiais não são suficientes para proporcionar um cuidado integral, individualizado e, para tratar a criança como um ser único e singular. **CONCLUSÃO:** A internação da criança no hospital altera a dinâmica familiar, levando à necessidade de adaptação à situação vivida. Nesse contexto, a família precisa aprender um novo modo de cuidar para atender as demandas específicas de cuidado da criança, necessitando do apoio dos profissionais da enfermagem. Esses precisam ouvi-la, percebendo a sua problemática, suas perspectivas; as relações que existem entre seus membros e o mundo social no qual se inserem, refletindo a respeito de suas necessidades e capacidade para cuidar. Ao implementar estratégias de cuidado à criança a família torna-se co-partícipe do seu processo de internação, exercendo sua autonomia, sentindo-se importante e produtiva, amenizando os efeitos negativos da hospitalização para a criança. Conhecer essas estratégias é importante. A partir desse conhecimento o enfermeiro poderá planejar formas de instrumentalizar a família para o cuidado, tornando o ambiente hospitalar humanizado, propiciando à criança um cuidado qualificado, sensível e humano.

DESCRITORES: Criança hospitalizada. Família. Enfermagem pediátrica.

REFERÊNCIAS

1. Xavier DM, Gomes GC, Salvador MS. O familiar cuidador durante a hospitalização da criança: convivendo com normas e rotinas. Esc Anna Nery. 2014;18(1):68-74.

2. Gomes GC, Pintanel AC, Strasburg AC, Erdmann AL. O apoio social ao familiar cuidador durante a internação hospitalar da criança. Rev enferm UERJ. 2011;19(1):64-9.

3. Gomes GC, Erdmann AL, Busanello J. Refletindo sobre a inserção da família no cuidado à criança hospitalizada. Rev enferm UERJ. 2010;18(1):143-7.

4. Strauss A, Corbin, J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed; 2008.

5. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília(DF): MS; 1996.

6. Melo WA, Marcon SS, Uchimura TT. A hospitalização de crianças na perspectiva de seus acompanhantes. Rev enferm UERJ. 2010;18(4):565-71.

7. Molina RCM, Fonseca EL, Waidman MAP, Marcon SS. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(3):630-8.

8. Souza TV, Oliveira ICS. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. Esc Anna Nery. 2010;14(3):551-9.

9. Silva LJ, Silva LR, Christoffel MM. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(3):684-9.

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS: UMA AÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Ihana Arrieche Fazio[20]; Sheila Basso[2]; Cristiane Rossales Xavier[2]; Vanessa Itana Flor[2]; Deise Ribeiro Aquino[3]

INTRODUÇÃO: O câncer de mama é um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos. A heterogeneidade deste câncer pode ser observada pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e consequentes diferenças nas respostas terapêuticas. O espectro de anormalidades proliferativas nos lóbulos e ductos da mama inclui hiperplasia, hiperplasia atípica, carcinoma in situ e carcinoma invasivo. Dentre esses últimos, o carcinoma ductal infiltrante é o tipo histológico mais comum e compreende entre 80 e 90% do total de casos. O sintoma mais comum de câncer de mama é o aparecimento de nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos. Outros sinais de câncer de mama são edema cutâneo semelhante à casca de laranja; retração cutânea; dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo; e secreção papilar, especialmente quando é unilateral e espontânea. A secreção associada ao câncer geralmente é transparente, podendo ser rosada ou avermelhada devido à presença de glóbulos vermelhos. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila. O câncer de mama é o mais incidente em mulheres, representando 23% do total de casos de câncer no mundo em 2008, com aproximadamente 1,4 milhão de casos novos naquele ano. É a quinta causa de morte por câncer em geral (458.000 óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres[1]. No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição. Para o ano de 2012 foram estimados 52680 casos novos, que representam uma taxa de incidência de 52,5 casos por 100.000 mulheres[2]. A taxa de mortalidade por câncer de mama ajustada pela população mundial apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 11,88 óbitos/100.000 mulheres em 2011[3]. As regiões Sudeste e Sul são as que apresentam as

[20] Relatora, Graduanda em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – FURG, e-mail: Ihana_arrieche_fazio@hotmail.com
[2] Autora, Graduanda em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – FURG.
[3]Orientadora, Professora da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – FURG, e-mail: deiseaquino@furg.br

maiores taxas, com 13,67 e 13,18 óbitos/100.000 mulheres em 2011, respectivamente. O câncer de mama identificado em estágios iniciais, quando as lesões são menores de dois centímetros de diâmetro, apresenta prognóstico mais favorável e elevado percentual de cura. As estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce - abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença - e o rastreamento - aplicação de teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhar as mulheres com resultados alterados para investigação e tratamento[4]. Em ambas estratégias, é fundamental que a mulher esteja bem informada e atenta a possíveis alterações nas mamas (breast awareness) e, em caso de anormalidades, busque prontamente o serviço de saúde. A estratégia de diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer, sendo conhecida algumas vezes como down-staging[4]. Nesta estratégia, destaca-se a importância da educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde. A política de alerta à saúde das mamas destaca a importância do diagnóstico precoce e significa orientar a população feminina sobre as mudanças habituais das mamas em diferentes momentos do ciclo de vida e os principais sinais do câncer de mama. **OBJETIVO:** Relatar a realização do exame clínico das mamas em um grupo de mulheres e os seus achados. **METODOLOGIA:** Foram coletados dados das fichas de atendimento dos pacientes, não necessitando aprovação Comitê de Ética em Saúde, por não se tratar diretamente de pesquisa com seres humanos e sim análise de suas fichas. Atividade realizada por estudantes de Enfermagem durante a Ação Global no município de Rio Grande, Rio Grande do Sul, em abril de 2014. A atividade foi uma parceria entre a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande e o Serviço Social da Indústria. A atividade teve o intuito de atender todas as mulheres que procurassem o stand montado durante a atividade Ação Global. Foi realizado: o exame manual das mamas, orientações acerca da patologia câncer de mama, orientação sobre o auto-exame, orientação sobre a importância do exame para a detecção precoce da doença. Ao serem detectadas anormalidades, as mulheres foram orientadas para procurarem o atendimento nas unidades de saúde da cidade para prosseguir com a investigação. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foram analisadas as respostas contidas nas fichas de atendimento preenchidas antes das orientações e exame manual das mamas. Cerca de 62% (que corresponde a 71 mulheres entrevistadas) já realizou alguma vez na vida o exame e 38% (43 mulheres) nunca o fez. Em relação as faixas etárias, podemos observar que as mulheres da faixa de 31 a 61 anos de idade é a que mais prevalece realizando o exame e a que menos realizou foi entre 14 e 30 anos. Já

em relação as mulheres que apresentaram alterações nas mamas; é notável perceber que mulheres entre 31 e 61 anos foram as que mais apresentaram problemas, com prevalência de nódulos (16 casos) e o que menos apresentou foi caroços (2 casos). Entre as idades 14 e 30 anos, identificou-se 2 casos de nódulos e 4 casos de problemas como mastite, dor, desconforto nas mamas. Nesse presente estudo foi possível observar que as mulheres com idade superior a 31 anos realizam o exame de mamas. A maioria das mulheres reconhece a importância do exame de mamas, apesar de muitas não o fazerem. Através da realização desse exame pelas estudantes de enfermagem, foi possível motiva-las ao autoexame e a buscar nas Unidades Básicas de Saúde mais próximos sempre que desconfiarem de alguma anormalidade. **CONCLUSÃO:** Com o presente trabalho foi possível verificar que é muito valido a realização de exames de mamas em eventos populares como a Ação Global, pois nesses momentos as mulheres procuram o exame pela facilidade de acesso e assim podem detectar alterações que as farão buscar auxílio médico, foco principal da atividade realizada. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** É necessário que profissionais de enfermagem orientem, estimulem, motivem essas mulheres no autocuidado com as mamas. Que elas possam praticar o autoexame de mamas em suas residências ou em um lugar apropriado de sua total escolha. É relevante explicar o principal motivo da realização: Prevenção do câncer de mama. Ao mesmo tempo, reforçar através de dados, informações sobre as transformações físicas, psíquicas à vida de uma mulher com uma neoplasia maligna. Através da experiência presenciada na Ação Global, podemos direcionar nossas ações de cuidados e orientações à todas as mulheres Riograndinas.

DESCRITORES: Enfermagem. Educação em saúde. Câncer de mama.

REFERÊNCIAS

1-World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2008.

2- Brasil. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2012. Incidência do câncer no brasil. Rio de janeiro: inca, 2011.

3-Brasil. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Atlas da mortalidade. Disponível em: http://mortalidade.inca.gov.br/mortalidade/. Acesso em: 01/10/2013.

4- World Health Organization. Cancer control. Knowledge into ation. Who gide for efective pogrammes. Early detection module. Switzerland: who, 2007.

EXPECTATIVAS PARA O VIVER COM UMA ESTOMIA

Joselle Pereira Sedrez[1]; Marina Soares Mota[2]; Giovana Calcagno Gomes[3];

INTRODUÇÃO: O dia-a-dia do portador de estomia, muitas vezes, sofre mudanças, pois o estoma pode se tornar um obstáculo em diversos momentos de seu cotidiano. Este paciente, geralmente, passa a viver em função do seu cuidado deixando de realizar atividades que antes eram importantes e prazerosas por medo, vergonha e constrangimento. Com isso, muitos se apresentam tristes e desanimados tendo dificuldades na sua (re)inserção social. Ao observar a dificuldade dos portadores de estomias de reconstruírem o seu eu e conviverem com os problemas ligados à mutilação de seu corpo, surgem inquietações e indagações sobre como ofertar a assistência de enfermagem para essa clientela, auxiliando no enfrentamento do seu cotidiano. Dessa forma, perguntam-se quais as expectativas relacionadas ao viver com estomia? **OBJETIVO:** Objetivou-se conhecer as expectativas de pessoas com estomias acerca do seu processo de viver estomizado. A metodologia é feita pela pesquisa descritiva com abordagem qualitativa realizada no Serviço de Estomaterapia (SE) de um Hospital Universitário do sul do Brasil entre os meses de julho de 2011 a julho de 2012. **METODOLOGIA:** Participaram do estudo doze pessoas com estomias que atenderam aos critérios de inclusão: estarem cadastrados no SE, serem portadores de estomias há mais de um mês e apresentarem bom estado de saúde, estando lúcidos, orientados e comunicativos no momento da coleta dos dados. A coleta de dados deu-se através de entrevistas semiestruturadas únicas com cada participante. Durante a consulta de enfermagem mensal foram agendados os dias para a realização das entrevistas. Foram realizadas no consultório do SE. A produção de dados deu-se por entrevistas semiestruturadas únicas com cada paciente, agendadas previamente e realizadas no consultório do SE. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo. O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa Área da Saúde (CEPAS) da Universidade de Rio Grande - FURG. De posse do parecer favorável de número 148/2011 iniciou-se a coleta de dados. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os participantes deste estudo possuem idades entre 49 e 92 anos, sendo três do sexo feminino e nove do sexo masculino, quanto ao tipo de estoma seis eram colostomizados, quatro ileostomizados e dois urostomizados. O tempo de estomização variou entre dois meses e dezenove anos. Destes sete eram aposentados, quatro desempregados e um serviço geral. A estomização pode dificultar a (re)inserção social em uma determinada profissão, trazendo

dificuldades quanto ao provimento da família, fazendo com que o indivíduo sinta-se improdutivo, excluído e estigmatizado. O isolamento social que alguns portadores de estomia se submetem pode estar associado com a baixa satisfação com a vida, além da falta de apoio emocional e social. As modificações que estes enfrentam vão desde a mutilação de um órgão importante e consequente privação do controle dos esfíncteres; diminuição da autoestima e autoconceito, alterações na vida sexual, resultado da diminuição ou perda da libido; sentimentos como depressão.[1] Os resultados encontrados na pesquisa são que a estomização pode modificar a vida de seu portador, mas apesar das mudanças estes possuem desejos, vontades e esperança de viver com qualidade. E esta expectativa pode ser por diversos motivos como se observou nas falas: "*Tem que pensar que vais vencer que não está doente e o principal procurar um caminho para se sentir bem. Fazer só o que gosta.; Ficar bom; A gente sente falta do trabalho. De férias eu chegava a ficar louco para voltar a trabalhar porque a gente acostuma a levantar cedo. Bah! Eu adoro trabalhar! Para mim a coisa mais linda que tem é o trabalho. Adoro! Amo trabalhar! E amo a minha família também. Mas estou louco para trabalhar. Ficar bom para trabalhar e ficar com a vida normal."* Apesar da grande maioria dos portadores afirmarem estarem adaptados a estomia, muitos afirmam a expectativa da reversão da mesma. Mesmo com as poucas chances de que a cirurgia seja realizada pensar na possibilidade da reversão de alguma forma aparece como algo a agarrar-se, um motivo para seguir em frente: "*A única coisa que tenho medo, às vezes dá vontade de operar e às vezes dá aquele receio né? Fiz os exames tudo ai o médico marcou para me baixar e operar. Mas chegou na hora, dei para trás.; E levei um ano para vir aqui a cabeça não deixava eu vir. Estou estomizado há dois anos e dois meses, não faz mais, dois anos e meio. Que minha bolsa inicialmente era só por três meses. Ela ia ser reversível. Não lesionou nenhum esfíncter. Ela ficou porque quando cortaram o intestino ficou muito curto. Onde ela ia ligar, até tem como ligar, mas ficou curto.; Não saio mais para jantar fora. Enquanto eu não tirar essa bolsa eu não saio para lado nenhum. Eu quero me curar né?! Depois que tirar a bolsa, vou para tudo que é lado; Tinha como reverter, mas como eu estou com muita idade o médico achou melhor não mexer. Até porque eu tive três paradas quando fizeram a colostomia. Porque eu fumei por muitos anos, e fazia uns cinco ou seis que eu não fumava. Eu fumei a vida inteira e meu pulmão tem sequelas e viu que eu não ficaria muito bem da cabeça."* A discussão dos dados sobre o uso da bolsa coletora provoca um novo significado da relação do portador com o próprio corpo, demandando um cuidado específico, bem como a adequação às novas sensações proporcionadas pela mesma.[2] O portador de estomia, após a cirurgia, poderá sentir-se diferente, negando seu próprio corpo e a si mesmo, podendo

reconhecer-se como alguém disfuncional. Este sentimento será cada vez mais fortalecido esse for cobrado, socialmente por não ter mais um corpo perfeito, belo e funcional, tendo em vista a presença do estoma.[3] A adaptação significa ajustar a vida à nova situação, as modificações dos hábitos fundamentais: alimentação e hidratação representam também uma mudança no estilo de vida do paciente. [4] Assim, os novos hábitos são adquiridos na busca por um viver melhor e com qualidade.[5] Nem sempre o estomizado segue as orientações fornecidas pela equipe de saúde, criando suas próprias adaptações para o uso dos dispositivos de acordo com sua realidade, visando seu conforto e bem estar.[6] Após a cirurgia o paciente é afetado em diversos aspectos: aparência física, o social, psicológico e familiar. Conhecer este processo é fundamental ao enfermeiro para que possa direcionar cuidados voltados às necessidades de cada estomizado.[7] **CONCLUSÃO:** Concluiu-se que seu viver cotidiano é afetado e apresentam mudanças na atividade física, alimentação, sono, forma de vestir-se, na vida em sociedade, na vida profissional, nos aspectos psicológicos e no seu processo adaptativo. O paciente frente ao adoecimento e à cirurgia mudam sua forma de ver o mundo e a si mesmos, passando a valorizar mais sua qualidade de vida. As pessoas com estomias temporárias têm expectativa de sua reversão e os com estomias definitivas de adaptar-se a este novo modo de viver, adquirindo bem estar e qualidade de vida. **IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM**: é necessário que o enfermeiro forneça informações específicas e acompanhamento constante no sentido de auxiliar portadores de estomias e familiares cuidadores no seu cuidado de maneira adequada e satisfatória, trazendo reflexos positivos, para o retorno à vida laborativa, esclarecendo dúvidas, mitos, medos que tanto podem influenciar em seu convívio social.

DESCRITORES: Enfermagem. Estomia. Socialização.

REFERÊNCIAS

1-Nichol S, Thom R. Social connectivity in those 24 months or less postsurgery. **J Wound Ostomy Continence Nurs**; v.38, n.1, p.63-8, 2011.

2-Martins AM, Almeida SSL, Modena CM. O ser-no-mundo com câncer: o dasein de pessoas ostomizadas. **Rev. SBPH.** v.14, n1, p. 74-91, 2011.

3-Fernandes RM, Miguir ELB, Donoso TV. Perfil da clientela estomizada residente no municípiode Ponte Nova, Minas Gerais. **Rev bras Coloproct. V.30, n.4, p.385-392, 2010.**

4-Sales CA, Violin MR, Waidman MAP, Marcon SS, Silva MAP. Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. **Rer.Esc Enferm USP**. v.44, n.1, p.221-7, 2010.

5- Nascimento CMS, Trindade GLB, Luz MHBA, SANTIAGO RF. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. **Texto contexto - enferm.** V.2, n.3, 2011.

6-Silva DG, Bezerra ALQ, Siqueira KM, Paranaguá TTB, Barbosa MA. Influência dos hábitos alimentares na (re)inserção social de um grupo de estomizados. **Rev. Eletr. Enf. [Internet].** v.12, n.1, p.56-62, 2010.

7-Martins AM, Almeida SSL, Modena CM. O ser-no-mundo com câncer: o dasein de pessoas ostomizadas. **Rev. SBPH.** v.14, n1, p. 74-91, 2011.

8- Souza ECA, Figueiredo GLA, Lenza NFB, Sonobe HM. As consequências da estomia intestinal para os estomizados e seus familiares. **Rev enferm UFPE [on line].** V.4, n.esp, p.1081-086, 2010.

GRUPO DE AJUDA MÚTUA PARA FAMILIARES DE IDOSOS COM A DOENÇA DE ALZHEIMER: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tanise Maria Coutinho Leal[21]; Silomar Ilha[22]; Marlene Teda Pelzer[23]

INTRODUÇÃO: A doença de Alzheimer (DA) caracteriza-se por uma demência neurodegenerativa, cuja incidência vem crescendo na mesma medida em que aumenta a expectativa de vida da população, podendo ser considerada uma epidemia, por acometer 10% dos idosos com mais de 65 anos[1]. A prática de cuidar de uma pessoa idosa com DA impacta sobremaneira a família e a sociedade e o Estatuto do Idoso define em suas medidas de proteção um envelhecer digno e com ações pautadas na rede de proteção familiar[2]. A DA, por suas especificidades, demanda cuidados complexos que sobrecarregam o sistema familiar necessitando de novas estratégias de cuidado[3]. Os familiares cuidadores, muitas vezes, possuem pouco conhecimento sobre demência e sentem-se despreparados para o confronto com os conflitos gerados pela mesma, que acarreta desgaste físico, emocional e financeiro[4]. Num exercício continuo existencial e respeitoso centrado nas dimensões do ser humano, o cuidador com olhar perceptivo, sensível e criativo, habilmente desenvolve suas estratégias de apoio à pessoa idosa com DA. Nesse sentido emerge o Grupo de Ajuda Mútua (GAM) direcionado para familiares cuidadores de Pessoas idosas com DA. O GAM é desenvolvido desde o ano de 2003 até a data vigente no Hospital Universitário Dr Miguél Riet Corrêa Junior (HU). Utilizando-se de uma abordagem educativa, apoiando e transmitindo conhecimentos e informações de suporte. Descreve o manejo em função da progressão da demência, e suas fases, direcionando e orientando coletivamente ou de forma individual, pela ajuda mutua, quanto a adaptação aos conflitos inerentes ao contexto vivencial. Corrobora com ações práticas de promoção e prevenção focando ao familiar um cuidado respeitoso por tratar-se de seres humanos, e em situação de risco. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada no

[21] Enfermeira. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatria, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON). E-mail: tanise_leal@hotmail.com
[22] Enfermeiro. Mestre em Enfermagem, Doutorando em Enfermagem da Escola de Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio grande (FURG). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatria, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON).
[23] Enfermeira. Professora Associada Doutor da Escola de Enfermagem - graduação e pós-graduação em Enfermagem. Gerontóloga pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Líder do GEP-GERON (Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatria, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON). E-mail: pmarleneteda@yahoo.com.br

Projeto de Extensão denominado Grupo de Ajuda Mútua a Familiares Cuidadores de Pessoas Idosas com Alzheimer com vistas a socialização para/com a comunidade acadêmica em prol de um olhar ampliado, ou seja, não apenas focado na doença, mas nas multidimensões relacionadas a ela. Salienta-se que não há a pretensão de relatar uma atividade específica, mas sim a existência do grupo como um todo. **METODOLOGIA:** Trata-se de relato de experiência procedente da atividade de Extensão realizada no GAM. O grupo é coordenado por uma professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), gerontóloga e membro da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). As reuniões acontecem no Campus da Área da Saúde, na sala de reuniões da Ala Verde do Hospital Universitário Dr. Miguel Junior (HU), mediante agenda quinzenal, através da mídia e/ou contato informal na comunidade. A passagem dos familiares pelo grupo é espontânea e conforme a necessidade de cada um, face seu impacto na dinâmica familiar ligadas a fatos traumáticos desencadeados pela doença, e narrados pelos mesmos. As reuniões iniciam-se com a coordenadora primando ouvir novos cuidadores, que compartilham seus temores, suas dúvidas e solicitam orientações. Todos relatam suas últimas experiências, sendo cada depoimento oriundo da manutenção de esperanças e forças, advindas dos vínculos entre familiares cuidadores e pessoa idosa com DA. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No grupo verificou-se que na maioria das vezes o cuidador é um familiar que reside no mesmo domicilio do idoso. Enfrentam, algumas vezes, o fato de que não existem serviços formais de suporte condizentes com as reais necessidades neste contexto. Em função da progressão da DA e da sobrecarga física e emocional do cuidador, na realidade que o envolve, os mesmos, tornam-se sujeitos ao estresse e a problemas físicos, vindo a precisarem de cuidados de saúde. Assim, observa-se que os desafios são cada vez mais complexos, pois exigem que os familiares cuidadores, se reorganizem para enfrentar os conflitos surgidos e os temores futuros atrelados a progressão da doença. No entanto, esse processo torna-se difícil uma vez que os familiares cuidadores precisam desenvolver ações para os quais não foram preparados. Assim, o familiar cuidador vai se adaptando a possíveis estratégias de cuidado físico e mental, como fonte de preservação do bem estar da pessoa idosa fragilizada. Nesse sentido observa-se que o grupo GAM tem contribuído para auxiliar os familiares cuidadores no processo de aceitação da doença, compreensão do processo demencial e discussões de estratégias de cuidado, pelo desenvolvimento de questões de cunho social, intelectual e educativo inseridos no cenário atual de saúde. Nesse espaço é oportunizado discussões acerca das vivências individuais como cuidadores, reflexões acerca do envelhecimento, das doenças crônicas, o impacto na família, dentre outros. As atividades desenvolvidas no GAM possibilitam a

transmissão de significados que servirão como base de sustentação para o novo papel desempenhado pelo familiar cuidador. Este estudo evidenciou que conscientemente ou não, a postura do cuidador no exercício do cuidado vai determinando sua autonomia. No desafio de cuidar/cuidado estão inseridas as dimensões humanas, sejam elas: Biológicas, Psicológicas, Sociais, Estéticas, Auto Éticas e Espirituais. Num exercício continuo, existencial e respeitoso centrado nas multidimensionalidades do ser humano, o cuidador com olhar perceptivo, sensível e criativo, habilmente desenvolve suas estratégias de apoio a pessoa idosa com DA. Tal consciência mesmo que não percebida pelo intelecto a priori, sim por lógica e através dos sentidos naturais frente à progressão da demência, poderá influir na redução da institucionalização[5]. Dessa forma, sobrepujados pelo novo papel, vão alem do que os mobiliza a comparecerem ao espaço reservado do grupo, elevando-se física, emocional e espiritualmente. Aliados às necessidades decorrentes do contexto vivenciado, vão elaborando novas formas de cuidado. Nessa superação os familiares cuidadores exercem um cuidado mais humanizado e digno frente a fragilização do ser humano decorrente dos fatores biológicos, psicológicos e cognitivos ao longo da vida[6]. A esse respeito merece destaque, as atividades realizadas nos Grupos de Ajuda Mutua a familiares cuidadores das pessoas idosas com DA, cujo foco é justamente auxiliar familiares cuidadores no processo de compreensão desta patologia, bem como nas estratégias de cuidado[7].**CONCLUSÃO:** Este estudo propiciou nortear contribuição de um grupo de ajuda mútua no contexto de familiares de pessoas idosas com a DA. O GAM é agente construtor, pois busca integrar o cuidador com o todo, e não somente com as partes, em função da relação com o outro, em sua trajetória de ser familiar cuidador. Entendendo que em sua perspectiva pedagógica natural existente e inserida no cuidar/cuidado, há um resgate lógico e a nível cognitivo da parte do familiar cuidador. A consequência provável se expressa num despertar de habilidades criativas no complexo processo do cuidado, as quais o identificam como sujeito social com prerrogativas a cumprir, às vezes, inesperadas no núcleo familiar. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** O Enfermeiro desempenha um importante papel na organização do processo do trabalho, pois é responsável pela sistematização do cuidado nos diferentes cenários de atuação. Ao focar seu olhar e cuidado às necessidade de promoção, prevenção e recuperação ao ser humano, contribui com novas estratégias de cuidados, seja na internação hospitalar ou no ambiente domiciliar, haja vista a responsabilidade enquanto profissional. E sobretudo, na prática da inserção do cuidado nos segmentos sociais, como agente de transformação possibilitando um verdadeiro resgate da arte num cuidado qualificado em saúde. Dessa forma, esse estudo vem a contribuir com a enfermagem pela possibilidade de

refletir com consciência crítica na realidade vivenciada pelos familiares de pessoas idosas com DA, possibilitando ampliar conhecimentos e refletir/pensar em possíveis estratégias de cuidado tanto aos familiares cuidadores quanto aos idosos. Muito ainda há por ser construído referente a temática da doença de Alzheimer no contexto familiar brasileiro e mundial. Assim sugere-se a efetivação de novos estudos sobre essa temática no meio acadêmico com vistas a consolidar um conhecimento necessário aos profissionais da Enfermagem/saúde e sociedade como um todo.

DESCRITORES: Idoso. Doença de Alzheimer. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Brazilian Institute of Geography and Statistics (BIGE) [online]. 2008 [acesso 2012 Out 05]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/

2. Brasil. Estatuto do Idoso (2003). Estatuto do idoso: Lei n. 10.741, de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. – 3. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2008.87 p. – (Série Legislação; n. 14)

3. Lopes LO, Cachioni M. Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional. Rev bras geriatr gerontol [online]. 2013; 16(3): 443-60. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n3/v16n3a04.pdf

4. Borchi AC, Sassá AH, Matos PCB, Decessaro MN, Marcom SS. Qualidade de vida de idosos com Doença de Alzheimer e de Seus Cuidadores. Rev Gaúcha Enferm [Online]. 2011; 32(4):751-8. Disponível em: http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/21593/14451

5. Pessine Leo, Bertachini L, Barchifontaine. Bioética, Cuidado e humanização. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: edições Loyola: IBCC centro de Estudos, 2014.

6. Linck CL, Crossetti MGO. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. Rev Gaúcha Enferm [online]. 2011; 32(2): 385-93. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a24v32n2.pdf

7. Ilha S, Zamberlan Z, Piexak DR, Backes MTS, Dias MV, Backes DS. Contribuições de um grupo acerca do Alzheimer para familiares/cuidadores, docentes e discentes da área da saúde. Rev enferm UFPE on line [online]. 2013; 7(5):1279-85. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3967/pdf_2468

GRUPO DE MÃES: ASSISTÊNCIA A GESTANTES E PUÉRPERAS

Ihana Arrieche Fazio[24]; Marcia Elise Gomes dos Santos[25]; Deise Ribeiro Aquino[26]

INTRODUÇÃO: O Grupo de Mães da FURG reforça que as informações acerca do cuidado com o bebê são fatores determinantes para a qualidade de saúde das crianças. É comprovado que a falta ou inadequação desses cuidados geram sérios agravos à saúde do binômio mãe-filho. Sabe-se que as fontes de informação técnica das mulheres são muito limitadas, uma vez que no momento da alta existe um número muito grande de informações que as mães recebem. Após esse momento, existe também a consulta de puericultura, com um tempo limitado de discussão e frequência mensal. A formação de um grupo semanal aberto de discussão a partir das dúvidas que surgem é fundamental já que no momento da alta a maioria das mães ainda não está interessada em saber sobre os problemas que poderão vir. As mulheres precisam vivenciar as dificuldades e serem confrontadas com as diversas situações que surgem somente após o convívio com o bebê na sua adaptação em casa e na família. No dia do encontro grupal poderão trazer essas dúvidas e receberem orientação técnica, além do apoio das demais integrantes. A maternidade é uma vivência humana que traz mudanças significativas no estado de saúde das pessoas. Para que essas adaptações não interfiram negativamente na qualidade de vida do bebê e sua família, precisam ser estabelecidas de forma orientada. O ato do nascimento de um novo ser exige muitos cuidados maternos e neonatais. Os primeiros são fundamentais à sua sobrevivência: aquecimento, oxigenação e alimentação do recém-nascido. Os demais cuidados como higiene, continuidade da amamentação, sono, conforto, entre outros são igualmente fundamentais, entretanto sabe-se que muitas famílias não sabem como fazê-los ou fazem de forma instintiva e/ou empírica, sem o conhecimento científico desenvolvido ao longo de pesquisas[1]. Assim, entende-se que as mulheres e suas famílias precisam ser potencializadas em relação aos cuidados com elas e o bebê. Isto pode ocorrer através de consultas individuais com orientação direcionada aos problemas evidenciados pelas mães ou por grupos de convivência. Ajudar o ser humano a

[24] Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – FURG. E-mail: Ihana_arrieche_fazio@hotmail.com
[25] Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – FURG. E-mail: marcinhaelise@hotmail.com
[3]Orientadora, Professora da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – FURG, e-mail: deiseaquino@furg.br

buscar experiências de aprendizagem em eventos transicionais de vida é uma forma de cuidar em enfermagem[2]. Para a autora, "a educação em saúde desenvolvida com o suporte das tecnologias educativas capacita o ser humano para vivenciar de forma mais saudável as fases da vida. Ao desenvolvermos educação em saúde tendo como suporte as tecnologias educativas com grupos de pessoas, devemos estar atentos para perceber o grupo, respeitando suas características"[2]. Acredita-se que o grupo de mães pode proporcionar às mesmas sentirem-se acolhidas em suas dificuldades diárias com o bebê, seja em relação ao choro, amamentação, sono ou qualquer outro assunto trazido pelo grupo. Ao perceberem que as suas dificuldades são comuns a outras mulheres, poderão sentirem-se confortadas e compreendidas, além de poder experienciar uma diversidade de soluções encontradas para o mesmo problema. Através da assistência às mães durante a prática profissional, percebi que as mães tem pouca ou nenhuma informação, ou ainda informação errada acerca da amamentação, de como fazer o desmame do bebê, de como introduzir alimentos com qualidade na dieta do bebê durante o desmame. As mães não conhecem a importância da educação para o sono[3], usam cama compartilhada com a criança e ainda adotam mamadeiras e chupetas[4]. Enfim uma gama de temas que já tem comprovação científica mas não são de conhecimento da maioria da população. **OBJETIVOS:** Orientar gestantes e as mulheres que tiveram alta das maternidades de Rio Grande sobre o cuidado com seus filhos; Esclarecer dúvidas e dificuldades do processo de vivência da maternidade, através de um grupo de convívio e discussão. **METODOLOGIA**: Trata-se de um relato de experiência sobre o grupo de mães. As puérperas e gestantes são convidadas pessoalmente a participar do grupo e recebe um folder explicativo com a proposta. A divulgação principal ocorre segundas, quartas e sextas na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande. As equipes de saúde das unidades básicas e ambulatórios também serão informadas sobre o projeto para que possam convidar as mulheres. Outra forma de divulgação é através da imprensa local, nos jornais escritos e sites. As que se interessarem em participar devem inscrever-se por telefone ou pessoalmente no Banco de Leite do referido hospital. São disponibilizadas até 10 vagas. Caso estejam completas as vagas, as mulheres são agendadas para ingressar no próximo grupo. São realizados oito encontros de até 120 minutos. Cada encontro apresenta três momentos: o primeiro com a apresentação do grupo e questionamento das dúvidas e dificuldades da semana, em até 60 minutos; o segundo momento com exposição do tema pré-estabelecido para o dia, de até 30 minutos; o terceiro é de discussão acerca do tema e fechamento. Os temas pré-estabelecidos são: amamentação, desmame, inclusão de alimentos na dieta do bebê, sono do bebê, choro, cuidados de higiene, segurança, cuidados de

saúde e desenvolvimento psicomotor, imposição de limites na infância. Se houver algum problema de saúde que seja de competência de outros profissionais, a mãe é orientada sobre os serviços de saúde disponíveis para procurar atendimento. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Ao término do primeiro ciclo de encontros notou-se a participação e aceitação das mulheres que participaram. Elas relatam ter sido de suma importância para esta fase das suas vidas pois muitas coisas mudam e ter alguém para conversar e sanar as dúvidas foi algo que as ajudou bastante. Algumas declaram que nem se quer teriam conseguido amamentar o bebê da maneira com que ocorreu sem intercorrências que são comuns as mães sem instruções. O Grupo de Mães trouxe para a comunidade Rio Grandinha mais um meio de comunicação, orientação e educação em saúde. Sem custos, o principal foco tornou-se a qualidade de vida das mulheres que passam por inúmeras transformações físicas e muito mais emocionais, e as crianças que se recebem os cuidados adequados desde o início de suas vidas tendem a ter mais saúde e bem estar. Durante a assistência dada às mães, ainda prevalece a falta de informação técnica acerca do cuidado do bebê. Muitos temas científicos são desconhecidos pelas gestantes e puérperas e cuidados continuam sendo de forma empírica ou oportuno à vivência prática no domicílio com a família e com os seus afazeres. Preferem utilizar outros métodos definidos por elas como eficientes, como a utilização de mamadeiras, sem reconhecer o dano causado à saúde dos seus filhos. **CONCLUSÃO**: Sendo assim, o Grupo de Mães trouxe uma nova visão do ser mãe e da importância do manejo com a criança que, naquele momento, é completamente dependente de cuidados para ter uma vida saudável e completa. Foi possível observar o interesse e disponibilidade das mães em querer uma maior qualidade de vida à elas e seus bebês. Elas prometem pôr em práticas as orientações fornecidas e mostram-se ansiosas para os próximos encontros. As puérperas ficaram satisfeitas e conseguiram passar por todos os desafios da maternidade com tranquilidade e plena certeza que prestaram um cuidado exemplar à seus filhos. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** É relevante a confiança e o vínculo estabelecido entre todos os membros do Grupo de Mães e é de grande valor as trocas de experiências entre gestantes e puérperas com o próprio profissional e estudante de enfermagem. É necessário que profissionais de enfermagem orientem, estimulem, motivem essas mulheres no cuidado com seus filhos.

DESCRITORES: Enfermagem. Educação em Saúde. Puerpério.

REFERÊNCIAS

1- Orshan SA. Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed, 2010. 1152p.

2- Wall ML. Tecnologias educativas: subsídios para a assistência de enfermagem a grupos. Goiânia: AB, 2001.

3- Tenenbojm ET. Eficácia adaptativa, padrão de sono e depressão em mães de crianças de 3 a 24 meses com insônia. São Paulo. USP, 2008, 159 p. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de são Paulo, 2008.

4- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança - nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23) Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p.

HUMANIZAÇÃO E A IMPORTÂNCIA DO TOQUE NO PACIENTE HOSPITALIZADO

Jaqueline Rodrigues Dutra[1]; Giovana Calcagno Gomes[2]; Maria Cristina Da Silveira Chagas[3]; Iva Ema Fonseca Campos [4]; Lizandro Pereira Miranda[5]

INTRODUÇÃO: O termo "humanização" vem sendo utilizado com freqüência nos últimos anos, pois existe a necessidade de humanizar o cuidado no âmbito da saúde[1]. Como pessoas, visamos o bem estar do próximo, tanto individual como coletivamente[2]. Cuidar de alguém não significa apenas realizar procedimentos, administrar medicamentos e coletar exames. O cuidado exige o conhecimento técnico – cientifico, pois a segurança que o profissional conquista advém do seu desempenho nas atividades técnicas, aliado as expressões de interesse, consideração, respeito e sensibilidade demonstrada na atuação do enfermeiro. O paciente é um ser carente de um cuidado holístico, onde o profissional concentra não somente na doença mas na pessoa como um todo, através da unidade de corpo, mente, emoção, espírito e ambiente. Como manifestação não verbal o toque possibilita a enfermagem demonstrar tanto sua habilidade técnica por meio dos procedimentos executados, quanto sua capacidade de ser solidária e compreensiva[3]. **OBJETIVO:** Refletir sobre a produção da Enfermagem acerca do Trabalho Humanizado por meio da comunicação não verbal e dos tipos de toque no cuidado ao paciente hospitalizado. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma reflexão realizada por meio de pesquisa eletrônica 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 SCIELO, no período de 1996 a 2009. A analise foi realizada nos períodos de 27 a 29 de Abril de 2014, onde pode-se refletir acerca do cuidado humanizado, da comunicação não verbal no atendimento ao cliente e dos tipos de Toque como forma de interação entre profissional/paciente. **RESULTADOS e DISCUSSÃO:** Todo ser Humano necessita de cuidado. Em conjunto a esse cuidado, deve-se buscar a humanização, ou seja natureza bondosa no qual se incluiu compaixão[2]. O verdadeiro sentido de humanizar é visar o bem estar do outro, tanto individual como coletivamente[2]. Perceber o paciente como alguém, não se resume meramente a um ser com necessidades biológicas, como muitas vezes acontece dentro dos hospitais, mas como um agente biopsicossocial e espiritual, com direitos a serem respeitados, devendo ser garantida sua dignidade ética. Um dos instrumentos básicos para o cuidar com qualidade, no âmbito da enfermagem, é a comunicação, seja de forma verbal ou não-verbal, por oferece maior qualidade ao relacionamento interpessoal. A comunicação não

verbal compreende a linguagem do corpo, por intermédio da qual a mensagem é emitida e recebida pelos órgãos dos sentidos, a exemplo dos gestos e do toque[3]. O toque é considerado um meio de comunicação não-verbal, que num sentido mais amplo, representa tudo o que pode ter significado para quem emite ou recebe uma mensagem[4]. É uma forma de integração entre os seres humanos, trazendo sensação de aconchego, proporcionando bem-estar ao próximo. Com a existência do toque, sempre haverá comunicação, ainda que a mesma seja silenciosa. É através do toque que se proporciona conforto, calor humano e transmite-se a mensagem de que o paciente não esta só diante da dor e do sofrimento, é o componente essencial do cuidado de enfermagem. Watson define o toque como, o contato físico intencional entre as pessoas, classificando-o, no contexto do cuidado com a saúde. Em relação aos tipos de toque temos: a) Toque *instrumental*, o mais usado no meio profissional, relativo ao contato físico deliberado, necessário para o desempenho de uma tarefa específica. Como por exemplo, punção venosa, sondagem e curativo ou qualquer outro procedimento onde se use algum tipo de instrumento/material; b) Toque *expressivo*, que constitui o contato relativamente espontâneo e afetivo, não necessariamente relacionado com a efetivação de um cuidado físico, é espontâneo e demonstra apoio, conforto e proximidade com o paciente, e o c) Toque *expressivo-instrumental*, é uma combinação dos dois tipos de toque[5], onde ao realizar um procedimento o profissional já demonstra afeto e compaixão, mostrando-se disponível a atender as necessidade do mesmo. **CONCLUSÃO:** Concluiu-se como necessário que os enfermeiros desenvolvam a habilidade de utilizar a comunicação não verbal e os diferentes tipos de toque para tornar o cuidado de enfermagem humanizado. A comunicação deve auxiliar o paciente a sentir-se mais confiante e seguro com o atendimento por parte da equipe de enfermagem. Por meio do toque, podemos ajudar pessoas a restabelecerem a sua saúde e sentirem que são respeitadas dentro de um ambiente hospitalar. O conhecimento acerca de formas efetivas de comunicação deve nos auxiliar na identificação de prognósticos mais precisos, na minimização da dor e, ainda, na aquisição de fundamentos psicológicos para aliviar a ansiedade e o sofrimento. Com empatia, o profissional deve expressar amor, carinho e afeto, e através do toque, transmitir segurança e confiança ao seu paciente. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Este estudo contribui para o conhecimento e aplicabilidade do diferentes tipos de toque, onde os mesmos auxiliam os profissionais da enfermagem a realizarem um trabalho humanizado, ou seja, com amor, afeto e carinho, fornecendo ao paciente um atendimento com qualidade por meio da comunicação não verbal. Acredita-se que a equipe de enfermagem deve tocar mais, afetivamente, os pacientes, pois a profissão permite isso, devido ao fato do profissional de

enfermagem ser aquele que está vinte quatro horas a serviço do paciente, com o intuito de beneficiá-lo, amenizando seu sofrimento, proporcionando uma melhor qualidade de vida e auxiliando na sua recuperação.

DESCRITORES: Humanização da Assistência. Enfermagem. Comunicação.

REFERÊNCIAS

1 Deslandes S.F., Análise do discurso oficial sobre a Humanização da Assistência hospitalar. Instituto Fernandes fogueira, Fiocruz, Ciência & Saúde Coletiva 9(1): 7-14, 2004

2 Cobani, N.M. S; Brêtas, A.C. P; Matheus, M.C.C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? Rev. Bras enferm, Brasília 2009 maio/junho; 2009.

3 Dias, A.B; Oliveira, L; Dias, D.G; Santana, M.G. O toque afetivo na visão do enfermeiro. Rev Bras Enferm 2008 set/out

4 Fernandes, M. G. M. Toque: uso pelos enfermeiros no cuidado com o idoso com alterações visuais e auditivas. Nursing, Barueri, v. 51, n. 5, p. 25-28, ago. 2002.

5 Watson, WH O sentido do tato. Enfermagem geriátrica J. Communication , v.25, n.3, p. 104-12, 1975.

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO DE MULHERES QUE TIVERAM PARTO PREMATURO EM RIO GRANDE

Carolina Coutinho Costa[27]; Nalú Pereira da Costa Kerber[28]; Liane Rodrigues Borges[29]; Catharine Silva de Souza[30]; Fernanda Ruas Machado[31]; Taimara Martins Pinheiro[32].

INTRODUÇÃO: A prematuridade é a segunda maior causa de morte infantil antes dos cinco anos de idade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou um estudo que mostrou que 15 milhões de bebês nascem antes do tempo por ano no mundo. De acordo com este estudo, 75% poderiam ser salvos com medidas simples para evitar infecções[1]. O parto prematuro é decorrente de diversas situações imprevisíveis, em todos os lugares e classes sociais, afetando diretamente a estrutura familiar e alterando as perspectivas e os anseios da natalidade. Porem essas complicações são preveníveis, mas para isso é necessária a participação ativa do sistema de saúde.[2] A gravidez é um fenômeno fisiológico, e por isso ela geralmente se desenvolve sem grandes complicações, apesar disso há uma pequena parte das mulheres que, por portarem alguma doença, sofrerem agravos, ou terem hábitos prejudiciais à ela e ao bebê, apresentam situações desfavoráveis no decorrer da gestação, podendo levar ao parto prematuro. Sendo intitulado este grupo de "gestantes de alto-risco", e com esta denominação estabelece-se um plano de cuidados minuciosamente planejado.[3] **OBJETIVOS:** Identificar os motivos que levaram a internação das gestantes que tiveram parto prematuro em Rio Grande – RS. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-exploratório, realizado no Hospital Universitário, da Universidade Federal do Rio Grande e na A.C. Santa Casa, localizados na cidade do Rio Grande – RS. Recorte do banco de dados da macro pesquisa "Parto prematuro: estudo dos fatores associados para construção de estratégias de prevenção". Os sujeitos deste estudo foram 32 mulheres que apresentaram parto prematuro, ou seja, que tiveram filho com menos de 37 semanas de idade gestacional, durante os meses

[27] Acadêmica da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande. Bolsista PET Saúde. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Email: coutinhocarolc@hotmail.com
[28] Enfermeira. Docente da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande. Líder do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Coordenadora da pesquisa. Email: nalukerber@hotmail.com
[29] Acadêmica da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande. Bolsista EPEM - FURG. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.
[30] Acadêmica da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande. Bolsista PIBIC-CNPq. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.
[31] Acadêmica da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande. Bolsista EPEM-FURG. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.
[32] Acadêmica da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande. Bolsista PROBIC-FAPERGS. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.

de novembro e dezembro de 2013, e que tiveram seu parto em um dos dois hospitais do município. A forma de avaliação da prematuridade foi a data da última menstruação quando a mulher tinha certeza da data, seguida pela ecografia gestacional realizada com menos de 12 semanas e, por último, o Capurro (método de avaliação das condições do recém-nascido após o nascimento). Para este estudo, foi extraída do banco de dados a questão investigada durante a entrevista com a mulher referente às suas queixas ao buscar o serviço hospitalar e o registro médico acerca do motivo de internação. A análise foi realizada por meio da estatística descritiva simples, comparando com os achados da literatura. A macro pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética dos hospitais envolvidos sob nº 134/2013 e n° 005/2013. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Analisando o banco de dados observa-se que 65% das mulheres manifestaram ter procurado o centro obstétrico para avaliação por constatarem a presença de contrações/dor do parto, seguido de 31% com queixa de perda de água/líquido amniótico. Ainda despontaram o sangramento com 12% e o mesmo percentual por outros motivos, sendo que o mais frequente desses foi a Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS, seguido de edema. Também, o estudo mostra que nem sempre elas apresentaram queixas, buscando o serviço hospitalar por orientação profissional, como mostra o percentual de 3% alegando terem sido encaminhadas pelo médico e 3% respondendo que foi por agendamento. Na análise relativa aos prontuários, o registro médico de motivo para internação mostrou a predominância de 59,4% para contrações, 18,7% para rupreme, 6% para sangramento e 21,9% como outros motivos, em que o mais frequente foi a HAS, seguido de edema. Salienta-se que os números percentuais apresentados não correspondem ao total de 100% devido à duplicação de respostas, tanto por parte de algumas mulheres, que afirmaram ter procurado o hospital por mais de um motivo, como, também, nos registros médicos do prontuário, os quais, muitas vezes, constava mais de um motivo para a internação hospitalar. A partir da análise dos dados coletados, pode-se perceber que os motivos de internação eram todos ligados ao trabalho de parto. A RUPREME ou Ruptura Prematura de Membranas, a indução do trabalho de parto é indicada pelo Ministério da Saúde quando idade gestacional igual ou maior a 34 semanas e está frequentemente associada ao parto prematuro e as doenças hipertensivas da gravidez são as maiores causas de parto prematuro, ainda assim, nessas 32 gestantes o percentual de rupreme e HAS foi baixo. Percebe-se que os motivos para internação tiveram pouca diferença entre o relatado pelas pacientes e os registros médicos, considerando que a justificativa para internação se dá após avaliação obstétrica. Não consta em nenhum prontuário que a paciente tenha sido encaminhada pelo médico ou realizado o parto perante agendamento ou encaminhamento, apontando a precariedade de registros que justifique o parto prematuro caso

o mesmo tenha sido por indução médica. No entanto, estes resultados não devem ser generalizados, lembrando são apenas um recorte da macro pesquisa e o número pequeno de sujeitos dilui o resultado, podendo haver mudança significativa ao final da coleta de dados. **CONCLUSÃO:** Os fatores de risco para a prematuridade já estão presentes antes mesmo da gestação. Investigando os motivos que levaram as gestantes a procurarem o serviço hospitalar, mostra-se que o grande índice foram as contrações/dores do parto. O mesmo achado foi encontrado na análise dos registros médicos. Essa manifestação é realmente um sintoma do trabalho de parto, o que parece mostrar que este não tinha como ser evitado, uma vez que se realmente se estabelecer o verdadeiro trabalho de parto, não há como evitar sua ocorrência. Assim revela-se a importância de um adequado pré-natal e das orientações de enfermagem às mulheres, no sentido de identificarem precocemente os sinais de trabalho de parto prematuro e possam buscar auxílio profissional imediatamente, mesmo que seja difícil evitar que o mesmo aconteça. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** O trabalho é muito relevante para a enfermagem, pois com as entrevistas com as mães de bebês prematuros pode-se traçar um perfil da comunidade, e ter maior dimensão do motivo que leva às gestantes de parto prematuro a internarem. Percebe-se, na realidade, um crescente número de partos prematuros e a enfermagem precisa estar cada vez mais preparada e capacitada para atender a essa demanda. Futuramente, com a finalização da pesquisa, será possível fazer uso dos resultados deste trabalho para planejar ações de promoção e prevenção de saúde durante o pré-natal no intuito de diminuir ou manter sob controle os fatores de risco a fim de que a prematuridade seja evitada.

DESCRITORES: Trabalho de parto prematuro. Complicações do trabalho de parto. Enfermagem materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1 - Brasil. Ministério da Saúde. Brasil está entre os dez países com o maior número de partos prematuros, aponta OMS. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/brasil-esta-entre-os-dez-paises-com-o-maior-numero-de-partos-prematuros-aponta-oms. Acesso em 24 de abril de 2014.

2 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília, 2010.

3 - Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Rev. de Enfer; abr-jun 2009; 13(2): 297-304.

O VIVER EM SOCIEDADE SENDO PESSOA COM ESTOMIA

Joselle Pereira Sedrez[1]; Marina Soares Mota[2]; Giovana Calcagno Gomes[3];

INTRODUÇÃO: Sobre a vida em sociedade faz com que os portadores de estomias enfrentem o desafio de conviver socialmente. No entanto, os estudos mostram que alguns portadores isolam-se socialmente frente às dificuldades para relacionar-se e interagir com os outros. Dessa forma, o objetivo é pergunta-se como viver em sociedade sendo pessoa com estomia? **OBJETIVO**: conhecer como se dá a reinserção social de pessoas com estomia. **METODOLOGIA:** A metodologia forma-se de pesquisa descritiva com abordagem qualitativa realizada no Serviço de Estomaterapia (SE) de um Hospital Universitário do sul do Brasil entre os meses de julho de 2011 a julho de 2012. Participaram do estudo doze pessoas com estomias que atenderam aos critérios de inclusão: estarem cadastrados no SE, serem portadores de estomias há mais de um mês e apresentarem bom estado de saúde, estando lúcidos, orientados e comunicativos no momento da coleta dos dados. A coleta de dados deu-se através de entrevistas semiestruturadas únicas com cada participante. Durante a consulta de enfermagem mensal foram agendados os dias para a realização das entrevistas. Foram realizadas no consultório do SE. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo. O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa Área da Saúde (CEPAS) da Universidade de Rio Grande - FURG. De posse do parecer favorável de número 148/2011 iniciou-se a coleta de dados. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os participantes deste estudo possuem idades entre 49 e 92 anos, sendo três do sexo feminino e nove do sexo masculino, quanto ao tipo de estoma seis eram colostomizados, quatro ileostomizados e dois urostomizados. O tempo de estomização variou entre dois meses e dezenove anos. Destes sete eram aposentados, quatro desempregados e um serviço geral. Resultados da pesquisa sobre a vida em sociedade faz com que os portadores de estomias enfrentem o desafio de conviver socialmente. No entanto, o estudo mostra que alguns portadores isolam-se socialmente frente às dificuldades para relacionar-se e interagir com os outros. A cirurgia de estomização modifica não apenas o cotidiano do portador de estomia, mas, poderá, também, afetar o convívio social. Observa-se que num primeiro momento há uma certa dificuldade e que chegam a deixar de realizar atividades sociais que realizavam anteriormente a cirurgia: *"Agora eu vou a festas bailes e tudo. No inicio tive dificuldade. Por exemplo, eu mesmo. Lá em Bagé sou sócio de dois CTG´s[grupo social] então na atividade campeira sempre estive metido junto com os outros nos piquetes, andando a cavalo para um lado e para o outro, mas*

agora não. Com os problemas das pernas também. Parou tudo.; Eu vou a festas de família, mas ficou mais no meu canto. Sento em uma cadeira e fico na minha. Até tem uma foto que minha filha trouxe de presente para a enfermeira do SE com meu bisneto, mas quando tirei fiquei meio assim, pela minha colostomia aí coloquei ele do outro lado para não por encima da colostomia e tocar na bolsa. Mas eu notei que todos daqui [pacientes] ficam também meio receosos com a colostomia. Me retrai muito e custei a aceitar. Quando me chamam para festas eu tento evitar.; Com essa cirurgia que eu fiz não estou saindo para lado nenhum.Tomava banho de piscina e isso tudo nada mais eu posso fazer. Para tomar um banho tem que tapar para não molhar a bolsa. Banho, banho não dá para tomar mais." Mesmo que para alguns portadores de estomias a vida social tenha sido afetada completamente, outros afirmam que não houve mudanças ou que estas não são significativas o bastante para impedir o seu convivo social. Apenas adaptações ou limitações foram respeitadas para que possam manter a bolsa aderida ao abdômen: "*Socialmente ficou normal, me adaptei ao que eu podia fazer. Socialmente não tem problema nenhum. Não tinha nenhuma atividade específica que eu fizesse antes. A praia eu vou normal só não tomo banho. Não tomo banho por medo que descole.; [...] depois da cirurgia já sai duas vezes. Assim, para baile, para festas. Saio bastante."* Entretanto, com a positividade do vínculo entre os estomizados saber do falecimento de algum dos portadores membro do grupo atendido pelo Serviço de Estomaterapia é um momento difícil que pode progressivamente afastar o portador do SE. Podem passar a refletir sobre a morte passando a sentir-se deprimidos afastando-se do convívio social com o grupo: *"Eu vinha para reunião, mas ficava mais no meu canto, não queria falar com ninguém. Eu vinha e procurava as pessoas antigas do grupo e não via tinham morrido ou fechado, então me deprimia. Tinha a informação dos outros e me deprimia. Aconteceu com os outros vai acontecer comigo. Então parei um pouco de vir às reuniões. Eu estou aqui agora, mas posso morrer amanhã. Eu estou bem, mas eu posso morrer.; Ai eu me deprimia, pois via os que já foram e pensava será que sou a próxima? Até eu conseguir aceitar as informações eu me deprimia, ficava fechada, dormia muito, pensava muito em morte. Aí me afastei das reuniões fiquei melhor assim. Eu me fechei muito e com a morte do meu filho pior ficou."* O isolamento social é observado em algum dos portadores. Estes afirmam que após a cirurgia passaram a se sentir mais retraídos, mais fechados para si: *"Eu não queria encarar as pessoas. Fiquei mais fechada.;Continuo igual porem mais retraído.;Socialmente mudou tudo. Fiquei mais fechada. Eu fiquei com um problema não aceitei totalmente. Eu às vezes me sinto velha, mas não só pela idade, mas a colostomia. E é ruim sair."* Ao serem indagados sobre o isolamento social afirmam que o fato de ser

estomizado leva ao medo da discriminação, desconforto da saída das fezes e o odor são fatores que fizeram ocorrer o isolamento convívio social que possuíam antes da cirurgia: "*É o lazer assim, ficar a vontade. Ela cheira, quando vêm as fezes ela, cheira muito. Na casa da gente deixa, mas na casa dos outros, num aniversário, tem que sair correndo. É só isso ai de resto vivo bem.*" Mesmo com as dificuldades de convívio social alguns portadores de estomia procuram estratégias individuais para socializar: "*Tipo eu continuo saindo, indo a algumas jantas, mas não é a mesma coisa. E a minha perna esta me incomodando. Ai fico me sentindo meio deslocado. Mas não me entrego.*" Assim a discussão dos dados mostra que a dificuldade de (re)inserção social é observada nos portadores de estomia. Podem ser observados sentimentos de tristeza e desânimo. O receio de enfrentar locais públicos, devido ao medo de ser estigmatizado, contribui para o isolamento social.[1] Para melhorar o processo de adaptação é importante minimizar o medo e a insegurança do estomizado quanto ao risco de vazamento da bolsa coletora.[2] O otimismo e a persistência são fatores determinantes do sucesso da terapêutica recomendada viabilizando o retorno mais rápido deste ao convívio social.[3]
CONCLUSÃO: Conclui-se que os problemas decorrentes do isolamento social podem ser atenuados por meio de orientações e informações específicas, fornecidas pelo enfermeiro, sendo imprescindível a constante construção de novos conhecimentos, para que esse tenha condições de conviver em sociedade sem medo e constrangimentos**. IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM:** Tendo essas ações reflexos positivos, que não se limitam apenas ao auxílio ao retorno à vida laborativa, como no esclarecimento de dúvidas, que refletem no convívio social do portador de estomia, alterando sua forma de pensar, agir, sentir o mundo e a si mesmo.

DESCRITORES: Enfermagem. Estomia. Socialização.

REFERÊNCIAS

1-Nichol S, Thom R. Social connectivity in those 24 months or less postsurgery.**J Wound Ostomy Continence Nurs**; v.38, n.1, p.63-8, 2011.

2-Fernandes RM, Miguir ELB, Donoso TV. Perfil da clientela estomizada residente no municípiode Ponte Nova, Minas Gerais. **Rev bras Coloproct. V.30, n.4, p.385-392, 2010.**

3- Altschuler A, et al. The Influence of Husbands' or Male Partners' Support on Women's Psychosocial Adjustment to Having an Ostomy Resulting From Colorectal Cancer. Journal of Wound, **Ostomy and Continence Nursing**. v.36, n.3, p.299-305, 2009.

PERCEPÇÃO DE FAMILIARES ACERCA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS INTERNADAS NA UNIDADE DE PEDIATRIA

Giovana Calcagno Gomes[33]; Dóris Helena Ribeiro Farias[34]; Carla Rosana Mazuko dos Santos[35]; Daiani Modernel Xavier[36], Fabiele Driesch[37]

INTRODUÇÃO: A hospitalização pode gerar tanto na criança como no seu familiar cuidador diversos agravos, requerendo estratégias que minimizem o trauma, pois a infância é um período de desenvolvimento em que esta passa por diferentes fases evolutivas que não são interrompidas pela hospitalização, mas que podem ser seriamente afetadas. Com isso percebe-se que a Unidade de Pediatria precisa ser um ambiente acolhedor[1]. Esta representa para a criança um novo momento, diferente do já vivido, onde suas praticas diárias são modificadas. Durante a hospitalização a criança pode apresentar dificuldade em expressar-se e compreender a situação vivida[2.] O papel da família no manejo da doença no hospital é importante, pois esta geralmente é quem socializa a criança nesse contexto, auxiliando-a a adaptar-se e familiarizar-se nesse ambiente[3]. Sendo assim, o processo de cuidado familiar à criança em situação de hospitalização apresenta-se complexo e a família necessita de auxílio para o seu enfrentamento. É necessário prestar o cuidado de enfermagem com o olhar sob a família. Profissionais da enfermagem podem ser fonte de apoio, tanto para a criança como para a família. **OBJETIVO:** Conhecer a percepção de familiares cuidadores de crianças internadas na Unidade de Pediatria acerca do cuidado de enfermagem recebido. **METODOLOGIA**: Realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. Foi realizada na unidade de pediatria de um hospital universitário do sul do Brasil no primeiro semestre de 2013. A Unidade de Pediatria possui 21 leitos destinados a crianças com idades entre zero e doze anos incompletos que internam tanto para atendimentos clínicos como cirúrgicos. A população do estudo foi composta por 14 familiares acompanhantes de crianças internadas no período de coleta de dados. Os critérios de inclusão foram: ser familiar cuidador da criança internada, prestar-lhe cuidados contínuos no hospital e

[33] Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da FURG. Líder do GEPESCA/FURG. E-mail: giovanacalcagno@furg.com.br
[34] Mestre em Enfermagem. Técnica de Laboratório da FURG. Pesquisadora do GEPESCA/FURG. E-mail:dorisenf@hotmail.com
[35] Enfermeira. E-mail: dorisenf@hotmail.com
[36] Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FURG. Bolsista da CAPES. Membro do GEPESCA/FURG. E-mail:daiamoder@ibest.com
[37] Acadêmica de Enfermagem da terceira série da FURG. E-mail: dorisenf@hotmail.com

estar acompanhando a criança hospitalizada com período de internação maior de 05 dias para que pudessem ter tido tempo para avaliar o cuidado de enfermagem recebido no setor. Como critério de exclusão utilizou-se: ser familiar cuidador eventual da criança no hospital, ser cuidador não familiar ou estar prestando cuidados à criança a menos de cinco dias. Após serem orientados acerca dos objetivos e metodologia do estudo, os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas únicas com cada participante de forma a obter uma melhor compreensão da realidade, relativa ao fenômeno em estudo. A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo[4] operacionalizada em três etapas da pré-analise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-analise é a fase de organização, sistematizando as ideias iniciais de maneira a conduzir o desenvolvimento das operações sucessivas. Nesta fase, realiza-se a leitura flutuante para estabelecer contato com os documentos e posteriormente a escolha dos documentos de prioridade, ou seja, que estejam relacionados ao objetivo da pesquisa[4]. Na exploração do material realizou-se a codificação, decomposição e enumeração das comunicações. Por último, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação na qual se realizou o tratamento dos resultados de forma a tornarem-se significantes. Junto ao tratamento dos resultados significantes e fiéis o analista pode inferir e adiantar interpretações em propósito dos objetivos previstos[4]. Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/12. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS/ FURG) e com o parecer favorável nº 021/2013 foi dado o início à coleta dos dados. Os participantes foram identificados pela letra F seguida do número da entrevista. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os dados do estudo mostram que os familiares cuidadores percebem os profissionais como atenciosos e preocupados em atender suas solicitações. Valorizam quando recebem informações que os habilitam ao cuidado acerca do processo terapêutico implementado na criança, tendo suas dúvidas esclarecidas, possibilitando que vivenciem a hospitalização da criança de forma mais tranquila e instrumentalizada para o cuidado da criança. Consideram como positivo os profissionais apresentarem bom humor e cordialidade, sendo respeitadas suas necessidades. Destacam como positivo no cuidado de enfermagem o fato das normas e rotinas do setor serem adaptadas para favorecer o cuidado á criança.Queixam-se quando suas dúvidas, questionamentos e iniciativas de cuidado á criança não são levadas em consideração pelos profissionais da enfermagem ou são desvalorizadas. Ao estudar a criança hospitalizada com estoma intestinal e sua família foi verificado que, as orientações e os cuidados realizados pela

equipe de enfermagem à família foram caracterizados, algumas vezes, como bons e que quando realizado com interesse e responsabilidade, promovem vínculos e são vistos de forma positiva[5]. A família vivencia a hospitalização de forma positiva quando é instrumentalizada e incentivada pelos profissionais da saúde, desenvolvendo habilidades que lhes tornem capazes de cuidar melhor a criança[6]. Ao se deparar com a hospitalização da criança, a família acredita que os profissionais de saúde se aproximem, sejam comunicativos e tenham a compreesão do momento difícil que está passando[7]. Durante a hospitalização, muitas vezes, o relacionamento da criança, da família e dos profissionais de saúde é permeado por uma situação de vulnerabilidade, provocada pelo distanciamento entre os profissionais e a família[8]. Uma comunicação efetiva entre enfermagem e família diminui a ansiedade dos pais e aumenta a aceitação e envolvimento desses no processo de cuidar da criança no ambiente hospitalar[9]. O apoio da família faz com que a criança torne-se capaz de suportar as dificuldades na internação, pois é para esta fonte de suporte emocional[10]. **CONCLUSÃO:** A família fortalecida e confiante passa segurança e sua presença, em especial da mãe, no contexto hospitalar assegura ao filho um cuidado menos traumático, pois entre ambos existe um vinculo construído durante toda vida, assegurando que a ansiedade e os medos advindos da internação sejam amenizados. Nesse contexto, a família precisa aprender um novo modo de cuidar para atender as demandas específicas de cuidado da criança, necessitando do apoio dos profissionais da enfermagem. Esses precisam ouvi-la, percebendo a sua problemática, suas perspectivas; as relações que existem entre seus membros e o mundo social no qual se inserem, refletindo a respeito de suas necessidades e capacidade para cuidar. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A partir desse conhecimento o enfermeiro poderá planejar formas de instrumentalizar a família para vivenciar este período de forma mais tranqüila, tornando o ambiente hospitalar humanizado, refletindo e propiciando à criança um cuidado qualificado, sensível e humano.

DESCRITORES: Família. Criança hospitalizada. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Lima RAG, Azevedo EF, Nascimento LC, Rocha SMM. A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas. Rev. esc. enferm. USP. 2009; 43(1):186-93.

2. Valladares ACA, Silva MT. A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(3):443-50.

3. Sparapani VC, Borges ALV, Dantas IRO, Pans R, Nascimento LC. A criança com Diabetes Mellitus Tipo 1 e seus amigos: a influência dessa interação no manejo da doença. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012(20);1;117-25.

4. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

5. Poletto D, Gonçalves MI, Barros MTT, Anders JC, Martins ML. A criança com estoma intestinal e sua família: implicações para o cuidado de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2011;20(2):319-27.

6. Gomes GC, Oliveira PK. Vivências da família no hospital durante a internação da criança. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(4):165-71.

7. Rodrigues PF, Amador DD, Silva KL, Reichert APS, Collet N. Interação entre equipe de enfermagem e família na percepção dos familiares de crianças com doenças crônicas. Esc Anna Nery. 2013; 17(4):781-7.

8. Côa TF, Pettengill MAM. A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em unidade de cuidados intensivos pediátricos. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(4):825-32.

9. Araújo YB, Collet N, Moura FM, Nóbrega RD. Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância. Texto Contexto Enferm. 2009 Set; 18(3):498-505.

10. Murakami R, Campos CJ. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. Rev Bras Enferm. 2011; 64(2):254-60.

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO TRABALHO ACERCA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA INDÚSTRIA

Daniela Inês Thier Roloff; Marta Regina Cezar-Vaz[38]

INTRODUÇÃO: A educação está presente a todo o momento na vida do ser humano. Ela prevê interação entre as pessoas envolvidas dentro de um contexto educativo e destas com o mundo que as cerca, visando a modificação de ambas as partes. Especificamente, no caso da educação em saúde, pode-se afirmar que seus conceitos e propósitos se adaptaram conforme as mudanças de paradigma que ocorreram no setor saúde e foram também influenciados pelas transformações ocorridas nos processos pedagógicos da educação escolar de maneira geral[1]. Para o Ministério da Saúde, educação em saúde é um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população, um conjunto de práticas que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado[2]. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora faz referência à articulação de ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores. Tem como um de seus objetivos promover a saúde e ambientes e processos de trabalho saudáveis, através do desenvolvimento de estratégias e ações de comunicação de risco e de educação ambiental e em saúde do trabalhador[3]. O Caderno de Atenção Básica nº 5 – Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde, cita o desenvolvimento de programas de educação em saúde do trabalhador como ações desta área. Também atribui ao técnico de enfermagem e ao enfermeiro o planejamento e participação de atividades educativas no campo da saúde do trabalhador[4]. Sendo assim, vê-se a educação em saúde como a metodologia mais utilizada e eficaz para mudanças de comportamento na população, pois é pautada na satisfação das necessidades de saúde, preservando sua autonomia, valorizando o seu saber e buscando uma melhoria na qualidade de vida dos indivíduos. O presente texto se refere ao trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho do Centro Educacional São Camilo – Sul, que teve como **OBJETIVO** geral analisar as percepções dos profissionais

[38] Daniela Inês Thier Roloff, Universidade Federal do Rio Grande, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FURG, e-mail: danythier@bol.com.br.
Marta Regina Cezar-Vaz, Universidade Federal do Rio Grande, Doutora em Filosofia da Enfermagem, Professora Associada IV da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – FURG, e-mail: cezarvaz@vetorial.net.

de enfermagem do trabalho acerca da educação em saúde do trabalhador da indústria, e como **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** investigar o conhecimento destes profissionais sobre a educação em saúde, conhecer as estratégias utilizadas na execução destas ações, conhecer os assuntos mais abordados, investigar métodos para seleção destes assuntos, investigar dificuldades e facilidades que os profissionais enfrentam na execução das ações de educação em saúde. **METODOLOGIA:** O estudo foi do tipo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. Teve como sujeitos, seis profissionais de enfermagem do trabalho que atuam em diferentes indústrias localizadas na região portuária do município de Rio Grande, Estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados teve início após a aprovação pelas indústrias e pela emissão de Parecer Consubstanciado de nº 113/10 pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Camilo – SP e foi realizada através de entrevista semi-estruturada com cada participante, baseada num formulário composto por questões abertas e fechadas, no mês de setembro de 2010, previamente agendada e gravada no local e horário de trabalho de cada profissional, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante. Os dados obtidos foram transcritos e analisados através do método de Análise de Conteúdo[5], onde foram categorizados de acordo com elementos e aspectos em comum e que se relacionam, se baseando nos objetivos da pesquisa. Após esta fase, o conteúdo foi organizado por categorias, realizando interpretações comparadas com o referencial teórico. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** De acordo com os resultados do estudo, verificou-se que os profissionais são conhecedores do significado da educação em saúde e a forma como esta influencia na vida dos trabalhadores. Houve relação da educação em saúde com a transmissão e troca de informações/orientações de saúde, como ferramenta para prevenção de doenças, para mudança de comportamento relacionado aos maus hábitos de vida e também a utilização dos próprios trabalhadores como veiculadores destas informações para sua família e comunidade. Estes aspectos apontados pelos entrevistados condizem com o que os autores relatam em suas bibliografias. Apenas um entrevistado mostrou-se duvidoso sobre a influência da educação em saúde na vida dos trabalhadores. A quase totalidade dos participantes realiza ações de educação em saúde na empresa onde atuam, sendo ações tanto individuais quanto coletivas, realizadas em diferentes momentos da rotina laboral, como através de palestras, por divisão de setores de produção, através de momentos dentro da rotina de produção como os diálogos diários informais (DDI) ou então sob forma de campanhas, e também utilizam folders para veiculação de informações que são de confecção própria ou adquiridos através de parcerias com entidades públicas e privadas. O principal assunto abordado nas ações, que foi quase a unanimidade entre os entrevistados, diz respeito ao

universo das doenças crônico-degenerativas ou doenças crônicas não-transmissíveis como hipertensão arterial, infarto, insuficiência cardíaca, diabetes, obesidade e insuficiência renal. Outros assuntos citados foram a dinâmica dos setores de produção, os riscos que estão expostos os trabalhadores em cada setor, os exames que são necessários realizar de acordo com cada risco ambiental e os problemas de saúde que podem estar relacionados a estes riscos, doenças sazonais, doenças sexualmente transmissíveis (DST), o tabagismo, alcoolismo, drogas e a importância do autocuidado, com a própria saúde. O método mais citado para seleção de assuntos pela maioria dos entrevistados foi através da necessidade e importância de temas baseados na realidade da população trabalhadora. Mais da metade afirmou que enfrentam dificuldades em seu trabalho e que os motivos dizem respeito à baixa cultura dos trabalhadores, que não se mostram receptíveis às orientações de saúde e também a certas questões pertinentes à rotina da indústria, como alto ritmo de produção, dificuldade na liberação de recursos e falta de apoio por parte dos gestores. As facilidades apontadas pelos participantes dizem respeito ao acesso direto que estes têm aos trabalhadores, ocasionado pelo interesse e receptividade dos mesmos, a capacitação de toda a equipe de saúde ocupacional, o que acaba facilitando a execução e qualificando as atividades de saúde, momentos mais oportunos dentro da rotina de trabalho e também a valorização da equipe de enfermagem pela direção da empresa. **CONCLUSÃO:** Analisar as percepções de educação em saúde pelos profissionais de enfermagem do trabalho permite conhecer como os mesmos se relacionam com os seus instrumentos de trabalho, possibilitando revelar o seu pensamento sobre a produção do cuidado com base no processo educativo em enfermagem/saúde. **IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM:** A educação em saúde, portanto, torna-se uma estratégia para a enfermagem garantir a manutenção da saúde individual e coletiva dos trabalhadores com consciência crítica e permitir o exercício da cidadania, efetivando mudanças pessoais e sociais, formando sujeitos éticos e capazes de tornar a sociedade mais justa, humana e solidária.

DESCRITORES: Enfermagem do trabalho. Papel do profissional de enfermagem. Educação em saúde.

REFERÊNCIAS

1- Maciel MED. Educação em saúde: conceitos e propósitos. Cogitare enferm. 2009; 14(4):773-6.

2- Brasil. Ministério da Saúde (Br). Glossário Temático – Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

3- Brasil.Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 02 jan. 2014.

4- Brasil.Ministério da Saúde (Br). Cadernos de Atenção Básica nº 5 – Saúde do Trabalhador. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

5- Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 E DE SUA FAMÍLIA

Sheila Silveira Costa[39]; Lenice Dutra de Sousa[40]; GOMES, Giovana Calcagno Gomes[III]; Tatiana Martins da Silveira Aragão[IV]; Marlene Teda Pelzer[V]; NORNBERG, Pâmela Kath de Oliveira Nornberg[VI].

INTRODUÇÃO: O Diabetes Mellitus (DM) acomete 382 milhões de pessoas no mundo e, no Brasil, estima-se 11,9 milhões de portadores da doença[1]. Em 2007 havia, aproximadamente, 500.000 crianças com idade inferior a 15 anos, portadoras de DM Tipo 1 (DM1) no mundo [2]. A doença caracteriza-se por hiperglicemia, que quando constante acarreta em complicações que acometem olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos[3]. Para prevenção dos agravos são necessárias modificações no estilo de vida que acarretam impacto de ordem física, emocional e social, com potencial para interferir na qualidade de vida das crianças portadoras de DM e familiares. A qualidade de vida (QV) pode ser entendida a partir de questões como vida familiar, amorosa, social e ambiental, além da própria estética existencial. Os profissionais exercem influência através de sua intervenção sobre os agravos que podem gerar dependências e desconfortos. Podem contribuir na construção de intervenções adequadas para o diagnóstico e tratamento de tais agravos[4]. **OBJETIVO:** Conhecer os fatores que afetam a qualidade de vida de crianças portadoras de

*Recorte do Trabalho de Conclusão de Curso: O enfrentamento do Diabetes Mellitus pela criança e sua família sob a ótica do seu principal cuidador.

I Enfermeira do HU-FURG. Discente do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Email Relatora: sheilasilco@hotmail.com
II Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da FURG. Email Orientadora lenice.ds@hotmail.com
III Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Líder do Grupo de estudo e Pesquisa Saúde da Criança e do Adolescente - GEPESCA. Email: acgomes@mikrus.com.br
IV Enfermeira do Centro Integrado de Diabetes (CID) do HU-FURG. Mestre em Enfermagem. Preceptora da Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar com Ênfase na Atenção à Saúde Cardio-metabólica do Adulto (RIMHAS–HU/FURG). Email: tatiana_enferm@hotmail.com
V Enfermeira. Professora da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Docente da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (FURG). Email: pmarleneteda@yahoo.com.br
VI Enfermeira da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. Discente do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Docente da Faculdade Anhanguera do Rio Grande - RS Email: pamelakathpko@yahoo.com.br

DM1 e de sua família. **METODOLOGIA:** Estudo exploratório, descritivo e com abordagem qualitativa[5]. A coleta foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas nos meses de setembro e outubro de 2011 e foram participantes do estudo cinco cuidadores de crianças com DM1 cadastradas no Centro Integrado de Diabetes (CID- FURG). Os dados foram submetidos à análise textual discursiva[6]. Para a realização deste estudo, o Comitê de Ética emitiu parecer favorável sob o número 147/2011. **RESULTADOS EDISCUSSÃO:** Todos os participantes eram do sexo feminino e apresentavam vínculo familiar com as crianças. Verificou-se que a criança portadora de DM1 e sua família enfrentam situações/condições que interferem na qualidade de vida, assim como, dificuldades no processo de enfrentamento da doença. Tais dificuldades estão relacionadas a fatores biopsicossociais como: adesão à dieta alimentar; administração de insulinoterapia; encargos financeiros; relacionamento familiar/social e abalo emocional. A aplicação de insulinoterapia foi relatada como um procedimento doloroso e verificou-se resistência pelas crianças na proposta de distribuição dos locais de aplicações. Abalos emocionais no que tange à criança e sua família também foram percebidos, envolvendo ambiente escolar e doméstico, interferindo significativamente nas relações interpessoais. Crianças e famílias demonstram o desejo de compartilhar experiências com outras na mesma condição. Além disso, verificou-se que algumas cuidadoras abdicaram da continuação de seus estudos, de seu trabalho e de suas atividades diárias para atender as necessidades de saúde de seus filhos. A maior dificuldade apontada no que se refere à qualidade de vida das crianças consistiu na adesão à dieta alimentar, também encontrado em estudo que investigou as dificuldades de crianças e adolescentes com DM1[7]. A polifagia, que pertence à tríade de sintomas clássicos do Diabetes Mellitus juntamente com a polidipsia e a astenia[8], é apontada como o principal obstáculo no que diz respeito às crianças com DM1. Os frequentes convites para eventos festivos dificultam a adesão à dieta alimentar e a criança tem sua participação em festividades limitada. As restrições alimentares ainda podem gerar conflitos com os demais membros da família, especialmente, entre irmãos. As cuidadoras divergem do fato de restringir a ingestão de doces àqueles filhos sem a doença, mas também, não querem expor a criança com DM à situação de abdicação. As mães, em geral, não dispõem de suporte para o enfrentamento dessas situações, desenvolvendo sentimentos de culpa e superproteção[7.] A criança omite a informação de que é portadora de DM e tem dificuldade em aceitar sua condição de saúde, já que esta a faz sentir-se diferente [9.] A aceitação da doença se agrava a partir do momento em que os adolescentes começam a assumir responsabilidades no que tange sua própria saúde e a insegurança própria da idade pode acarretar na não realização do autocuidado [10]. A não aceitação de rodízios dos locais de

aplicação da insulina representou mais uma dificuldade que pode acarretar em complicações. Destaca-se a importância do rodízio dos locais de injeção de insulinoterapia para a prevenção de lipodistrofia que consiste em nodulações, não dolorosas, que decorrem de repetidas aplicações no mesmo local e acarretam na má absorção da insulina e, por consequência, em hiperglicemia[8]. Diante disso, salienta-se a importância da atuação da enfermeira no sentido de realizar intervenções para fortalecer os cuidados necessários à insulinoterapia. Outra dificuldade experimentada refere-se aos os encargos financeiros, considerados como um dos obstáculos mais relevantes. Inicialmente após o diagnóstico, os gastos concentram-se em adquirir produtos para o tratamento da doença. Embora a Lei 11.347 garanta medicamentos e insumos gratuitamente ao portador de DM[11], há demora na disponibilização dos insumos, fazendo com que as famílias mobilizem os próprios recursos para o tratamento da doença. É importante que os profissionais de saúde tenham conhecimento das Políticas Públicas de Saúde para assim orientar os clientes de maneira adequada para a busca de direitos e, ainda, promover a acessibilidade destes aos recursos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde. Soma-se a isso os elevados preços dos alimentos apropriados para consumo de pessoas com DM. Assim, para tratar a doença, a família utiliza parte de seu orçamento mensal, gerando impactos financeiros, sociais e emocionais[12]. Além das restrições alimentares impostas pela doença, o nível socioeconômico do portador esgota ainda mais as possibilidades de uma alimentação balanceada e saudável. Nenhuma das crianças desse estudo alimentava-se das refeições oferecidas na escola pública, pois estas não se adequavam as suas restrições alimentares. Tal aspecto vai de encontro à Lei 11.947 de 2009[13], a qual dispõe acerca do atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação pública básica. Diante disso, conclui-se que as escolas públicas ainda não estão adaptadas à realidade que acomete as crianças portadoras de DM1 e, deste modo, não estão aptas a oferecer condições que garantam a qualidade de vida dessas crianças. A atividade de merenda escolar não se limita somente ao ato de alimentar-se, mas também um momento de socialização entre os alunos e, portanto, também se somam prejuízos ao que se refere à socialização da criança com DM. Além das dificuldades já mencionadas, tem-se ainda àquelas referentes às questões emocionais, incluindo as relações familiares. A diferenciação no diz respeito às responsabilidades de cada gênero é pautada no fato de que a sociedade não exige que o homem participe dos cuidados com a criança ou que renuncie de suas vivências[14.] Socialmente, espera-se do pai a responsabilidade em prover financeiramente a sua família[14] e, desta forma, não se constata o compartilhamento do cuidado pelos progenitores gerando uma sobrecarga de cuidados à figura feminina. O ser cuidador de uma criança com DM implica em

uma série de sentimentos, dentre estes: o medo, a angústia e a insegurança. Estes sentimentos relacionam-se com as incertezas no que tange à doença e ao tratamento, pelo receio da morte e pela impotência diante do sofrimento da criança[15]. Um programa de educação em Diabetes poderia minimizar os impactos da doença na criança e família, contudo, para isso, faz-se necessário a capacitação e qualificação dos profissionais[7]. **CONCLUSÃO:** Verificou-se que a adesão da criança com DM1 à rigorosa dieta alimentar configura-se em dificuldade fundamental à qualidade de vida da criança e sua família, pois acarreta prejuízos diretos para a saúde física da criança, sua socialização e nas relações familiares. A necessidade de destinar os recursos financeiros da família aos gastos com alimentos específicos e aquisição de insumos para o tratamento consistiu em outro aspecto relevante. A não aceitação de rodízios dos locais de aplicação da insulina também se impôs como uma dificuldade, acarretando em complicações cutâneas e deficiência na absorção do hormônio. Além disso, a necessidade de aplicações frequentes de insulina afeta a qualidade de vida das crianças, já que se apresenta como um procedimento doloroso. A demanda de cuidados da criança com DM recai sobre sua mãe, a figura feminina que representa a provedora de cuidados, sobrecarregando-se pela responsabilidade de cuidar. Abalos emocionais no que tange à criança, com sentimentos de negação da doença, angústia diante do tratamento e medo da morte e do julgamento de colegas também foram evidenciados. A família, destacando os cuidadores também apresentaram sentimentos de angústia, apreensão e medo relacionados à terapêutica complexa e consequências futuras da doença. Assim, observa-se o comprometimento da qualidade de vida das crianças e familiares cuidadores por fatores complexos e interligados. **IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Os achados do estudo oferecem subsídios para a assistência de enfermagem oferecida à criança com DM e seus cuidadores/familiares no CID-FURG assim como em outros espaços de atuação da enfermeira. Contudo, salienta-se que os dados do estudo direcionam a necessidade de atuação de uma equipe multiprofissional, bem como a criação de grupos de apoio, com a finalidade de auxiliar e instrumentalizar para um viver saudável e com QV. Compreende-se a importância da enfermeira ser conhecedora do contexto que envolve a criança portadora de DM e de sua família, e conhecer as lacunas que compõem o processo de viver com uma doença crônica, em especial na infância. Apresentam-se, desta forma, diversas possibilidades de atuação da enfermeira no intuito de desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde individualmente ou em integração com outros profissionais.

DESCRITORES: Diabetes Mellitus. Qualidade de vida. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1 International Diabetes Association.[online] Diabetes Atlas, 6th edition. Brussels, Belgium, 2013. D Available from: http://www.idf.org/diabetesatlas

2 *INTERNATIONAL DIABETES ASSOCIATION. World Diabetes Day 2007-2008:* Diabetes in Children and Adolescents. [cited 2014 Abr 30]. Available from: http://www.idf.org./the-campaign/previous-campaigns/2007-2008

3 Brasil. Cadernos de Atenção Básica. Diabetes mellitus [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013, n.36 [cited 2014 Abr 30]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf

4 Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2000, [cited 2014 Abr 30]; 5(1): 7-18. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf

5 Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

6 Moraes R, Galiazzi MC. Análise Textual Discursiva. 2. ed. rev. Ijuí: Ed. Unijuí; 2011.

7 ZANETTI ML, MENDES IAC. Análise das dificuldades relacionadas às atividades diárias de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: depoimento de mães. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]. 2001 Nov-Dez., [cited 2014 Abr 30); 9(6): 25-30. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n6/7822.pdf

8 SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Tratamento e acompanhamento do Diabetes *mellitus*. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. [editores] GOMES MB, DIB SA. SBD [online], 2006, [cited 2014 Abr 30]. Available from: http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/diretrizes.pdf

9 SALES CA, TIRONI NM, D'ARTIBALE EF, SILVA MAP, VIOLIN MR, CASTILHO BC. O cuidar de uma criança com diabetes mellitus tipo 1: concepções dos cuidadores informais. Revista Eletrônica Enfermagem, [online], 2009, [cited 2014 Abr 30]; 11(3):563-72. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a13.htm

10 MINANNI CA, FERREIRA AB, SANT'ANNA MJC, COATES V. Abordagem integral do adolescente com diabetes. Revista Adolescência e Saúde, [online], 2010, Jan-Mar, [cited 2014 Abr 30]; 7(1): 45-52. Available from: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=181

11 Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.347 de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos [internet]. Brasília, DF; 2006. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei_N_11347.pdf

12 CASTRO ADRV, GROSSI SAA. Custo do tratamento do diabetes mellitus tipo 1: dificuldades das famílias. Acta Paulista Enfermagem, [online], 2008, [cited 2014 Abr 30]; 21(4):624-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400014

13 BRASIL. Lei nº 11.947 de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica. Diário Oficial da União.[internet]. Brasília, DF; 2009. Available from: http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/711767/lei-11947-09

14 SOUSA LD. O significado da maternidade para mães adolescentes à luz da teoria das representações sociais. 2009. 134 f.. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande.

15 SANTOS ECB, ZANETTI ML, OTERO LM, SANTOS MA. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. Revista Latino-Americana de Enfermagem, [online] Mai-Jun, 2005. [cited 2014 Abr 30]; 13(3):357-406. Available from: www.eerp.usp.br/rlae

RELAÇÃO ENTRE COMPLICAÇÕES GESTACIONAIS E PARTO PREMATURO

Luiza Rocha Braga[41]; Nalú Pereira da Costa Kerber[42]; Catharine Silva de Souza[43]; Taimara Martins Pinheiro[44]; Flávia conceição Pohlmann[45]; Francielle Garcia Sena[46].

INTRODUÇÃO: A prematuridade precisa ser encarada como um dos principais problemas de saúde pública, pois contribui para o aumento da taxa de mortalidade infantil, acarretando danos e sequelas de difícil mensuração aos recém-nascidos. O Brasil aparece na 10ª posição em nascimentos prematuros do mundo e o estado do Rio Grande do Sul, tem atingido a maior taxa de prematuridade entre todos os demais estados brasileiros. O contexto de cada gravidez influencia intensamente no seu desenvolvimento e também na relação que irá se estabelecer entre a família e a mulher com a criança recém-nascida, porém existe uma parcela de gestantes que por portarem alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de terem gestações com uma evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe, sendo classificadas como gestantes de alto risco[1]. As infecções geniturinárias têm ocupado um papel importante entre os estudos de diversos autores, que relacionam essas infecções com o aumento da ocorrência do trabalho de parto prematuro. [2] A prematuridade tem múltiplas causas, e para que se consiga reduzir os índices de parto prematuro é necessário investir em estratégias de prevenção e cuidados. Portanto, é de grande importância pesquisar para compreender o que pode ser feito para prevenir o parto prematuro em vários contextos e também para diminuir suas consequências para os recém-nascidos pré-termo. **OBJETIVO:** Analisar se as patologias ocorridas durante a gravidez influenciam de alguma maneira a ocorrência do parto prematuro. **METODOLOGIA:** O presente estudo é um recorte da pesquisa "Parto prematuro: estudo dos fatores associados para construção de estratégias de prevenção", realizado em Rio Grande/RS/Brasil nos meses de novembro e dezembro de 2013 nas maternidades dos dois hospitais da cidade. O estudo foi desenvolvido por meio de abordagem quanti-qualitativa. Na etapa quantitativa, foi realizado um estudo de caso controle, que constitui uma forma simples

[41] Bolsista EPEM do Grupo de Pesquisa Viver Mulher, acadêmica de Enfermagem/FURG. (luizarochab@gmail.com).
[42] Doutora em Enfermagem, professora da Escola de Enfermagem/FURG, orientadora do presente estudo. (nalukerber@hotmail.com)
[43] Bolsista PIBIC/CNPq do Grupo de Pesquisa Viver Mulher, acadêmica de Enfermagem/FURG.
[44] Bolsista PROBIC/Fapergs do Grupo de Pesquisa Viver Mulher, acadêmica de Enfermagem/FURG.
[45] Mestre em Enfermagem, Enfermeira da Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande.
[46] Bolsista EPEM do Grupo de Pesquisa Viver Mulher, Acadêmica de Enfermagem/FURG.

de investigar a causa das doenças. É um estudo que inclui puérperas com ocorrência de parto prematuro, que fazem parte do grupo de casos, e puérperas com ocorrência de parto atermo, que fazem parte do grupo de controles. As entrevistas foram realizadas com 30 mulheres que tiveram ocorrência de parto prematuro, e 30 mulheres que com ocorrência do parto atermo, sendo investigado se tiveram alguma intercorrência gestacional. A justificativa deste estudo está na necessidade de investigar as causas mais comuns do parto prematuro. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, parecer 134/2013. **RESULTADOS/DISCUSSÃO:** das 60 mulheres entrevistadas, entre casos e controles, analisadas no período de novembro a dezembro de 2013, podemos analisar que as complicações gestacionais ocorrem com todas as mulheres, independente da idade gestacional. Muitos são os fatores de risco maternos e fetais que estão associados com um trabalho de parto prematuro. Tais fatores podem ser classificados como epidemiológicos que, por exemplo, têm relação com o uso de drogas, a idade materna, nutrição inadequada e baixo nível socioeconômico. Entre os fatores obstétricos estão os sangramentos de primeiro e segundo trimestre, parto prematuro anterior, gemelaridade e incompetência cervical[3]. Quanto aos fatores ginecológicos, estão as alterações anatômicas do colo uterino e malformações uterinas. Os fatores considerados clínico-cirúrgicos se relacionam com as infecções, doenças maternas como diabetes e hipertensão e procedimentos cirúrgicos na gravidez. Ainda se podem citar os fatores genéticos, que podem ser tanto de origem materna quanto fetal, e também os fatores iatrogênicos e os desconhecidos[3]. As infecções geniturinárias têm ocupado um papel importante entre os estudos de diversos autores, que relacionam essas infecções com o aumento da ocorrência do trabalho de parto prematuro. Entre os principais achados está à colonização do canal cervical por s*treptococcus agalactiae* ou também chamado de estreptococos do grupo B e a presença de vaginose bacteriana. [2] Dentre a análise realizada por pela presente pesquisa, ressalto que obteve-se maior registros com as infecções do trato urinário, seguido de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. **CONCLUSÕES:** Observou-se que independente da idade gestacional, as mulheres apresentaram intercorrências durante a gestação. Não se pode analisar se as patologias ocorridas durante a gravidez influenciam de alguma maneira a ocorrência do parto prematuro, como o estudo mostra apenas dados prévios, a amostra coletada ainda é muito pequena para que possamos chegar a conclusões que nos levem a generalização dos achados. Através desta análise pode-se ver a importância da criação de estudos acerca do tema abordado, além de ser necessária uma maior orientação das mulheres no tratamento de doenças durante a gravidez, visto que a grande maioria realizou o tratamento por conta própria. É necessário também, atentar-se para

informações que possam ser decisivas para a avaliação e intervenção de situações de risco. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Diante da visualização da importância da temática apresentada, temos anseio de investigar melhor a questão do parto prematuro, também vemos a importância de mais estudos abordando este tema. Planejamos, a partir de maiores achados desta investigação, pensar na efetivação e implantação de medidas que possam auxiliar a evitar o parto prematuro. A prematuridade tem múltiplas causas, e para que se consiga reduzir os índices de parto prematuro é necessário investir em estratégias de prevenção e cuidados. Portanto, é de grande importância pesquisar para compreender o que pode ser feito para prevenir o parto prematuro em vários contextos e também para diminuir suas consequências para os recém-nascidos pré-termo.

DESCRITORES: Parto Prematuro. Enfermagem. Saúde da Mulher

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico. **Gestação de Alto Risco**. Brasília, 2010.

2. Lajos GJ, Junior RP, Nomura ML Amaral E, Pereira BG; Milanez H, Parpinelli MA. Colonização bacteriana do canal cervical em gestantes com trabalho de parto prematuro ou ruptura prematura de membranas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.30, n.8, p. 393-399, 2008.

3. Bittar RE, Fonseca, EB, Zugaib M. Predição e prevenção do parto pré-termo. **FEMINA**, v.38, n.1, p.14-22, 2010.

SEXUALIDADE NO PUERPERIO: REVISÃO INTEGRATIVA

Tatiana Trintade Häfele[47], **Luiza Rocha Braga**[48], **Nalu Pereira da Costa Kerber**[49], **Vanessa Itana Flor**[50], **Aline Rodrigues do Monte**[51]

INTRODUÇÃO: O puerpério, período que se inicia após o parto, é marcado por transformações as quais possuem a finalidade de restabelecer o organismo da mulher à situação pré-gravídica. O início do puerpério se dá uma a duas horas após a saída da placenta, já o seu término não é previsto, pois, durante o período pós-parto, a mulher passa por transformações, e essas transformações não ocorrem somente no âmbito fisiológico, endócrino e genital, mas na sua totalidade As expressões da sexualidade têm diversos significados, conforme valores vigentes de cada estrato sociocultural. Os roteiros sexuais evidenciam as várias e diferentes socializações que o indivíduo experimenta em sua vida: família, tipos de escola, acesso aos diversos meios de comunicação, redes de amizade e vizinhança. Essas socializações vão exercendo papel fundamental na construção do indivíduo como um todo, gerando formas de interpretar as relações sexuais e a forma de vivenciar a sexualidade(4). A vivência do puerpério é, sem dúvida, complexa, pois ocasiona para as mulheres modificações biopsicossociais, mudanças essas atribuídas aos novos significados que podem interferir na sua adaptação à maternidade. Tornar-se mãe é ritual de passagem e envolve a mulher numa reorganização de seus vários papéis. Apesar de o puerpério ser um evento marcante na vida das mulheres, é, geralmente, um período negligenciado. As atenções se voltam muito mais para os bebês e há expectativa de que a mulher assuma o papel de mãe de imediato e sem dificuldades. No âmbito da sua sexualidade, há importantes ajustes que necessitam ser realizados. Considerando a sexualidade um importante aspecto para a vida da mulher, sabendo-se das transformações corporais que ocorrem no período puerperal e do impacto que essas transformações podem causar, torna-se de suma importância entender e conhecer a vivência na sua singularidade no puerpério. Assim, o objetivo deste estudo foi compreender como as mulheres lidam com as mudanças em seus corpos e sexualidade no período puerperal, tendo, portanto, a seguinte questão norteadora: como as mulheres lidam com a sexualidade e as mudanças corporais durante o puerpério. enquanto pessoa(1). **OBJETIVO** : procurando oferecer subsídios para futuros estudos e aplicações da temática, o

[47] Enfermeira da Maternidade do HU. (luizarochab@gmail.com)
[48] Academica de Enfermagem.
[49] Docente da Escola de Enfermagem, orientadora do presente estudo.
[50] Academica de Enfermagem
[51] Academica de Enfermagem

presente estudo tem como objetivo reunir a maior quantidade de produção cientifica sobre sexualidade no puerpério, qual a relevância destes estudos e quais as contribuições para a saúde da mulher. **MÉTODOS** : trata-se de um estudo baseado na pesquisa de literatura cientifica, a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico. A pesquisa foi realizada na biblioteca virtual da saúde (BVS) em três etapas, sendo a primeira no dia 23 de abril de 2014 e a segunda no dia 24 de abril de 2014. Para a primeira pesquisa utilizou-se "sexualidade no puerperio" como título, obtendo-se 11 resultados, já na segunda pesquisa utilizou-se "período pós parto" e "sexualidade" como descritores, obtendo 4 resultados e por último utilizou-se "puerperio" e "sexualidade" como descritores, obtendo-se 0 resultados. Foram utilizados somente artigos primários, completos, produzidos nos anos de 2000 a 2012, disponíveis online e em português. Após utilizar estes critérios de exclusão, restaram 3 artigos, que serão utilizados como bibliografia base no presente estudo. **RESULTADOS/DISCUSSÃO :** na perspectiva da abordagem interpretativa adotada neste trabalho, a avaliação do material permitiu conhecer os estudos realizados sobre a temática abordada nos últimos anos. Os artigos utilizados deixam claro o quão pouco estudado é este assunto. O conhecimento abordado pelos estudos utilizados permitiu entender um pouco sobre a sexualidade nesse periodo tão importante na vida de uma mulher. Contudo, apesar da importância da discussão deste assunto, vê-se que é um tema ainda pouco abordado no meio da enfermagem, com pouco material recente disponível online, além da falta de literaturas específicas sobre o assunto. Ao analisar os artigos escolhidos para o presente estudo, nota-se que a maioria dos estudos aponta que A vivência da sexualidade na gestação foi apontada pela maioria das colaboradoras somente como o intercurso sexual; estas não expressaram outras formas possíveis de prazer. Os estudos selecionados apresentam diferentes características no que se refere ao nível de desenvolvimento, aos sujeitos, ao tipo de estudo , a presença de companheiros, etc. O suporte fornecido por profissionais de saúde também foi abordado, embora em poucos estudos e sem profundidade. Sabe-se então que os ensaios científicos realizados sobre a temática se iniciaram a partir da década de 80, e são escassos, apenas 1 artigo estava disponível dentro dos critérios adotados. Esta situação parece permanecer, uma vez que foram realizadas três buscam distintas para esta revisão, com descritores e títulos distintos, buscando uma maior base bibliográfica para a realização deste estudo. **CONCLUSÃO :** considera-se que o presente estudo alcançou os objetivos propostos, tendo sido respondida a questão norteadora que orientou a pesquisa proposta. Percebe-se que o processo de inserção da sexualidade no puerpério é complexo, e a aceitação das mulheres em abordar o assunto também apresenta dificuldades, além de possuir escassa literatura cientifica

para consulta disponível. 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, torna-se essencial a realização de ações educativas com a equipe de enfermagem, de forma a propiciar discussões que tragam à tona a temática**. CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM:** Os achados deste trabalho permitiram a compreensão sobre as mudanças do corpo e da sexualidade durante a gestação, servindo de suporte para a assistência nesse aspecto da vida feminina. Assim sendo, em qualquer proposta de educação em saúde, a base deve ser a visão de mundo das mulheres, a sua cultura, priorizando as experiências de vida, sendo este o primeiro passo na prestação de uma assistência de qualidade. Compreender as experiências das mulheres torna-se de extrema importância para o desenvolvimento de ações em saúde e ensino da enfermagem e obstetrícia. A enfermagem, como elemento fundamental na prestação de cuidados, ao propor ações para uma determinada população, deve reconhecer fatores sócio-culturais, pois cada sociedade se comporta de mmaneira única. Desta forma, faz-se necessário o conhecimento prévio da comunidade, bem como as significações atribuídas aos fenômenos, imprescindíveis para obtenção de sucesso nas metas estabelecidas.

DESCRITORES: período pós parto, sexualidade, saúde da mulher

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2005.

2. Salim NR, Araújjo NM, Gualda DMR. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. Ver. Latino Am. Enfermagem (Internet). jul- ago 2010 acesso em 30.04.2014; 18 (4)

3. Vettorazzi J, Marques F, Hentschel H, Ramos JGL, Costa SHM, Badalotti M. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. Rev HCPA 2012;32(4)

4. Ressel LB, Gualda DMR. Reflexões sobre a sexualidade velada na imagem da enfermeira. Rev Gaúch Enferm 2005 dezembro; 26(3):414-24.

5. Nakano AMS. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. Cad Saúde Pública 2003;19(Supl.2):355-63.

6. Costa MCG. Puerpério: a ambivalência das estratégias para o cuidado. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2001.

SIGNIFICADOS DO ALEITAMENTO MATERNO: A VOZ DA PUÉRPERA

Giovana Calcagno Gomes[52]; Dóris Helena Ribeiro Farias[53]; Carla Rosana Mazuko dos Santos[54]; Daiani Modernel Xavier[55], Fabiele Driesch[56]

INTRODUÇÃO: O aleitamento materno é a única forma natural de nutrição dos recém-nascidos e de fundamental importância para o desenvolvimento do mesmo. O Ministério da Saúde preconiza que o aleitamento seja exclusivo até o sexto mês de vida do bebê. Dessa forma é importante conhecer os fatores que interferem na manutenção do aleitamento materno exclusivo. Algumas evidências sugerem que a prática do aleitamento materno, sobretudo quando exclusivo, protege contra doenças como diarreia, infecções gastrointestinais e outros sintomas de morbidade infantil e fornece uma série de outros benefícios para a saúde da criança.[1] O leite materno possui nutrientes e substâncias de defesa que são passados para o bebê no momento da amamentação. Assim, é o leite mais adequado, equilibrado e de fácil digestão para o bebê.[2] Outro fator importante da amamentação desde o primeiro momento de vida é a interação mãe- bebê, a partir disso é criado um vínculo que aumenta a duração do aleitamento materno exclusivo.[3] Crianças que recebem alimento natural (leite materno) tem melhores índices de acuidade visual, desenvolvimento neuropsicomotor, desenvolvimento cognitivo e elevado quociente de inteligência.[4] Além do alimento natural o aleitamento materno é a estratégia natural de vinculo, melhorando a qualidade de vida das famílias.[5] Algumas mães justificam o aleitamento materno com a criação do vínculo com o filho no momento da amamentação. Alguns autores apontam como indicador da amamentação bem sucedida esse elo afetivo criado entre o binômio mãe-filho.[6] Para as mães é difícil descrever o sentimento ao amamentar, o olhar é algo que as mães afirmam aproximar a relação mãe-filho. Além disso, também é um momento em que ambos desfrutam de sensações de amor e confiança. O contato físico com o bebê é um elemento essencial de interação com a criança e isso contribui para a saúde do bebê.[7] Em estudo realizado foi possível observar nas falas das puérperas entrevistadas que o fator saúde foi apontado várias vezes como significado do

[52] Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da FURG. Líder do GEPESCA/FURG. E-mail: giovanacalcagno@furg.com.br
[53] Mestre em Enfermagem. Técnica de Laboratório da FURG. Pesquisadora do GEPESCA/FURG. E-mail:dorisenf@hotmail.com
[54] Enfermeira. E-mail: dorisenf@hotmail.com
[55] Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FURG. Bolsista da CAPES. Membro do GEPESCA/FURG. E-mail:daiamoder@ibest.com
[56] Acadêmica de Enfermagem da terceira série da FURG. E-mail: dorisenf@hotmail.com

aleitamento materno para a vida da criança.[8] É preciso ressaltar a importância do profissional enfermeiro no que diz respeito à manutenção do aleitamento materno exclusivo, incentivando as puérperas e realizando orientações durante todo o processo do pré natal. Tendo em vista a importância do aleitamento materno para a redução da mortalidade e morbidade infantil e o papel da enfermeira no incentivo à amamentação e na educação das puérperas para que esse processo se dê de forma mais satisfatória. **OBJETIVO:** Conhecer o significado do aleitamento materno para puérpera. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva permite descrever o fenômeno investigado possibilitando que se conheça como este é vivenciado.[9] A abordagem qualitativa permite a livre expressão das percepções e subjetividade dos seres humanos, dando ênfase às realidades dos sujeitos, buscando contemplar as pessoas cuja experiência está sendo estudada.[10] O estudo foi desenvolvido na Unidade de Internação Obstétrica do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa (HU) e no domicílio das puérperas participantes do estudo. A Maternidade do HU possui vinte e cinco leitos divididos em três enfermarias com três leitos e oito enfermarias com dois leitos. O HU é intitulado Hospital Amigo Da criança e pratica o alojamento conjunto. Participaram do estudo onze puérperas que ganharam seus filhos no setor. Após orientadas acerca da metodologia e objetivos do estudo, aceitaram participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As puérperas foram contatadas no HU após o parto e, antes da alta, orientadas acerca da importância do aleitamento materno. Foi, então, agendada visita domiciliar no sétimo dia após alta, pois se acredita que as dificuldades para amamentar dão-se, principalmente, na primeira semana de vida do recém-nascido. Como critério de inclusão foi utilizado: estar em pós-parto imediato no HU, querer amamentar seu filho e estar em condições plenas de responder ao questionário; quanto ao RN, ser a termo e estar em boas condições de saúde. O número de participantes foi delimitado pela saturação dos dados. A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2012 e deu através de entrevistas semiestruturadas únicas com cada participante. Estas foram realizadas no domicílio previamente agendadas com a puérpera, antes de sua alta do hospital. As entrevistas foram gravadas para posterior transcrição. A entrevista é uma técnica que estabelece uma relação dialógica com uma determinada intenção, que se caracteriza como promotora da abertura e do aprofundamento em uma comunicação.[10] Os dados das entrevistas foram analisados pela técnica de Análise Temática.[10] Foi respeitada a resolução 196/96 no que tange aos aspectos éticos para a pesquisa com seres humanos. As participantes e suas falas foram identificadas com nome de flores para garantir seu anonimato. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. O projeto foi aprovado pelo

CEPAS/FURG com parecer nº 78/2012. R**ESULTADOS: q**uando questionadas quanto ao significado do aleitamento materno, salientou-se a relação do vínculo criado entre mãe e filho por meio da amamentação e por ser este um momento de toque afetivo entre a mãe e seu bebê, sendo essa a resposta de oito puérperas. Para muitas mulheres amamentar é o principal momento existente entre elas e seus filhos, proporcionando a troca de carinhos, conhecimento, afeto e dedicação. Dessa forma, para elas o que importava era a saúde e bem-estar da criança e isso poderia ser ofertado por meio da amamentação exclusiva, naquele instante. Três puérperas desse estudo afirmaram que é necessário amamentar, pois entendem isso como função principal da mãe. Quatro puérperas afirmam que a facilidade para amamentar baseou-se na experiência prévia com amamentação e a boa produção de leite. Uma delas referiu que além da produção abundante de leite a boa pega do bebê ao peito é muito importante. Para que o bebê receba o leite materno de forma efetiva deve-se atentar para um conjunto de fatores que resultam no sucesso da amamentação, isto é, a técnica correta de amamentação. Esse conjunto de fatores é o posicionamento, a pega e a sucção do bebê no peito da mãe. **DISCUSSÃO:** Quatro puérperas ressaltaram a saúde como significado do aleitamento materno, afirmando que o bebê alimentado com leite materno se torna mais forte, sendo o leite necessário para o bebê. Uma puérpera afirma ainda a praticidade da amamentação. Além de significado, algumas puérperas afirmaram que esse aspecto foi considerado facilidade para amamentar. Além do alimento natural o aleitamento materno é a estratégia natural de vinculo, melhorando a qualidade de vida das famílias.[5] Algumas mães justificam o aleitamento materno com a criação do vínculo com o filho no momento da amamentação. Alguns autores apontam como indicador da amamentação bem sucedida esse elo afetivo criado entre o binômio mãe-filho.[6] Para as mães é difícil descrever o sentimento ao amamentar, o olhar é algo que as mães afirmam aproximar a relação mãe-filho. Além disso, também é um momento em que ambos desfrutam de sensações de amor e confiança. O contato físico com o bebê é um elemento essencial de interação com a criança e isso contribui para a saúde do bebê.[7] Em um outro estudo realizado foi possível observar nas falas das puérperas entrevistadas que o fator saúde foi apontado várias vezes como significado do aleitamento materno para a vida da criança.[8] É fundamental considerar o que significa o ato de amamentar para cada puérpera, pois além dos benefícios para o bebê também traz benefícios para a mãe, sendo que esse processo deve ocorrer de forma natural. Constitui um momento significativo para ela em consonância com seu real desejo.[11] É relevante que se aborde não apenas as vantagens bioquímicas e fisiológicas do leite materno para a saúde da criança, mas também incorporar ao atendimento o significado da maternidade e da corporeidade no cotidiano da mulher

contemporânea.[12] **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conclui-se que o ato de amamentar não tem sido priorizado pelos profissionais da saúde, pois estes não têm priorizado o fornecimento de orientações acerca da amamentação para as gestantes nem seu acompanhamento contínuo Ter informações acerca dos benefícios do AM para a criança tem mantido as mulheres firmes na determinação de amamentar seus filhos. No entanto, verificou que amamentar é um ato cercado de muitas dificuldades relacionadas tanto à mulher quanto à criança. Assim, há necessidade que a puérpera seja assistida aprendendo a técnica correta de amamentar, tenha tempo e apoio para que possa fazê-lo da melhor forma possível. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** O conhecimento produzido nesse estudo poderá direcionar as práticas educativas realizadas por enfermeiras no sentido de minimizar as dificuldades enfrentadas pelas puérperas durante a amamentação, durante o puerpério.

DESCRITORES: Período Pós Parto. Aleitamento materno. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Bernardi JR, Gama CM, Vitolo MR. Impacto de um programa de atualização em alimentação infantil em unidades de saúde na prática do aleitamento materno e na ocorrência de morbidade. Cad. Saúde Pública. 2011;27(6):1213-22.

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

3. Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ranjsö-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. Birth. 2009;36(2):97-109.

4. Baptista GH, Adriano HHK, Andrade GD. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009;25(3):596-604.

5. Ministério da Saúde (BR). Rede amamenta Brasil: caderno do tutor. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

6. Junges CF, Ressel LB, Budó MLD, Padoin SMM, Hoffmann IC, Sehnem GD. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(2):343-50.

7. Caires TL, Oliveira TC, Araújo CM. Análise do conhecimento, manejo e informações recebidas pelas mães sobre amamentação. R Enferm Cent O Min. 2011;1(3):342-54.

8. Carrascoza KC. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(10):4139-46.

9. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2008.

10. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis/RJ: Vozes; 2010.

11. Cunha ACB, Santos C, Gonçalves RM. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. Arq Bras Psicol. 2012;64(1):139-55.

12. Fujimori E. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. Interface. 2010;14(33):315-27.

TÉCNICAS ALTERNATIVAS PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Aline Rodrigues do Monte[57]; Nerizane Cerutti Fornari[58]; Bruna Ruoso da Silva[59]; Cathaerine Silva de Souza[60]; Cíntia de Souza Santana[61]; Nalú Pereira da Costa Kerber[62]

INTRODUÇÃO: O parto, diferentemente da gravidez em que um longo período favorece a adaptação gradativa das mudanças, caracteriza-se como evento que provoca mudanças abruptas e intensas, as quais demarcam alguns níveis de simbolização como a intensidade da dor e a imprevisibilidade, causando sofrimento, ansiedade e insegurança[1]. Com o início da prática da assistência obstétrica hospitalar, na primeira metade do século passado, o parto deixou de ser um evento privativo da mulher para se tornar um evento institucionalizado, cercado por inovações tecnológicas que visam o controle do processo de parturição, inclusive do processo doloroso[1]. Sabe-se que tanto a dor quanto a ansiedade promovem efeitos deletérios e aumentam a secreção de catecolaminas e cortisol, resultando em incremento do débito cardíaco (DC), da pressão arterial e da resistência vascular periférica. Alguns trabalhos mostram elevação de 200% a 600% nos níveis circulantes de epinefrina e norepinefrina durante o trabalho sem analgesia, evento este que leva à redução do fluxo sanguíneo uterino e ao comprometimento da perfusão fetal. Além disso, as catecolaminas afetam a contratilidade uterina, contribuindo para um trabalho de parto distócico[2-5]. Sabe-se que tanto os médicos quanto os enfermeiros participam do processo de nascimento, entretanto, talvez por terem uma formação mais voltada para as complicações da gestação e do parto, os profissionais tendem a perceber os partos como situações de risco, fazendo uso intensivo de tecnologias. Estas constatações não excluem o obstetra do processo de humanização da assistência, mas apontam para a necessidade destes profissionais modificarem sua prática assistencial frente aos partos de risco habitual, atuando mais como cuidadores do que efetivamente como

[57] Acadêmica de Enfermagem da 8ª série da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande. Integrante o Grupo de Pesquisa viver Mulher.
[58] Acadêmica de Enfermagem da 6ª série da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande. Integrante o Grupo de Pesquisa viver Mulher.
[59] Acadêmica de Enfermagem da 7ª série da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande. Integrante o Grupo de Pesquisa viver Mulher.
[60] Acadêmica de Enfermagem da 9ª série da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande. Integrante o Grupo de Pesquisa viver Mulher.
[61] Enfermeira do Centro Obstétrico do Hospital Universitário Drº Miguel Riet Corrêa.
[62] Enfermeira. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Líder do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.

'especialistas' em patologia obstétrica[6]. Apontam, também, a necessidade de a Enfermagem consolidar técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, de modo a impedir os efeitos deletérios da dor, como os citados acima, sem necessitar de intervenções farmacológicas que, como já é sabido, também trazem conseqüências ao organismo materno e neonatal. **OBJETIVO:** relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem com a utilização de técnicas alternativas de alívio da dor no parto em um centro obstétrico. **METODOLOGIA:** Este é um relato de experiência de acadêmicas de enfermagem que participam de um projeto de extensão no Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Rio Grande. O projeto, intitulado *Técnicas alternativas para alívio da dor no parto* iniciou-se em 01/03/2014 e tem como objetivo que os acadêmicos realizem a assistência à parturiente admitida no Centro Obstétrico do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., incluindo essas técnicas na rotina de trabalho, de forma a auxiliar a essas mulheres nesse momento tão importante de suas vidas e, ao mesmo tempo, empoderá-las sobre a forma como terão seus bebês, fazendo com que se tornem ativas desse processo e o cuidado durante o trabalho de parto e parto seja mais humanizado. O projeto ocorre durante os turnos da manhã e tarde, contando com a participação de duas enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem e 10 acadêmicas da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande. As acadêmicas estimulam as parturientes na utilização de técnicas alternativas de alívio da dor no parto, como a bola suíça e o banho de aspersão. Promovem orientação e auxiliam quanto ao uso dessas tecnologias. Como parte do projeto, há reuniões mensais com a equipe, estudos sobre a temática e aplicação de uma escala para medida da dor, criada especialmente para este fim. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Este projeto proporciona aos acadêmicos relembrar o conteúdo teórico e aplicá-lo na prática, buscando através de métodos científicos não farmacológicos o alívio da dor durante o trabalho de parto. Dentre as diversas terapias não farmacológicas existentes, as que vêm ganhando destaque são a bola suíça, associada ao banho de aspersão e massagem. A aplicação de tais terapias pelos membros do projeto tem apresentado resultados positivo entre as parturientes, como uma forma no alívio da dor e relaxamento, centrando a atenção na gestante, esclarecendo seus medos, angústias e preocupações – fatos que contribuem significativamente para o aumento da dor, principalmente em momentos de fragilidade emocional, como é o parto. A dor do parto é algo muito subjetivo, não existindo nenhum estudo ou forma de avaliação desse tipo de dor na literatura nacional ou internacional. Existem algumas escalas utilizadas para mensurar a dor de um modo geral, destacando-se as variações da Escala analógica visual (EAV): Uma delas corresponde a uma régua de 100mm, podendo variar de 0 a 4mm - sem dor, de 5 a 44mm -

dor leve, de 45 a 74mm - dor moderada; e de 75mm a 100mm - dor intensa[7]. Outra, traz uma régua de 10 cm, onde 0 representa ausência total de dor, de 0 a 5 - dor leve a moderada e de 5 a 10 - dor moderada a severa. Há, ainda, estudos que consideram 0 – ausência de dor; 1 a 3 – dor leve; 4 a 6 – dor moderada; 7 a 9 – dor forte; 10 – dor insuportável. Devido ao fato de não existir uma escala específica para ser aplicada no momento do trabalho de parto, os integrantes do projeto criaram uma escala baseada nas já existentes e validadas, de forma a testar seu uso junto às parturientes que internam no Centro Obstétrico do Hospital Universitário. Essa escala compõe-se de uma régua contendo números de 1 a 5, em que cada número tem um rosto desenhado com uma expressão, que corresponde ao grau de dor sentido pela parturiente. as parturientes admitidas no centro obstétrico durante os turnos manhã e tarde e que são consideradas de risco mínimo, podendo se movimentar livremente, são estimuladas a usar a bola suíça e o banho de aspersão, sendo oferecida a escala para visualização da intensidade de sua dor antes e após a realização dessas práticas. **CONCLUSÃO:** Ainda não há resultados, uma vez que o projeto teve inicio há pouco tempo, mas as parturientes referem que as tecnologias utilizadas promovem alívio da dor e relaxamento. Espera-se alcançar resultados mais objetivos com o decorrer da aplicação da proposta. **IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** É importante que a enfermagem se insira em todos os espaços assistenciais, mostrando seu conhecimento e forma de cuidado. A assistência ao parto é um momento em que pode haver grande participação desses trabalhadores. Buscar novas tecnologias é uma tarefa que deveria estar constantemente merecendo o olhar da enfermeira, de modo a contribuir com a clientela sob seus cuidados.

DESCRITORES: Enfermagem obstétrica; Parto; Dor.

REFERÊNCIAS

1. Maldonado MTP – Aspectos Psicológicos da Gravidez do Parto e do Puerpério, em: Maldonado MTP – Psicologia da Gravidez, 16ª Ed. Petrópolis, Vozes, 2002;48-60.

2. Ferreira CHJ, Payno SM. A eletroestimulação nervosa transcutânea como recurso de alívio da dor no trabalho de parto. Femina. 2002;30(2):83-6.

3. Santana LS, Gallo RBS, Marcolin AC, et al. Avaliação da intensidade da dor na fase ativa do trabalho de parto em primigestas. Rev Dor. 2010;11(3):214-7.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da

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

5. Lederman RP, McCann DS, Work B Jr, et al. Endogenous plasma epinephrine and norepinephrine in last-trimester pregnancy and labor. Am J Obstet Gynecol. 1977;129(1):5-8.

6. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro (RJ): ANS; 2008.

7. International Association for the Study of Pain (IASP). Faces pain scale. [Internet]. [cited 2012 Mar 1]. Available from: http://www. Iasp pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/

VITALIDADE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Francielle Garcia Sena[63]; Nalú Pereira da Costa Kerber[64]; Taimara Martins Pinheiro[65]; Catharine Silva de Souza[66]; Aline Rodrigues do Monte[67]; Luiza Braga Rocha[68]

INTRODUÇÃO: A prematuridade, segundo a Organização Mundial de Saúde, é definida como o nascimento abaixo de 37 semanas de gestação. Ela pode ser classificada em prematuridade: limítrofe (de 35 a 36 semanas de gestação), moderada (de 31 a 34 semanas de gestação) e extremos (inferior a 30 semanas de gestação)[1]. **OBJETIVO:** O presente estudo teve como objetivo identificar o grau de vitalidade apresentado por recém-nascidos prematuros**. METODOLOGIA:** Estudo de abordagem quantitativa e descritiva a qual utilizou o banco de dados da macro pesquisa "Parto prematuro: estudo dos fatores associados para construção de estratégias de prevenção", realizado na cidade do Rio Grande - RS, durante o período de novembro de 2013 a fevereiro de 2014, com a participação de 55 mulheres as quais apresentaram parto prematuro determinado e que tiveram o mesmo em um dos dois hospitais do município. A prematuridade foi considerada a partir da data da última menstruação para as mulheres que tinham certeza da data, seguida da avaliaçã da ecografia gestacional feita com menos de 12 semanas e, por último, o teste de avaliação chamado Capurro, que é análise das condições de nascimento do bebê. A coleta de dados foi relativa aos registros do prontuário do recém-nascido, para os fatores que podem ser indicativos da vitalidade do bebê, dos quais: medidas de peso, apgar e capurro, se ele precisou ser reanimado, se recebeu algum atendimento em sala de parto e se necessitou de internação e por qual motivo.A macro pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética dos hospitais envolvidos sob nº 134/2013 e n° 005/2013. Resultados/Discussão: Em relação ao peso dos recém-nascidos prematuros, dentre os 59, apenas 1,69% foi classificado como sendo extremamente de baixo peso com menos de 1.000g; 16,9% foram classificados como sendo de muito baixo

[63] Acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Rio Grande/RS/Brasil. Bolsista EPEM/FURG. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher- fran.garciasena@gmail.com
[64] Enfermeira. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Rio Grande/RS/Brasil. Líder do Grupo de Pesquisa Viver Mulher- nalukerber@hotmail.com
[65] Acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Rio Grande/RS/Brasil. Bolsista PROBIC/FAPERGS. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher
[66] Acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Rio Grande/RS/Brasil. Bolsista PIBIC/CNPq. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher
[67] Acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Rio Grande/RS/Brasil. Bolsista EPEM/FURG. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher
[68] Acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Rio Grande/RS/Brasil. Bolsista EPEM/FURG. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher

peso com menos de 1.500g; 44,06% foram classificados como sendo de baixo peso o peso igual ou inferior a 2.500g; e 37,2% foram classificados como sendo de peso normal com peso entre 2.510g a 4.000g. O baixo peso ao nascer é um importante fator de risco para "morbi-mortalidade" neonatal e infantil. Quanto menor o peso ao nascer, maior é a mortalidade. Alguns fatores podem promover o nascimento prematuro, como, por exemplo, as condições socioeconômicas desfavoráveis, desnutrição energético-protéica materna e doenças crônicas maternas que levam à insuficiência útero-placentária[2]. Em relação à Escala de Apgar, no primeiro minuto de vida, 35 recém-nascidos pré-termos tiveram escores entre 8 e 9; 5 tiveram escore 7; 10 tiveram escore entre 4 a 6 e 2 tiveram escore 1 e 3 respectivamente; já no quinto minuto de vida 45 recém-nascidos prematuros tiveram escore de 8 a 10; 3 tiveram escore 7; 3 tiveram escore entre 5 e 6 e apenas um 1 teve escore igual a 3. Essa escala é um dos métodos mais utilizados na avaliação imediata do neonato feito logo após o parto, sua realização é de extrema importância, pois avalia as condições fisiológicas e a capacidade de resposta, ajuda também a identificar a necessidade de reanimação ou algum outro tipo de cuidado especial[3]. Apgar baixo ao nascimento, portanto, indica depressão neonatal que pode ter várias etiologias: prematuridade, uso materno de drogas, anestésicos, manuseio obstétrico e pediátrico e asfixia perinatal. Em relação ao Método de Capurro, a partir da sua utilização, foi verificado que 23,7% dos recém-nascidos prematuros obtiveram capurro entre 27 e 34 semanas, 42,3% o capurro foi entre 35 e 36 semanas e 33,8% o capurro foi entre 37 e 40 semanas. O método de Capurro somático e neurológico tem sido amplamente empregado, podendo ser realizado logo ao nascer, nas primeiras 24 horas de vida, avaliando então a idade gestacional do recém-nascido por meio da verificação da formação do mamilo, textura da pele, forma da orelha, tamanho da glândula mamária, sulcos plantares, sinal do xale e a posição da cabeça ao levantar do bebê. Para os recém-nascidos extremamente prematuros, os seguintes critérios devem ser levados em consideração: pálpebras fundidas, pele gelatinosa, fragilidade dos vasos sanguíneos e escoriações da pele; pele pegajosa, mamilo imperceptível e ausência de lanugem[4]. Quanto ao processo de reanimação, apenas 1 recém-nascido prematuro necessitou ser reanimado. A reanimação é realizada quando o bebê não respira ou a respiração é irregular, apresenta tônus muscular flácido, frequência cardíaca menor do que 100 bpm, e/ou líquido amniótico claro ou com presença de mecônio associados aos fatores citados anteriormente[5]. Quanto ao atendimento em sala de parto, 76,9% dos recém-nascidos prematuros receberam oxigênio inalatório, com o objetivo de diminuir a gravidade da apnéia, na maioria das vezes causada por infecção do trato respiratório inferior, que quando grave, pode levar a morte, ou até mesmo pela prematuridade dos pulmões. Já em relação a internação

e qual o motivo da mesma, 54,1% dos recém-nascidos prematuros permaneceram em alojamento conjunto, valorizando então a humanização do atendimento do binômio mãe-filho e sua família, estabelecendo um vínculo afetivo. Além disso, esse alojamento promove o aleitamento materno, o qual é de extrema importância para o bebê, e também promove a diminuição do risco de infecção hospitalar neonatal; já 35,4% dos nascimentos prematuros, os bebês permaneceram na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal devido principalmente aos motivos de disfunção respiratória e ao baixo peso respectivamente. **CONCLUSÃO:** A assistência deve basear-se num sistema que garanta cuidados contínuos e de complexidade crescente em relação proporcional ao nível de risco do neonato. A determinação do risco de cada paciente, em cada momento do processo assistencial, permite destinar recursos adequados às necessidades de forma eficiente. Dessa maneira, para cada momento, desde o nascimento até a alta neonatal, devem ser definidas e planejadas as atividades assistenciais, considerando: o nível de cuidados do paciente, a área assistencial, os recursos humanos necessários, seu treinamento básico, as normas assistenciais e os procedimentos a serem utilizados. Com isso, reduzindo então, os índices de mortalidade neonato e infantil, promovendo uma melhor qualidade de vida para os mesmos. **IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM:** A partir do conhecimento desses dados obtidos, é possível melhorar a estrutura a qual recebe esse recém-nascido prematuro, melhorar os cuidados os quais eles necessitam nos primeiros minutos de vida, e também, ter uma melhor organização da equipe multiprofissional para melhor acolher esse bebê.

DESCRITORES : Parto Prematuro, Enfermagem, Saúde da Mulher

REFERÊNCIAS:

1. Lorena SHT, Brito JMS. Estudo retrospectivo de crianças pré-termo no Ambulatório de Especialidades Jardim Peri-Peri. Arq Bras Oftalmol. 2009;72(3)360-4.
2. Baixo peso ao nascimento. Cren. Acesso em: 29 abr 2014. Disponível em: <http://www.desnutricao.org.br/1_3/baixo_peso_ao_nascimento.htm#Bibliografia>
3. Loth E, Vitti C, Nunes JI. A diferença das notas do escore de Apgarentre crianças nascidas de parto normal e parto cesariana. Arq Cien Saúde Unipar 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Assistência ao Recém-Nascido. 1 ed. Brasília. Secretaria de Assistência à Saúde, 1994.

5. Brasil. Ministério da Saúde. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Quadros de Procedimentos AIDPI NEONATAL. 3ª edição. Brasília - DF. 2012.

TRABALHOS COMPLETOS

CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO TECNOLOGIA EDUCATIVA DE CUIDADO À MULHER NO PUERPÉRIO: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

NURSING CONSULTATION AS EDUCATIVE TECHNOLOGY OF CARE TO WOMEN IN THE POSTPARTUM: A THEORETICAL REFLECTION

Dóris Helena Farias Ribeiro[69]; Giovana Calcagno Gomes[70]; Daiani Modernel Xavier[71]; Caroline Chabarria[72]; Ismael Moron de Souza Reinhardt[73]; Tatiana Trindade Hafele[74]

RESUMO

Trata-se de uma reflexão teórica que objetiva mostrar a importância da consulta de enfermagem como uma tecnologia educativa de cuidado à mulher no puerpério. Para tanto, discutiu-se: a educação como estratégia de construção do conhecimento e a consulta de enfermagem como tecnologia educativa para o autocuidado. Considera-se que, através da consulta de enfermagem, a enfermeira, como educadora em saúde, revela-se co-responsável pela construção da autonomia da puérpera, contribuindo para torná-la capaz de fazer escolhas e assumir seu papel na promoção de sua própria saúde. Investir no seu processo educativo, de exige do enfermeiro distinguir suas necessidades, identificar suas demandas individuais e coletivas, utilizando-se da informação e da comunicação como instrumentos terapêuticos disponíveis ao cuidar, favorecendo a diminuição de suas dificuldades para o enfrentamento do puerpério.

Descritores: Educação em Saúde. Período Pós-Parto. Enfermagem.

ABSTRACT

It is about a theoretical reflection that aims to show the importance of the nursing consultation as an educational technology of care of woman in the postpartum period. For both, it was discussed: education as strategy of knowledge-building and nursing consultation as educative technology for self-care. It is considered that, through of the consultation nursing, the nurse, health as educator, proves to be responsible for building of the autonomy of postpartum women, contributing to make it able to make choices and assume your role in promoting of your own health. Investing in your education process, requires nurses to distinguish your needs, identify your individual and collective demands, using information and communication as therapeutic instruments at avaiable to caring, helping reduce your difficulties to face postpartum.

[69] Enfermeira. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente GEPESCA/FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: dorisenf@hotmail.com

[70] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/ FURG. Líder do GEPESCA/FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: giovanacalcagno@furg.br

[71] Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Membro do GEPESCA/FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: daiamoder@ibest.com.br

[72] Acadêmica do terceiro semestre do curso Enfermagem da FURG. Membro do GEPESCA/FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: carolzinhachab@hotmail.com

[73] Acadêmico do terceiro semestre do curso Enfermagem da FURG. Membro do GEPESCA/FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ismael.mdsr@gmail.com

[74] Enfermeira. Membro do GEPESCA/FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: tatianahafele@hotmail.com

Descriptors: Health Education. Postpartum Period. Nursing.

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher, nas últimas décadas, tem sido fonte de preocupação nos programas de saúde do Brasil, visto que observamos uma sensível evolução nas políticas públicas voltadas a essa temática. A participação feminina vem se mostrando cada vez mais intensa na discussão sobre a saúde da mulher, a partir da década de 1980. O engajamento das mulheres na luta pelos seus direitos e por melhores condições de vida impulsionou as primeiras medidas oficiais do Ministério da Saúde. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, criado em 1984, foi importante para a saúde da mulher brasileira enfatizando a necessidade de cuidado em todas as fases de seu ciclo vital[1]. A atenção à saúde da mulher necessita contemplar um conjunto de aspectos que englobam questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais, permitindo-nos ampliar o conceito de saúde, ao adotar práticas que considerem as experiências das mulheres com a sua saúde, aplicando estratégias que elevem a qualidade de vida e a humanização em saúde. Entende-se que humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero[2]. No ciclo de vida da mulher, especificamente no puerpério, a mulher deve receber atenção especial. Neste período, ela fica mais vulnerável a intercorrências, tais como: hemorragias, infecções, problemas relacionados à lactação e depressão puerperal, precisando adaptar-se às novas demandas relacionadas aos cuidados com o recém nascido, com o ser mãe, ser esposa e ser mulher. Costumam vivenciar esta fase de vida, de acordo com experiências prévias, crenças e valores culturais apresentando diferentes demandas de cuidados[3]. Para atendê-las nas suas necessidades é necessário apreender as múltiplas singularidades da mulher neste período, ou seja, seus desejos, suas dificuldades, sua relação com a família, sua auto-imagem, sua relação com o seu corpo, seus sentimentos, seu modo de viver o puerpério. Assim, o período puerperal caracteriza-se por se apresentar como uma etapa de profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher[4]. Em um estudo que objetivou saber como as puérperas vivenciavam a consulta de pós-parto, as autoras verificaram que as mesmas procuram a consulta de retorno tardiamente, que seu conhecimento cultural não é considerado, que a amamentação é o foco das orientações e que estas não tem suas necessidades plenamente atendidas[5]. Nesta perspectiva, compreende-se que é necessário que as enfermeiras revejam

suas ações educativas, de modo a prestar um cuidado multidimensional, contemplando no planejamento assistencial aspectos biopsicossociais, valorizando aspectos culturais, enfocando a integralidade da mulher, contribuindo, assim, efetivamente, para um puerpério saudável. Considera-se que a consulta de enfermagem pode constituir-se como um espaço privilegiado para qualificar o atendimento em saúde da mulher que vivencia o puerpério, pelas possibilidades de interação enfermeira-cliente e de humanização neste processo, de modo que esta usuária visualize na enfermeira, uma profissional receptiva às suas diferentes manifestações relacionadas ao ser mulher, esposa e mãe. A consulta de enfermagem é reconhecida como um espaço de acolhimento porque possibilita o diálogo, permitindo a livre expressão de dúvidas, de sentimentos, e de experiências[6]. Assim, através de uma reflexão teórica, temos como objetivo mostrar a importância da consulta de enfermagem como uma tecnologia educativa de cuidado à mulher no puerpério. Para tanto, discute-se: a educação como estratégia de construção do conhecimento e a consulta de enfermagem como tecnologia educativa para o autocuidado.

A educação como estratégia de construção do conhecimento: A educação é um componente da assistência que pode capacitar os indivíduos tornando-os autônomos, para que conquistem melhores condições de vida, favorecendo o seu empoderamento. Educar em saúde requer espaços de troca e de sensibilização de forma que estes reconheçam os desafios e os potencias existentes em sua realidade concreta. A proposta de promoção da saúde contribui para uma maior compreensão da necessidade de envolver os diferentes atores sociais em todo o processo de construção social da saúde[7]. Por meio da educação em saúde, as profissionais enfermeiras podem ser consideradas agentes de transformação, desde que em sua prática diária promovam a própria reflexão e a do usuário, possibilitando a troca de conhecimentos como mobilizador deste processo. A transformação, neste sentido, passa a ser entendida como resultado da ação e reflexão sobre a realidade, contribuindo para modificá-la[8]. A prática educativa possibilita aos indivíduos a compreensão do seu processo de viver. Para que isso aconteça o processo educativo requer a participação de todos os sujeitos envolvidos, o conhecimento de suas crenças, a interação entre educando e educador, o respeito às suas idéias, a busca do consenso e do entendimento pela via do argumento, numa compreensão de que os limites da liberdade são estabelecidos na relação com o outro como sujeito e não como objeto dessa prática. Na Enfermagem, a educação em saúde é um instrumento fundamental para uma assistência de boa qualidade. É um processo de ensino que o enfermeiro faz com seus clientes com o objetivo deles aprenderem o autocuidado, além de se tornarem multiplicadores dos conhecimentos da área de saúde[9]. Como auxílio à construção do

conhecimento, a educação apresenta-se como um processo complexo e holístico que valoriza o cotidiano, o viver e a singularidade de cada indivíduo. O processo de educação em saúde necessita oferecer condições para que os indivíduos desenvolvam a responsabilidade pelo seu autocuidado, merecendo consideração como um dos mais importantes elos entre as perspectivas dos indivíduos e as práticas de saúde. A educação em saúde caracteriza-se como fundamental estratégia para o alcance de melhores condições de vida/saúde[10]. A concepção da educação está condicionada ao meio e à concepção de homem e de mundo predominante na sociedade. Assim, as práticas pedagógicas devem estar comprometidas com uma educação que dialogue com as questões e as problemáticas políticas e sociais, contribuindo para a sua superação[9]. O educador Paulo Freire revela que o homem chega a ser sujeito por uma reflexão sobre sua situação, sobre seu ambiente concreto. Quanto mais refletir sobre a realidade, sobre sua situação concreta, mais emerge, plenamente consciente, comprometido, pronto a intervir na realidade para mudá-la. "Uma educação que procura desenvolver a tomada de consciência e a atitude crítica, graças à qual o homem escolhe e decide, liberta-o" [11:35]. A enfermeira pode, por meio da educação em saúde, auxiliar a puérpera a vivenciar este período de forma mais tranqüila. As ações de educação têm fundamental importância, mas para serem efetivas, necessitamos compreender sua realidade, valorizar seus saberes, suas relações e conhecer o meio em que ela vive. Assim podemos, mais facilmente, com elas, planejar ações educativas que as instrumentalizem para o seu autocuidado.

A consulta de enfermagem como tecnologia educativa para o autocuidado: A Consulta de Enfermagem surgiu no Brasil na década de sessenta, constituindo-se em matéria da Lei nº 7498/ 86 que regulamentou o exercício da enfermagem e a determinou como uma atividade privativa do enfermeiro. Em 1993, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução COFEN/159, estabeleceu a obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde em instituição pública ou privada. Esta objetiva sistematizar, dar consistência, sentido, registro e memória à assistência de enfermagem nos três níveis da atenção à saúde humana[12]. A mulher, no puerpério, tem necessidades especiais de cuidado, o que implica em determinados conhecimentos que a habilite a realizá-los. A consulta de enfermagem apresenta-se como uma estratégia educativa capaz de tornar a mulher mais autônoma no seu pensar e agir frente ao seu processo saúde-doença, constituindo-se em uma tecnologia educativa apropriada pela enfermeira na sua prática diária. Na consulta de enfermagem, permeada de compreensão e de uma escuta sensível, nós, enfermeiras, poderemos abrir espaço para que as puérperas manifestem suas necessidades possibilitando o estabelecimento de uma relação dialógica, na qual a reflexão se

faz presente, tornando essa um processo compartilhado[13]. A enfermeira tem na consulta de enfermagem um espaço privilegiado, em que pode integrar assistência e educação em saúde, direcionadas às puérperas. A consulta é também um processo de interação entre a enfermeira e a mulher assistida, na busca da promoção da sua saúde, da prevenção de doenças e limitação de danos. Para que ocorra eficazmente a interação, é necessário o desenvolvimento da habilidade refinada de comunicação, para o exercício da escuta e da ação dialógica[13]. A Consulta de Enfermagem apresenta-se como um espaço de reflexão e discussão acerca do puerpério, numa perspectiva transcultural, como uma estratégia para a promoção de um cuidado de enfermagem que não vise, apenas, a satisfação das necessidades físicas, emocionais e sociais das puérperas, isoladamente, mas que, de uma forma mais globalizada, desenvolva o seu potencial cultural de pensar, planejar e agir, de forma a lhes propiciar melhores condições de vida. A consciência da necessidade de ser prestado um cuidado de enfermagem mais globalizado, que atenda de forma efetiva e humanizada as necessidades da puérpera, durante as consultas de enfermagem, poderá nos possibilitar a reconstrução da realidade do cuidado a esta clientela. Atualmente, já não se torna possível prestarmos o cuidado de enfermagem sem refletirmos acerca dele e da sua repercussão para a sociedade[14]. Na consulta de enfermagem a possibilidade da compreensão integral da puérpera e do seu processo saúde-doença, objeto do trabalho em saúde, passa por uma abordagem multicultural. A busca da integralidade do cuidado à puérpera requer a compreensão da sua história, suas crenças e valores; exige que a profissional enfermeira desenvolva estratégias para a prática de cuidar e de ensinar a cuidar, usando tecnologias que considerem os aspectos econômicos, culturais, políticos e sociais do viver das puérperas[2]. A enfermeira, por ser a profissional de saúde que tem o maior contato com as puérperas, necessita estar atenta para os fatores que podem interferir na apreensão das orientações dadas. A atuação da enfermeira durante a consulta de enfermagem deve criar um ambiente de confiança que propicie um suporte emocional necessário para que a puérpera verbalize suas dúvidas, apreensões e necessidades. Esta relação da enfermeira com a puérpera necessita ser acolhedora, mobilizando seus saberes, auxiliando-a a construir os conhecimentos necessários para vivenciar este período de forma mais positiva. Pode-se desenvolver na consulta de enfermagem à puérpera, sensibilidade suficiente para perceber, nos gestos e nas expressões das mulheres, significados que nos permitam estabelecer uma relação dialógica para que seja estabelecida uma ação concreta de educação em saúde favorecendo a efetividade no cuidado de enfermagem. A Consulta de enfermagem permite estabelecer um vínculo terapêutico com as mulheres, o que propicia um cuidado humanizado, e isso se faz ouvindo, apoiando e identificando seus

problemas, que auxiliam na elaboração de planos para os cuidados, que vão ao encontro do que desejam. O saber-fazer da enfermeira no lócus da saúde da mulher e da consulta puerperal deve considerar, em particular, o uso de tecnologias educativas e relacionais. Esse tipo de tecnologia pode propiciar a construção de relações em que sujeitos reais (enfermeiras e puérperas), em situações reais (contexto de vida e saúde), tenham condições de identificar necessidades e vislumbrar caminhos de superação[15]. O processo educativo realizado na consulta de enfermagem precisa ser fundamentado na ética e respeitar a dignidade e a autonomia da puérpera. "Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar a possibilidade para a sua produção ou a sua construção" [15:25]. Assim, torna-se necessário que as profissionais que realizam a consulta de enfermagem se apropriem do conhecimento da puérpera acerca do seu processo saúde-doença e das suas necessidades, para auxiliá-las a construírem estratégias mais efetivas de transformação da sua realidade a partir de seus próprios referencias de saúde e doença: o cuidado é uma atividade fim no trabalho da enfermagem e um meio de valorização profissional quando é realizado com arte (criatividade, estética) ética (respeito, compreensão) e ciência (conhecimento, pesquisa). O cuidado produz o bem-estar e o bem viver. Como uma tecnologia educativa de cuidado, a consulta de enfermagem se apresenta como uma importante estratégia para a prática de cuidado à puérpera, pois auxilia à profissional enfermeira a conhecê-la, sua subjetividade, suas relações, o lugar que ocupa na sociedade e na família possibilitando um intervir e interagir com ela na perspectiva de melhorar seu bem-estar, construindo com ela um espaço de acolhimento, permeado de confiança e respeito.

CONCLUSÃO

A enfermeira como educadora em saúde pode auxiliar a puérpera a construir conhecimentos que sanem suas dúvidas, potencializando-as para o desempenho do seu papel materno, como esposa e mulher, refletindo acerca do processo do puerpério e de seus sentimentos. Revela-se co-responsável pela construção da autonomia da puérpera, tornando-a capaz de fazer escolhas seguras acerca do seu processo saúde-doença e assumir seu papel na promoção de sua saúde. A consulta de enfermagem possibilita a construção de uma relação entre a enfermeira e a puérpera capaz de dar sustentação à transformação da realidade na qual a puérpera está inserida, despertando sua consciência. Apresenta-se como uma tecnologia educativa para o autocuidado no momento em que pode ser compreendida como mediadora entre o conhecimento profissional e popular baseado na realidade social da puérpera. Portanto, tornam-se necessárias ações de prevenção, planejando ações específicas de cuidado a essas

mulheres. Além disso, permite realizar avaliações objetivas do período puerperal dessas, corroborando como fonte efetiva de apoio e suporte. Investir no seu processo educativo exige do enfermeiro distinguir suas necessidades, identificar suas demandas individuais e coletivas, utilizando-se da informação e da comunicação como instrumentos terapêuticos disponíveis para cuidar. Torna-se, por isso, relevante que os profissionais da saúde/enfermagem se instrumentalizem para compor a rede de apoio dessas mulheres, para conhecer suas demandas e vivências e, assim, prestar-lhes um cuidado efetivo, humano e de qualidade. Assim, a reflexão, ora apresentada, pretende proporcionar crescimento e amadurecimento na formação e reflexão sobre a consulta de enfermagem à mulher no puerpério, além de permitir que sejam agregadas novas percepções facilitadoras da investigação e compreensão acerca da consulta de enfermagem, na promoção da assistência de enfermagem, em nível da prática profissional.

REFERÊNCIAS

1. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009;13(1):154-60.

2. Ministério da Saúde (Br). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

3. Francisquini AR, Higarashi IH, Serafim D, Bercini LO. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. Cienc Cuid Saude 2010; 9(4):743-51.

4. Lara ACL, Lima MA, Oliveira SM, Silva MAA. O puerpério identificado na teoria do autocuidado de Dorothea Orem. J Nurs UFPE. 2009;3(3): 101-10.

5. Cardoso ND, Pereira AV. Práticas interdisciplinares de acolhimento, educação em saúde e avaliação pós-parto em grupo de puérperas. Rev. APS 2010;13(4):421-31.

6. Shimizu Helena Eri, Lima Maria Goreti de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2009; 62(3):387-92.

7. Teixeira E, Ferreira DS, Queiroz AM. Educação em saúde: experiência de avaliação em uma disciplina na pós-graduação. Rev. Eletr. Enf. 2010;12(4):775-9.

8. Monteiro EMLM, Vieira NFC. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. Rev Bras Enferm. 2010; 63(3): 397-403.

9. Mertins SM, Scarton J, Kolankiewicz ACB, Loro MM, Rosanelli CLSP, Gomes JS. Rev Cont Saúde. 2011;10(20):837-40.

10. Colomé JS, Oliveira DLLC. A educação em saúde na perspectiva de graduandos de Enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2009;29(3):347-53.\

11. Freire P. Conscientização, teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Moraes; 1980.

12. Resolução COFEN-159/1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. [citado 2008 Mai. Disponível em: http://www.portalcofen. com.gov.br/-novoportal/ Acesso em: novembro/2013.

13. Ângelo BHB, Brito RS. Consulta puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência? Rev Rene. 2012; 13(5):1163-70.

14. Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO, Regis MI, Brasil C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. Texto Contexto Enferm. 2010; 19(4):719-27.

15. Freire, P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários a prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2002

CUIDADO DE ENFERMAGEM PRESTADO NA UNIDADE DE PEDIATRIA

NURSING CARE PROVIDED IN UNITY OF PEDIATRICS

Giovana Calcagno Gomes[75]; Daiani Modernel Xavier[76]; Caroline Chabarria[77]; Ismael Moron de Souza Reinhardt[78]; Tatiana Trindade Hafele[79]; Deise Ribeiro Aquino[80]

Objetivo: conhecer as reações e sentimentos de adolescentes do sexo masculino frente ao diagnostico de gravidez da companheira. **Metodologia:** pesquisa do tipo exploratória, descritiva com abordagem qualitativa, realizada no primeiro semestre de 2010, em um hospital no sul do Brasil, com 12 pais adolescentes. A coleta de dados deu-se por entrevistas semiestruturadas e a análise pelo Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** constatou-se que frente à gravidez os pais adolescentes podem apresentar surpresa, descrença e despreparo para seu enfrentamento. Ao aceitarem a paternidade sentem-se responsáveis e acompanham a gestação. Quanto aos sentimentos, apresentam desconfiança, tristeza e raiva, por não terem usado camisinha. Contudo, ficam felizes e alegres frente à paternidade. **Conclusão:** as enfermeiras necessitam empregar estratégias educativas junto aos adolescentes, auxiliando-os a elaborarem projetos coerentes e adequados a cada realidade. Precisam empenhar-se para obter a participação masculina nas questões referentes à saúde sexual e reprodutiva, evitando a gravidez não planejada.

Descritores: Família; Criança Hospitalizada; Cuidados de Enfermagem.

Objective: to know the reactions and feelings of male adolescents against the diagnosis of pregnancy companion. **Methodology:** an exploratory research, descriptive qualitative approach, performed in the first half of 2010, at a Brazilian hospital located in south region, with 12 teen parents. Data collection was performed by semi-structured interviews and analysis by the Collective Subject Discourse. **Results:** it was found that faced with pregnancy, teenage parents may show surprise, disbelief and unprepared for coping. By accepting fatherhood, they feel responsible and accompany pregnancy. About the feelings, present distrust, sadness and anger, for not having used a condom. However, they are happy and cheerful front to parenthood. **Conclusion:** nurses need to employ educational strategies with adolescents, helping them to develop consistent and appropriate to each reality projects. Besides, they need to strive for male involvement in issues related to sexual and reproductive health, preventing unplanned pregnancy.

[75] Enfermeira. Doutora 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. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: giovanacalcagno@furg.br

[76] Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Membro do GEPESCA/FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: daiamoder@ibest.com.br

[77] Acadêmica do terceiro semestre do curso Enfermagem da FURG. Membro do GEPESCA/FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: carolzinhachab@hotmail.com

[78] Acadêmico do terceiro semestre do curso Enfermagem da FURG. Membro do GEPESCA/FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ismael.mdsr@gmail.com

[79] Enfermeira. Membro do GEPESCA/FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: tatianahafele@hotmail.com

[80] Enfermeira. Professora da Escola de Enfermagem da FURG. Membro do GEPESCA/FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: deiseaquino@furg.br

INTRODUÇÃO

A participação da família e uma boa interação com a equipe de enfermagem é fundamental durante a hospitalização da criança para o processo terapêutico desenvolvido na Unidade Pediátrica (UP). Tendo em vista a importância da família no cuidado à criança internada, torna-se necessário que os membros da equipe de enfermagem reconheçam esta família não apenas como fonte de cuidados à criança, mas como um grupo a ser instrumentalizado para o cuidar[1]. Pode-se perceber que, através da interação com a equipe de enfermagem, a família pode desenvolver novas habilidades e participar ativamente do processo terapêutico. Portanto, a avaliação periódica da qualidade do cuidado torna-se importante como uma forma de constante reflexão sobre a prática gerando condutas que melhorem esta qualidade[2]. A partir de estudo relacionado à família durante a hospitalização da criança, observa-se que a família representa a rede social de apoio à criança durante sua permanência no ambiente hospitalar. A enfermagem como profissão voltada para o cuidado, além de assistir a criança durante sua internação, precisa cuidar da família que permanece integralmente na UP. Torna-se necessário criar vínculo com este familiar cuidador, cuja enfermagem exercita o diálogo como instrumento de interação amenizando conflitos que surjam no seu cotidiano de trabalho[3]. A internação da criança ocorre, muitas vezes, deforma inesperada causando angústia na família que pode apresentar-se vulnerável necessitando de auxílio para adaptar-se à situação. Estudo acerca da hospitalização infantil evidenciou a necessidade de uma relação dialógica para a criação de um clima favorável ao bem-estar da criança[4]. É possível observar que, durante a internação, as famílias reproduzem as práticas de cuidado que efetivam no domicílio, baseadas em suas crenças, seus recursos e suas visões de mundo, nem sempre compatíveis com a cultura de cuidado da equipe de enfermagem[1]. A doença da criança é geradora de sentimentos de incerteza e dúvida quanto à recuperação da sua saúde, podendo gerar intensa ansiedade no familiar cuidador[3]. Assim, além do apoio emocional à mãe acompanhante, torna-se necessário auxílio para que ela adquira habilidades para cuidar a criança levando em consideração suas particularidades e o seu potencial[5]. Baseando-se nestas afirmações, observa-se que em muitos casos a família adoece juntamente com acriança hospitalizada e a equipe de enfermagem deve estar capacitada para prestar assistência a estes cuidadores, os quais se encontram fragilizados perante a internação da criança[1]. Tendo em vista a importância da família durante a internação hospitalar da criança o estudo teve como questão de pesquisa: qual a percepção de familiares cuidadores de crianças internadas na UP acerca do cuidado de enfermagem prestado no setor? A partir dessa, ***objetivou-se*** conhecer a percepção

de familiares cuidadores de crianças internadas na UP acerca do cuidado de enfermagem recebido.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. É exploratória porque aborda a descrição do fenômeno investigado, possibilitando conhecer os problemas vivenciados e aprofundar seu estudo nos limites de uma realidade específica[6]. A pesquisa descritiva permite a descrição do fenômeno investigado possibilitando que este se torne conhecido[6]. E a pesquisa qualitativa é flexível, tende a ser uma pesquisa holística, na compreensão do todo e preocupa-se em atentar para identificação dos aspectos mais relevantes do fenômeno em estudo[6]. Foi realizada na Unidade de Pediatria de um Hospital Universitário do sul do Brasil. Este hospital tem como campo de atuação o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência à saúde. É um hospital referência no atendimento materno-infantil. A Unidade de Pediatria possui 21 leitos destinados a crianças com idades entre zero e doze anos incompletos que internam tanto para atendimentos clínicos como cirúrgicos. Todos para crianças conveniadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A população do estudo foi composta por 14 familiares acompanhantes de crianças internadas na Unidade Pediátrica, no período de coleta de dados. Os critérios de inclusão foram: ser familiar cuidador da criança internada, prestar-lhe cuidados contínuos no hospital e estar acompanhando a criança hospitalizada com período de internação maior de cinco dias para que pudessem ter tido tempo para avaliar o cuidado de enfermagem recebido no setor. Como critério de exclusão utilizou-se: ser familiar cuidador eventual da criança no hospital, ser cuidador não familiar ou estar prestando cuidados à criança a menos de cinco dias. Após orientados acerca dos objetivos e metodologia do estudo os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas únicas com cada participante de forma a obter uma melhor compreensão da realidade, relativa ao fenômeno em estudo. Foram realizadas no primeiro semestre de 2013 em dia e hora agendados previamente. Foram questionados sobre sua percepção acerca do cuidado de enfermagem prestado no setor à criança e aos familiares. As mesmas foram realizadas na sala de espera do Programa Hospital Amigo da Criança, pois a mesma garante conforto, privacidade e é anexa à Pediatria. A análise dos dados foi por meio da análise de conteúdo[7], operacionalizada através da pré-analise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-analise é a fase de organização, sistematizando as ideias iniciais de maneira a conduzir o desenvolvimento das operações sucessivas. Nesta fase,

acontece a escolha dos documentos para análise, formulação das hipóteses e objetivos e a elaboração de indicadores para a interpretação final. Neste momento de organização realiza-se a leitura flutuante para estabelecer contato com os documentos e posteriormente a escolha dos documentos de prioridade, ou seja, que estejam relacionados ao objetivo da pesquisa[7]. Na exploração do material realizou-se a codificação, decomposição e enumeração das comunicações. Por último, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação na qual se realizou o tratamento dos resultados de forma a tornarem-se significantes. Junto ao tratamento dos resultados significantes e fiéis o analista pode inferir e adiantar interpretações em propósito dos objetivos previstos[7]. Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/96[8]. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS/FURG) e, com o parecer favorável número 21/2013, foi dado o início à coleta dos dados. Os participantes foram identificados pela letra F seguida do número da entrevista, como forma de garantir o anonimato.

RESULTADOS

A análise dos dados identificou duas categorias:

Percepção do familiar cuidador acerca do cuidado de enfermagem à criança na Unidade de Pediatria: Revelou que os familiares cuidadores percebem o cuidado como ótimo, achando que a criança é bem cuidada e recebida no setor. Percebem que a criança é bem tratada, que os profissionais apresentam-se, achando que, no geral, a assistência prestada é efetiva e de qualidade. Referiram que para cuidar de crianças o profissional tem que ter vocação e gostar do que faz, porque atender a criança com carinho é fundamental para a recuperação. Valorizam o fato da equipe de enfermagem esforçar-se para familiarizar a criança no hospital. Referiram que possuem vínculo com a criança, fazem suas vontades e propiciam que esta brinque no hospital. Destacam que o atendimento cordial, educado e lúdico propicia que a criança vivencie seu processo de internação de forma mais amena, conseguindo superar a necessidade da realização de procedimentos e cuidados terapêuticos necessários a sua recuperação. Apresentam como ponto positivo do cuidado de enfermagem prestado à criança a disponibilidade da equipe no atendimento de suas necessidades. Ao contrário, quando a disponibilidade para o cuidado não é imediata reconhecem que os profissionais poderiam ser mais rapidos, demorar menos e que há uma falha no atendimento. No entanto, ao mesmo tempo que reclamam da falta de agilidade na prestação do cuidado justificam a mesma pelo número de pessoas que necessitam da assistencia e na dependencia

da equipe de enfermagem na complementariedade do seu cuidado com profissionais de outras categorias. Queixam-se do fato de profissionais de outros setores do hospital fazerem a cobertura de folgas da pediatria, tendo em vista que estes não são acostumados no cuidado de crianças. Estas necessitam de um cuidado diferenciado e as pessoas que as assitem precisam ter caracteristicas próprias para prestar um cuidado efetivo. Em relação aos procedimentos queixaram-se quando avaliaram que uma funcionária realiza o cuidado de um jeito e gostam mais da forma que outro funcionário trabalha. Avaliam o cuidado como negativo quando identificam que o procedimento é realizado com falta de tato e apressadamente, de forma descuidada. Queixaram-se, tambem, de que há situações que os profissionais de enfermagem não favorecem o sono e repouso da criança, pois batem nas portas, abrem a porta assutando as pessoas que recém adormeceram para realização de procedimentos, que na sua compreensão poderiam ser realizados em outro momento.

Percepções acerca do cuidado de enfermagem ao familiar cuidador na unidade de pediatria: mostrou que os familiares cuidadores percebem os profissionais como atenciosos e preocupados em atender suas solicitações. Quando os familiares identificam que o cuidado que a criança recebe é adequado o seu cuidado passa a ser secundário, tendo como objetivo o processo terapêutico e o cuidado da criança. Passam a valorizar as informações que recebem e os habilitam ao cuidado da criança, deixando-os informado acerca do processo terapêutico implementado na criança, tendo suas dúvidas esclarecidas, possibilitando que vivenciem o período de internação da criança de forma tranquila e instrumentalizada para o cuidado da criança. Consideram como positivo os profissinais apresentarem bom humor e cordialidade. Sendo respeitadas suas necessidades. Destacam como positivo no cuidado de enfermagem o fato das normas e rotinas do setor serem adaptadas para favorecer o cuidado á criança. Apontam como aspectos negativos do cuidado de enfermagem o fato de não terem suas revendicações levadas em consideração, sendo atendidas de forma inadequada ou com mau humor. Reclama quando o cuidado direto é voltado para o cuidador este é encaminhado para atendimento em outro setor do hospital, necessitando deixar a criança aos cuidados de acompanhantes de outras crianças ou da equipe de enfermagem. Alguns familiares por não terem recebido informações acerca de exames a serem realizados na criança, como realizar procedimentos que a criança necessitará que sejam feitos em casa após a alta, atribuindo tal fato à falta de paciência dos profissionais. Queixam-se quando suas dúvidas, questionamentos e iniciativas de cuidado á criança não são levadas em consideração pelos profissionais da enfermagem ou são desvalorizadas. Tendo em vista que a maioria das crianças permanecem hospitalizadas por no minimo sete dias os familiares cuidadores reclamam da área física das

enfermarias que não favorecem o sono e o repouso. Inexiste na unidade uma sala de descanso e permanência e os mesmos são alocados em poltronas que ficam na beira dos leitos. Este fato contribui para que esses familiares fiquem estressados, apresentem dor no corpo, contribuindo para seu esgotamento fisico e mental.

DISCUSSÃO

Destaca-se ser importante a relação de confiança da família da criança internada com os profissionais que prestam cuidado na UP. O estabelecimento de uma relação dialógica efetiva, além de favorecer o vínculo com a criança, beneficia a construção de um elo de confiança com o familiar/acompanhante[3]. Quando percebem que a criança passa a ser prontamente atendida, passam a confiar na equipe e reconhecer sua competência para o cuidado. Vêem na disponibilidade da equipe um fator positivo capaz de auxiliá-las a vivenciar esses momentos de forma menos traumática[9]. Observou-se, assim, que um dos fatores de satisfação que qualifica a assistência prestada na unidade é medido pela disponibilidade da equipe em atender suas necessidades[2]. Nesse sentido, quando o sono no hospital não se torna satisfatório, não propicia o repouso, devido a sua superficialidade advinda das atividades rotineiras da unidade. Neste contexto, para cuidar da criança, o familiar acompanhante, acaba perdendo horas de sono, fundamentais ao seu restabelecimento físico e mental[9]. Um estudo acerca da experiência de acompanhantes no hospital mostrou que entre as principais dificuldades vivenciadas por eles estavam relacionadas à falta de infraestrutura da instituição para oferecer-lhes melhores condições para acompanhar o paciente internado, como não ter uma cama para dormir[10]. O estudo evidenciou que, conforme vai se integrando na unidade, o familiar acompanhante receber atenção para si e para seu filho. O estado de saúde do filho gera uma tensão, tanto pela doença como também pelo fato de a mãe tentar assumir cuidados e não receber orientação para isso. Esse, então, se preocupa com qualquer alteração na criança e, geralmente, não tem com quem dividir suas angústias[11]. Ter informações a respeito do estado de saúde de seu filho, dos cuidados que ele necessita, de que forma pode contribuir para seu cuidado e que condutas estão sendo tomadas pode diminuir a ansiedade do familiar cuidador. O exercício da autonomia está diretamente relacionado com a qualidade da informação e, na medida em que o acompanhante passa a compreender o contexto em que está inserido, sua autonomia como cuidador pode ser exercida de forma mais plena[12]. Fornecer informações a respeito das condições da criança hospitalizada é uma ação que deve ser incorporada na prática cotidiana da equipe de enfermagem, respeitando, assim, os princípios ético-legais referentes aos direitos dos acompanhantes a fim de humanizar o

cuidado prestado[13]. Os familiares da criança que não permanecem no hospital podem oferecer apoio para que o familiar cuidador consiga permanecer junto à criança internada. Esse apoio apresenta-se como uma importante fonte de conforto. O apoio dado pela família auxilia o familiar cuidador no atendimento de suas necessidades e possibilita sua atenção, exclusivamente, à criança no hospital[3]. Em momentos críticos, ao não conseguir suportar o peso da situação, o familiar cuidador pode sentir a necessidade da presença de outro familiar para dividir suas angústias. Na falta deste familiar, a equipe de enfermagem deve ser fonte de apoio e parte de sua rede social dando-lhe suporte emocional, acompanhando-o, preenchendo este vazio, com vistas ao seu conforto e segurança. Nesse sentido, o acompanhante deve tornar-se foco do cuidado de enfermagem, oferecendo-lhe o apoio para que se sinta confortável e possa colaborar satisfatoriamente no cuidado à criança[3]. A solidão e o isolamento geram na experiência do familiar sobrecarga física e emocional, entretanto permitem o aprendizado de habilidades para lidar com o tempo de espera e com o fato de sentir-se presa no hospital; para lidar com a distância física dos outros membros da família; para lidar com as preocupações com a rotina familiar; e para lidar com o afastamento de suas funções sociais[1]. Diante disto, o risco de perder seu filho devido à doença se torna um medo constante, o que pode prejudicar o relacionamento entre a mãe e a criança[13]. Todavia, a equipe de enfermagem tem papel fundamental durante a hospitalização, sendo responsável pelos cuidados prestados, além de empenhar-se para reduzir os riscos de perturbações à criança e sua família, decorrentes da hospitalização[14]. Para tal, é necessário que os profissionais de saúde tenham, além do conhecimento técnico, a sensibilidade para reconhecer o desconforto que o acompanhante vivencia durante a hospitalização[1,15]. Contudo, atitudes como o diálogo, a responsabilidade profissional, o comprometimento, a experiência compartilhada e a arte de amar são apontadas como ingredientes básicos da humanização na convivência profissional com os familiares da criança que se envolvem e são envolvidos no processo de cuidar[1,12].

CONCLUSÃO

O estudo objetivou conhecer a percepção de familiares cuidadores de crianças internadas na UP acerca do cuidado de enfermagem recebido. Em relação ao cuidado de enfermagem à criança constatou-se que os familiaiares percebem o cuidado como ótimo, achando a criança bem cuidada e recebida no setor; referiram que a assistencia prestada é efetiva e de qualidade, que os profissionais tem vocação e gostam do que fazem. Valorizam o fato da enfermagem esforçar-se para familiarizar a criança no hospital. Destacam que o atendimento cordial,

educado e lúdico propicia que a criança vivencie seu processo de internação de forma mais amena. Apresentam como ponto positivo a disponibilidade da equipe no atendimento de suas necessidades. Ao contrário, quando a disponibilidade não é imediata reconhecem que os profissionais poderiam ser mais rápidose que há uma falha no atendimento. Queixam-se do fato de profissionais de outros setores do hospital fazerem a cobertura de folgas da pediatria, que os procedimentos são realizados por alguns profissionais com falta de tato e apressadamente e de que há situações que os profissionais de enfermagem não favorecem o sono e repouso da criança. Quanto ao cuidado de enfermagem ao familiar cuidador na unidade de pediatria **o**s dados do estudo mostram que percebem os profissionais como atenciosos e preocupados em atender suas solicitações. Quando identificam que o cuidado que a criança recebe é adequado o seu cuidado passa a ser secundário.Valorizam quando recebem informações que os habilitam ao cuidado da criança, deixando-os informado acerca do processo terapêutico implementado, tendo suas duvidas esclarecidas. Consideram como positivo os profissinais apresentarem bom humor e cordialidade e quando são respeitadas suas necessidades.Apontam como aspectos negativos o fato de não terem suas reivindicações levadas em consideração, sendo atendidas de forma inadequada ou com mau humor.Reclamaram que não recebem cuidados diretos que, se necessários, são encaminhados a outro setor do hospital, necessitando deixar a criança aos cuidados de acompanhantes de outras crianças ou da equipe de enfermagem. Alguns familiares referiram não terem recebido informações suficientes acerca do processo terapêutico da criança.Queixam-se que suas dúvidas, questionamentos e iniciativas de cuidado não são levadas em consideração. Reclamam da área física das enfermarias que não favorecem seu sono e repouso. Verificaram-se, a partir dos dados do estudo, que esses enfrentam os limites impostos pela instituição, que nem sempre dispõe de ambiente adequado ao seu descanso, higienização e alimentação; deparam-se com a existência de regras, de aparelhos altamente sofisticados; com normas e rotinas diferentes, recebendo atribuições de cuidados estranho são cotidiano domiciliar. Conhecer a percepção dos familiares cuidadores acercado cuidado de enfermagem prestado na Unidade de Pediatria pode contribuir para a prestação de um cuidado mais humanizado e que atenda às necessidades dos clientes, ajudando-os a superar suas fontes de angústia e estresse ligados à hospitalização, tais como: solidão, saudade, ausência de outros membros da família, medo da dor, do desconhecido, do tratamento e dos procedimentos invasivos, entre outros. A capacitação e a qualificação profissional da equipe de enfermagem para dar suporte ao familiar cuidador da criança no hospital torna-se necessária para que a humanização se faça presente neste contexto, qualificando a assistência. Por fim, observa-se que a enfermagem

precisa praticar o exercício de ouvir o acompanhante. Muitas vezes, os profissionais de saúde se adaptam às rotinas da unidade e acabam esquecendo a importância da avaliação periódica do cuidado prestado como instrumento importante para a construção de padrões assistenciais mais efetivos. Eles precisam estar atentos às necessidades de cada acompanhante com os quais interagem no seu dia a dia de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Xavier DM, Gomes GC, Salvador MS. O familiar cuidador durante a hospitalização da criança: convivendo com normas e rotinas. Esc Anna Nery. 2014;18(1):68-74.

2. Gomes GC, Erdmann AL, Busanello J. Refletindo sobre a inserção da família no cuidado à criança hospitalizada. Rev enferm UERJ. 2010;18(1):143-7.

3. Gomes GC, Pintanel AC, Strasburg AC, Erdmann AL. O apoio social ao familiar cuidador durante a internação hospitalar da criança. Rev enferm UERJ. 2011;19(1):64-9.

4. Sousa LDS, Gomes GC, Santos CP. Percepções da equipe de enfermagem acerca da importância da presença dofamiliar/acompanhante no hospital. Rev enferm UERJ. 2009; 17(3):394-9.

5. Silveira AO, Angelo M, Martins SR. Doença e hospitalização da criança: identificando as habilidades da família. Rev Enferm UERJ. 2008; 16(2):212-7.

6. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2011.

7. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo (SP): Edições 70; 2011.

8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 196/96. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 1996.

9. Beck ARM, Lopes MHBM. Tensão devido ao papel de cuidador entre cuidadores de crianças com câncer. Rev Bras Enferm. 2007; 60(5):513-18.

10. Dibai MBS, Cade NV. A experiência do acompanhante de paciente internado em instituição hospitalar. Rev Enferm UERJ. 2009; 17(1):86-90.

11. Milanesi K, Collet N, Oliveira BRG, Vieira CS. Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. Rev Bras Enferm. 2006; 59(6):769-74.

12. Alves CA, Deslandes SF, Mitre RMA. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. Interface (Botucatu). 2009;13(Suppl 1):581-94.

13. Gorgulho FR, Rodrigues BMRD. A relação entre enfermeiros, mães e recém-nascidos em unidades de tratamento intensivo neonatal. Rev Enferm UERJ. 2010; 18(4):541-6.

14. Quirino DD, Collet N, Neves AFGB. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(2):300-6.

15. Silvino ZR, Martins TSS. Um marco conceitual para ocuidado a criança hospitalizada à luz da Teoria de Neuman. Cogitare Enferm. 2010; 15(2):340-4.

EDUCAÇÃO TUTORIAL, RENOVANDO CONCEITOS DE APRENDIZAGEM

TUTORIAL EDUCATION, RENEWING THE CONCEPTS OF LEARNING

Jaqueline do Espírito Santo Costa [81]; Daiane Broch[82]; Marina Bisio Matos[83]; Vera Lúcia de Oliveira Gomes[84].

Resumo: Objetivou-se conhecer o impacto do Programa de Educação Tutorial (PET) na formação acadêmica de petianos. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. Participaram do estudo, bolsistas remunerados dos Programas de Educação Tutorial mantidos pela Universidade Federal do Rio Grande, vinculados ao programa há pelo menos um ano. Os dados foram coletados através de um questionário e analisados por meio da análise temática. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FURG, sob o parecer 38/2012. No total 27 petianos aceitaram participar deste estudo. Os resultados foram distribuídos em três categorias: Habilidades, Oportunidades e significado do Programa de Educação Tutorial. Conclui-se que o PET tem impacto na formação acadêmica de petianos, uma vez que proporciona o desenvolvimento de habilidades, a integração de conhecimentos dos três eixos acadêmicos, além de promover proximidade com o cotidiano laboral.

Descritores: Enfermagem. Ensino. Educação.

Abstract: The purposes of this study is to know the impact of the Tutorial Education Program on the academic formation. It is a qualitative descriptive exploratory research. Participated in the study remunerated students bound to the Tutorial Education Programs from Federal University of Rio Grande-FURG, at least one year. The data were collected by means of a questionnaire and analised using the thematic analysis methodology. The study was approved by the Ethics Committee in Research of FURG under the 38/2012 document. Twenty-seven students agreed to participate in this study. The results were distributed in three categories: Skills, Opportunities and Meaning of the Tutorial Education Program. We conclude that this program has real impact on the academic formation, since it provides the development of skills, integration of knowledge from the three academic axis, in addition to promoting proximity with the daily of work activity.

Descriptors: Nursing. Teaching. Education.

[81]Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande- FURG. Bolsista FAPERGS.
[82]Acadêmica do 7º semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande- FURG. Bolsista do Programa de Educação Tutorial em Enfermagem (PET).
[83]Acadêmica do 7º semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande- FURG. Bolsista do Programa de Educação Tutorial em Enfermagem (PET). Email: mattosmarina@yahoo.com.br
[84]Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem Gênero e Sociedade (GEPEGS). Tutora do Programa de Educação Tutorial em Enfermagem (PET/Enf). Email: vlogomes@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Há muito tempo, a preocupação com a qualidade do ensino superior no Brasil vem sendo uma questão inerente às administrações públicas, pois cada vez mais há necessidade de diplomar profissionais mais capacitados que atendam à demanda do mercado de trabalho. Soluções para os entraves na formação acadêmica qualificada vêm sendo aplicadas de diversas formas, e é neste cenário, que surgiram programas de educação que constituíram a base do atual Programa de Educação Tutorial (PET)[1, 2].

O surgimento do PET, anteriormente denominado Programa Especial de Treinamento, ocorreu na administração de Cláudio de Moura Castro, que assumiu a direção da CAPES em 1979. O referido programa foi inspirado no funcionamento do "Sistema de Bolsas" da FACE – Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG, por volta dos anos 50 e 60 do século passado. A implantação desse sistema, que visava melhorar a formação universitária, obteve excelentes resultados, entre eles a elevação nos índices de aprovação dos egressos em processos seletivos e em programas de pós-graduação[1,2,3].

Motivos pouco esclarecidos levaram a extinção do programa especial de treinamento. Esta fase ocorreu a partir de 1997, quando foi encomendada uma avaliação do Programa para o Núcleo de Pesquisa do Ensino Superior da Universidade de São Paulo (USP). Os resultados da pesquisa foram considerados insatisfatórios pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), embora os dados demonstrassem que petianos apresentavam melhor desempenho escolar, liam mais textos obrigatórios e tinham boa quantidade de produção científica, quando comparados a alunos de iniciação científica e demais alunos da graduação[4]. Em 1999, a CAPES determinou o encerramento das atividades do Programa, através do Ofício no 30/99, alegando que ele havia se tornado muito oneroso aos cofres públicos, e não estava produzindo resultados adequados aos seus objetivos[3, 4].

Como os bolsistas já se encontravam articulados, recorreram através de todos os meios possíveis, inclusive ao Congresso Nacional, obtendo autorização para a continuidade do programa, que passou a ser coordenado pela Secretaria de Educação Superior (SESU). No dia primeiro de junho de 2004, com a portaria nº 19, passou a vigorar a denominação de " Programa de Educação Tutorial - PET", dentre outras alterações que já constavam no manual de orientações básicas do ano de 2002[4,5]. Sua regulamentação deu-se através da lei nº 11.108 de 23 de setembro de 2005 e pelas portarias do Ministério da Educação (MEC), nº 3.385 de 29 de setembro de 2005[6] e nº 1.632 de 25 de setembro de 2006.

A filosofia preconizada é recrutar alunos com excelente desempenho acadêmico e que demonstrem através de suas atividades, habilidades e potenciais destacados. Grupos tutoriais

são a base pedagógica sendo que esses devem propiciar condições de participação em atividades que tragam complementação à formação acadêmica, abordando aspectos não contemplados nas grades curriculares, sob a orientação de um professor tutor[1,7].

A tutoria traduz-se em ações de representar, cuidar, assistir. Ela se consolida essencialmente pela possibilidade de construir as experiências de aprendizagem, de conhecer e potencializar as capacidades individuais e coletivas, além de ampliar a sua visão de mundo e dimensionar o seu papel social. Neste sentido, proporciona mais que uma gama de conhecimentos acadêmicos, assumindo a responsabilidade de contribuir com a própria formação humana, social e profissional[8].

O Programa de Educação Tutorial proporciona ao petiano uma vida mais rica em experiências, de maior aproveitamento de ensino e de aprendizagem, fortalecendo assim sua autonomia, comprometimento, desenvolvimento da capacidade de iniciativa, criatividade e de tomada de decisões[9].

Nesse grupo, tutores e petianos incentivam a troca de experiências por meio da convivência entre diferentes níveis de graduação e pelo contato sistemático tanto com a comunidade acadêmica como com a comunidade externa à instituição[4]. A interação ensino-pesquisa e extensão resulta em uma formação global, não restrita apenas aos bolsistas, mas sim disseminada através das atividades destes grupos[7]. Essas atividades poderão desenvolver a capacidade de concentração, síntese, relacionamento interpessoal, crítica e planejamento, além das diferentes competências ligadas ao desempenho profissional, atribuindo valores adimensionais à prática do ensino[8].

OBJETIVO

Conhecer o impacto do Programa de Educação Tutorial na formação acadêmica de petianos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. Participaram como informantes, bolsistas remunerados dos Programas de Educação Tutorial mantidos pela Universidade Federal do Rio Grande, vinculados ao programa há pelo menos um ano. Os dados foram coletados por meio de um questionário e tratados com a técnica de análise temática. Procedeu-se a coleta nos meses de dezembro de 2012 a março de 2013. A análise Temática se efetua em três etapas: pré-análise na qual é feita uma leitura criteriosa das transcrições, exploração do material que consistiu na categorização dos resultados,

possibilitando agregar os dados obtidos mais significativos, relevantes e específicos do tema abordado e por fim o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, nesta etapa os dados foram reunidos e interpretados, dando significados[9]. Os petianos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG), sob o parecer 38/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No total, 27 petianos aceitaram participar deste estudo, estes tinham em média 24 anos, integravam em sua maior parte grupos dos cursos de engenharia (mecânica, de alimentos, e civil) e do curso de enfermagem. O tempo médio de participação em um grupo PET foi de 1 ano e 11 meses.

Pela análise das entrevistas foram construídas três categorias: habilidades desenvolvidas, oportunidades advindas da participação em um PET e Significados do Programa de Educação Tutorial.

Habilidades desenvolvidas

As principais habilidades destacadas como diretamente relacionadas à participação em um grupo PET foram: responsabilidade, organização, trabalho em equipe e iniciativa. Com relação às atividades acadêmicas foram citados o aprimoramento da escrita, métodos de pesquisa, apresentações de trabalhos e organização de eventos. No desenvolvimento de habilidades interpessoais foram salientadas liderança, tomada de decisão e desenvolvimento da oratória.

Portanto, é inquestionável que a tutoria faz com que o aluno assuma responsabilidades sobre sua própria aprendizagem e desenvolvimento social, além de ampliar a sua visão de mundo, aprender sobre o manejo de conflitos e exercitar sua comunicação com colegas e responsáveis pelo ensino[10].

Oportunidades advindas da participação em um Programa de Educação Tutorial

Entre as oportunidades proporcionadas ao acadêmico integrante de um grupo PET os informantes verbalizaram:

> *"Proximidade com a área de atuação do curso, conhecimentos que não são adquiridos na graduação*".

O Programa de Educação Tutorial tem como um de seus objetivos promover a integração da formação acadêmica com a futura atividade profissional, especialmente no caso da carreira universitária, através da interação entre ensino, pesquisa e extensão[1]. Neste contexto salienta-se a importância do programa na carreira destes profissionais em formação, pois pressupõe-se que o conhecimento advindo da aproximação com sua prática laboral, o instrumentalize ainda mais para atuação[11].

> *"Conhecer lugares ao participar de eventos (Sulpet, Enapet), conhecer outras universidades e como funcionam outros cursos, visitas técnicas, realização de cursos..."*

> *"Ajudar na organização de eventos, apresentar trabalhos em outras cidades, participar de grupos de projetos de pesquisa".*

Salienta-se que é atribuição do bolsista do PET, publicar ou apresentar, em evento de natureza científica, no mínimo um trabalho acadêmico por ano, individualmente ou em grupo. Observou-se nas falas que com a participação em eventos científicos, o programa oportuniza a integração de conhecimentos através do intercâmbio cultural. Além disso, favorece o enriquecimento da formação acadêmica através do aprendizado decorrente da vivência de contextos educacionais diversificados, seja em eventos regionais, nacionais, visitas técnicas ou outras atividades relacionadas[7].

Significados do programa de Educação Tutorial

Procurou-se compreender o que o PET significa para seus integrantes através de uma questão aberta, que possibilitou a livre expressão dos participantes da pesquisa.

> *"O PET me proporcionou um vasto conhecimento extracurricular, possibilitando o trabalho em grupo e seu dinamismo envolvente. Também me ajudou na questão ética e moral da futura atividade profissional."*

Estudo observacional realizado em São Paulo depreendeu que o significado da educação tutorial está associado aos contextos nos quais os grupos estão inseridos e está relacionando às escolhas feitas pelos tutores, e pelas universidades e família[12]. Analisando as questões referentes ao fazer profissional, são promovidos dentro do programa reflexões acerca dos aspectos éticos inerentes ao seu contexto de trabalho.

> *"O PET contribuiu muito pra meu desenvolvimento acadêmico. Hoje posso dizer que encaro realizar qualquer tipo de atividade que me seja solicitada, mesmo não sabendo bem como fazer, aprendi a aprender. Hoje escrevo com muito mais facilidade, tenho uma noção sobre organização de eventos, percebo muita diferença desde que entrei para agora."*

Percebe-se o envolvimento dos petianos em tarefas que propiciam o aprender fazendo, tornando atividades desafiadoras em aprendizado e aperfeiçoamento de habilidades. Destaca-se a influência da participação em um grupo PET e seus reflexos positivos no desenvolvimento acadêmico, aprimorando questões como escrita, iniciativa pessoal e dinamismo. Estes aspectos contemplam um dos objetivos específicos do grupo de oferecer uma formação acadêmica de excelente nível, visando a formação de um profissional crítico e atuante, estimulado a pesquisar e com envolvimento social, político e cultura[1, 7].

CONCLUSÃO

Conclui-se que o PET tem impacto na formação acadêmica de petianos, uma vez que proporciona o desenvolvimento de habilidades interpessoais, oportuniza a integração de conhecimentos dos três eixos acadêmicos, ensino, pesquisa e extensão, além de promover proximidade com o cotidiano laboral, o que favorece a futura atuação profissional. Ensinar não é a simples exposição de conteúdos, envolve relações humanas, diálogos e descoberta de novos caminhos. Nesse cenário o PET surge como um órgão renovador das metodologias de ensino-aprendizagem que proporciona a integração do saber acadêmico, a divulgação deste conhecimento e que valoriza o impacto das ações acadêmicas nas comunidades, buscando contribuir com o meio social no qual a universidade encontra-se inserida.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

A educação tutorial é tida como um conjunto de instruções que ensina como fazer, proceder ou atuar. O petiano mediante a participação em cursos, capacitações e eventos, se instrumentaliza e traz novas ideias para o aprimoramento e preenchimento de lacunas existentes no curso de enfermagem.

O programa também apresenta uma forma de trabalho que propicia a realização de pesquisas científicas pelos petianos, contribuindo para o campo do saber da enfermagem. Além disso, traz como outros fatores a possibilidade de realizar atividades de extensão em comunidades e o incentivo a seguir a carreira acadêmica.

REFERÊNCIAS

1- Damasceno RF; Brunório L; Andrade MBT. O Programa de Educação Tutorial -PET sob a ótica de bolsistas iniciantes. Rev. Min. Enferm. jun. 2006 ; 10(2): 160-165.

2- Corrêa AS, Lemos CB. *PET:* A gênese do programa de educação tutorial. Disponível em: http://www.enapet.ufsc.br/anais/PET_A_genese_do_Programa_de_educacao_tutorial.pdf, Acesso em: 02/01/2012.

3- Castro CDM. O PET visto por seu criador. 2007. Disponível em: http://www.fisica.ufpb.br/~pet/Outros/O%20PET%20visto%20por%20seu%20criador.pdf. Acesso em 16/02/2012.

4- Martin MGMB. O programa de educação tutorial-PET: formação ampla na graduação. <dissertação>, Curitiba, 2005. 108 pg. Disponível em: http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/2992/Disserta%E7%E3oCompleta.pdf;jsessionid=5E3B9311300305BE4FA3392321960718?sequence=1. Acesso em 16/02/2012.

5- Castro CDM. CAPES na visão de um ex diretor. 2006. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/face/ojs/index.php/face/article/viewFile/315/252. Acesso em 16/02/2012.

6- Brasil. Portaria nº 3.385 de 29 de setembro de 2005. Disponível em: http://www.unesp.br/prograd/pdf/Portaria_3385_2005.pdf. Acesso em 16/12/2011.

7- Brasil. Manual de Orientações Básicas–PET 2006. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12228&Itemid=486. Acesso em 16/12/2011.

8- Lagares R. A inovação pedagógica por meio da Educação Tutorial. Educere ET educare. jul/dez, 2011; 6(12): 107-119.

9- Minayo MCDS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

10- Martins IL. Educação Tutorial no ensino presencial: uma análise sobre o PET. Brasília: Ministério da Educação. 2007. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/PET/pet_texto_iv.pdf, Acesso em 17/02/2012.

11- Petrilli Filho JF; Martins DC. O programa especial de treinamento na formação do profissional de enfermagem do novo milênio: relato de experiência. Rev Latino-Am Enf. 2011; 4(9): 91-3.

12- Leite NP; Leite FP; Nishimura AT; Cherez RL. R. Adm. FACES Journal Belo Horizonte; set./dez. 2010; 9(4): 87-104; ISSN 1984-6975 (online). ISSN 1517-8900 (Impressa). Disponível em: http://www.fumec.br/revistas/index.php/facesp/article/view/192/189. Acesso em 20/04/2014.

O EMPREGO DAS REFERÊNCIAS SEGUNDO NORMAS DA ABNT EM TRABALHOS ACADÊMICOS

EMPLOYMENT BY REFERENCE STANDARDS OF ACADEMIC WORK IN ABNT

Camila Daiane Silva [85]; Moara Ávila de Jesus Moreira[18]; Jéssica Gama da Silva[3]; Francine Carpes Ramos[3]; Aline Rodrigues Costa[3]; Eduarda de Quadros Morrudo[4]

RESUMO

Estudo bibliométrico que objetivou analisar o emprego das referências, segundo as padronizações da ABNT, em Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) apresentados por discentes do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Integraram a amostra todos os TCC apresentados nos anos de 2010 a 2012. Coletaram-se os dados de novembro/2013 a fevereiro/2014 e analisou-se descritivamente quanto à forma de apresentação e qualidade. Dos 106 TCC, 94 estavam formatados no padrão da ABNT. Na forma de apresentação, a maioria tinha o título da seção centralizado e não possuía espaço simples entre as referências. Quanto à qualidade, a maioria das referências era extraída de revistas científicas nacionais e algumas internacionais. Conclui-se que há dificuldade de empregar corretamente as referências segundo a ABNT, espera-se contribuir para o correto emprego das mesmas, bem como com o avanço científico da enfermagem no âmbito da formação acadêmica.

Descritores: Bibliometria. Pesquisa. Enfermagem.

ABSTRACT

Bibliometric study that had objective to analyze the employment of references by ABNT standardization in completion of course work (CCW) show by students of undergraduate nursing of Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Integrated samples all CCW exhibit between the years o 2010 to 2012. The data were collected between November/2013 to February/2014 and analyze descriptively how the way of presentation and quality. Of 106 CCW, 94 were formatted in ABNT standardization. In the way of exhibition, most of them had tittle section centralized and did not had simple space between references. About the quality, most of references was extracted from national scientific magazines and some internationals. Has conclude that there is a difficult to use the references by the ABNT standardization correctly, has been expected to contribute to the correct use of the same, as well the scientific advance of nursing in the ambit of academic training.

Descriptors: Bibliometric. Research. Nursing.

[85] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Orientadora. E-mail: camilad.silva@yahoo.com.br

[2] Acadêmica de Enfermagem do 9º semestre de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Bolsista PET Enfermagem.

[3] Acadêmicas de Enfermagem do 4º semestre de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Bolsista PET Enfermagem.

[4] Acadêmica de Enfermagem do 4º semestre de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Bolsista PET Enfermagem. Relatora. E-mail: eduardamorrudo@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Para a obtenção do título de Enfermeiro, os discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) têm como parte dos requisitos obrigatórios, a realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Esse, de cunho científico, deve ser construído sob a orientação de um docente[1]. Tal requisito obrigatório tem como ideia central introduzir o discente na prática da pesquisa e/ou de elaboração de trabalhos científicos, estimulando-o a "utilizar a metodologia científica para detectar, conhecer, resolver situações e propor ações que necessitam da intervenção da enfermagem, além de incentivá-lo a prosseguir com sua formação acadêmica e profissional"[2:409].

Na grade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da FURG, há disciplinas que aproximam o discente da pesquisa e instigam o saber teórico-metodológico científico. Nesse sentido, a disciplina de "Estatística", que além de apresentar conceitos e aplicações básicas da mesma, oportuniza a construção individual de um trabalho acadêmico fundamentado nas noções de pesquisa quantitativa. A disciplina, intitulada "Pesquisa em Enfermagem", colabora expondo a realização de pesquisas como um elemento fundamental ao trabalho da enfermagem e especifica as etapas da construção de um projeto de pesquisa[1].

Ao cursar a disciplina "Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (PTCC)" o discente tem a oportunidade de aprender e construir, concomitantemente, seu projeto. Uma vez que as aulas ministradas abordam as normatizações da ABNT e etapas de construção de projetos, quais sejam escolha do tema, elaboração da questão de pesquisa, objetivos, metodologia, instrumentos de coleta e aspectos éticos, bem como citação e referências. Tais etapas são discutidas e elaboradas com o apoio dos orientadores escolhidos pelos discentes. Esses, ao final da disciplina, devem qualificar seu projeto junto à banca avaliadora[1].

No último semestre é ministrada a disciplina "Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)", a qual tem como ementa a "implementação do Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso; tratamento e análise de dados; elaboração do relatório final do projeto implementado; apresentação e sustentação do trabalho de conclusão de curso"[1]. As disciplinas de PTCC e TCC proporcionam ao discente durante a jornada acadêmica experiências para o desenvolvimento de trabalhos científicos, independente da área escolhida para trabalhar, seja docente ou assistencial.

Além dessas orientações para a construção do TCC e demais pesquisas, outro fator relevante a ser considerado é a ética na produção científica. Em um mundo globalizado, no qual o acesso à informação ocorre de forma instantânea, é necessário que o discente saiba como utilizá-la, empregando-a de forma correta, sem plagiar outros autores. Segundo a Lei

Federal nº 9.610, de 1998, o plágio é considerado crime de violação ao direito autoral, e confere a vítima proteção em relação aos seus direitos[3]. Visualiza-se o papel do docente orientador para auxiliar o discente não só durante a elaboração do PTCC e TCC, como também no emprego adequado das referências incluindo a importância da ética na elaboração de qualquer trabalho científico[4].

Para se apropriar das ideias de um *expert* em determinado assunto e fundamentar o trabalho, tanto o discente quanto docente, devem mencionar, no corpo do texto, a fonte da informação utilizada. A partir da qual é possível que o leitor, encontre sua descrição ao final do trabalho, no capítulo "referências". Observa-se o quão importante se torna seguir a padronização de apresentação das referências utilizadas em um trabalho científico. Ressalta-se assim, a necessidade do olhar crítico em relação ao emprego das referências.

Dessa forma, evidencia-se que para a realização de um PTCC, TCC ou outros estudos científicos, é primordial que em sua estrutura seja empregado corretamente as referências. Para nortear esse emprego, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) publicou em 2002 a norma nº 6023, que visa "orientar a preparação e compilação de referências de material utilizado para a produção de documentos e para inclusão em bibliografias, resumos, resenhas, recensões e outros"[5]. Tal Associação, fundada em 1940, surgiu a partir da necessidade de elaborar normas técnicas para serem usadas em nível nacional, substituindo as usadas em diversos lugares do país[6].

Acredita-se que a padronização da forma de referenciar autores nos TCC é essencial, pois são arquivos públicos que após apresentados e aprovados pela banca examinadora ficam à disposição na Escola de Enfermagem (EEnf) da FURG. Muitos desses trabalhos são encaminhados sob a forma de artigo científico para publicações em revistas nacionais e internacionais.

OBJETIVO

Analisar as referências contidas nos Trabalhos de Conclusão de Curso apresentados por discentes do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, segundo a padronização da ABNT.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliométrica, dos TCC apresentados na Escola de Enfermagem (EEnf) da FURG. O estudo bibliométrico, inicialmente, era voltado para a medida de livros, e que aos poucos foi se modificando para o estudo de outros formatos de

produção bibliográfica, tais como artigos de periódicos e outros tipos de documentos, para depois ocupar-se, também, da produtividade de autores e do estudo de citações[7]. Ainda, que "a análise bibliométrica é um método flexível para avaliar a tipologia, a quantidade e a qualidade das fontes de informação citadas em pesquisas"[8:113-114].

Utiliza-se a ferramenta da bibliometria para quantificar as informações obtidas proporcionando a "construção de indicadores cada vez mais confiáveis que permitem obter informações sobre o estado da arte dessa produção científica e também a construção de evidências científicas nessa área do conhecimento"[9:3].

Integram esta pesquisa, os TCC apresentados no curso de graduação em enfermagem da FURG, como um dos requisitos para a obtenção do título de Enfermeiro, no final dos semestres dos anos de 2010, 2011 e 2012. Excluíram-se os que não se encontravam no acervo da EEnf. Para a coleta dos dados, que ocorreu de novembro de 2013 a fevereiro de 2014, com base nas normas da ABNT elaborou-se um instrumento com itens referentes à forma de apresentação e qualidade das referências. Assim, dos TCC selecionou-se apenas as referências, examinando-as uma a uma.

Por meio do *software* MS Excel® foi construído uma base de dados para melhor visualização dos resultados. Dessa forma, analisaram-se os dados descritivamente e por meio de cálculos simples e percentuais. Por se tratar de um estudo com documentos de domínio público, não houve a necessidade de parecer de comitê de ética.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apresenta-se os resultados deste estudo em duas categorias, a primeira refere-se à forma de apresentação das referências e a segunda à qualidade das mesmas. Totalizaram-se 106 TCC, somente um não constava no acervo da EEnf. Ao analisar por semestre, obteve-se, em 2010, 18 TCC no primeiro e 17 no segundo; em 2011, 15 TCC no primeiro e 18 no segundo; em 2012, 21 TCC no primeiro e 17 no segundo. Do total, foram analisados 94 TCC, pois seguiam as normas de padronização da ABNT, ou seja, 12 estavam formatados no padrão Vancouver.

Forma de apresentação das referências

A seção das referências nos TCC deve ser apresentada por um título. Esse, segundo a ABNT[5], deve ser identificado por "referências", sem numeração, centralizado e formatado de acordo com as outras seções primárias do trabalho. Dos 94 TCC, 92,5% (87) estavam com o título da seção das referências de acordo com a ABNT[5], dos 6,4% (seis) que não se

adequaram as normas, três estavam intitulados como "bibliografia" e quatro como "referências bibliográficas". Destaca-se que, em consonância com a ABNT[5], 79,8% (75) dos TCC analisados não possuíam numeração no título. Por outro lado, 63,8% (60) não estavam com o título da seção de referências centralizado e 60,6% (57) não possuíam formatação igual aos títulos das outras seções primárias.

Segundo a NBR 6023[5], entre as referências deveria ser respeitado o espaçamento duplo, assim entre os TCC apresentados em 2010 e no primeiro semestre de 2011, 21 seguiram tal padronização. No entanto em abril de 2011, foi publicada a NBR 14724 referente à apresentação de trabalhos acadêmicos, que passou a exigir um espaço simples entre o título da seção e a primeira referência, bem como entre as referências[10]. Destaca-se que dos TCC apresentados no segundo semestre de 2011 e em 2012, apenas 24 possuíam espaço simples entre as referências utilizadas e 71,3% (67) das referências analisadas não apresentaram o espaço simples entre título e a primeira referência. Ainda, as referências dentro de sua seção devem ser alinhadas à esquerda[5], neste estudo 68,1% (64) seguiam esta norma.

Uma referência deve conter elementos essenciais que "são as informações indispensáveis à identificação do documento", e elementos complementares que constituem "informações que, acrescentadas aos elementos essenciais, permitem melhor caracterizar os documentos"[5:2]. Dentre esses elementos foram analisados autoria, título do capítulo, ano de publicação e grifo no título. Esse último foi o mais acentuado como se pode visualizar na tabela 1. Destaca-se que para análise dos dados dessa tabela uma mesma referência pode ter sido contabilizada em um ou mais elementos.

Tabela 1. Distribuição dos equívocos contidos nas referências dos TCC de Enfermagem FURG Rio Grande, 2014.

Ausência dos Elementos	N
Autoria	49
Título do capítulo ou periódico	80
Grifo no título	970
Ano de publicação	151

Fonte: Trabalhos de Conclusão de Curso da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande apresentados nos anos de 2010, 2011 e 2012.

Deve-se seguir uma padronização na abreviação dos nomes e sobrenomes dos autores em uma mesma lista de referências, a qual precisa seguir a ordem alfabética[5]. Essa estava presente em 85,1% (80) das referências analisadas.

Quanto à padronização dos nomes e sobrenomes dos autores, bem como o uso da expressão "et al.", 80,9% (76) das referências estavam incorretas. Reforça-se que a expressão "et al." deve ser usada tanto no corpo do texto como na seção "referências" quando houver mais de três autores, discriminando apenas o primeiro[5]. Se for até três autores de uma mesma obra, devem ser separados entre si por ponto e vírgula, seguido de um espaço[5].

Qualidades das referências.

Os 94 TCC analisados contabilizaram 4.141 referências. Sendo que o TCC que continha a maior lista de referências usou 120 e o menor 17. Apresentam-se na tabela 2 as fontes referenciadas nos TCC, destaca-se que a revista cientifica foi a principal, com 45,3% (1.876), das quais apenas 8,7% (163) eram internacionais e 91,3% (1.713) nacionais. Embora se reconheça que "o fortalecimento das revistas científicas nacionais é uma condição [ ] para o contínuo avanço da base de ciência e tecnologia no Brasil"[11:878], é imprescindível que o conhecimento produzido pela enfermagem se internacionalize. Para tanto estimula-se que discentes cada vez mais leiam e usem referências de âmbito internacional.

Tabela 2. Apresentação das fontes referenciadas nos TCC. Rio Grande, 2014

Periódicos	N	%
Revistas científicas	1.876	45,3
Livros	926	22,4
Sitas não oficias ou Revistas Eletrônicas	444	10,7
Manuais Oficiais	430	10,4
Tese/Dissertações	211	5,1
Não identificadas	33	0,8
Anais de Eventos	23	0,6
Manuais não oficiais	14	0,3
Outros	102	2,5

Fonte: Trabalhos de Conclusão de Curso da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande apresentados nos anos de 2010, 2011 e 2012.

Verificou-se, ainda, a indexação das revistas científicas pelo QUALIS de Enfermagem. Esse "é o conjunto de procedimentos utilizados pela Capes para estratificação

da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação”[12]. Os QUALIS são divididos em oito categorias, sendo: A1, A2, B1, B2, B3, B4, B5 e C. Das 1.876 revistas científicas, 1.546 possuíam classificação, as quais 8,8% (165) constavam na categoria A1, 32,7% (614) na A2, 25,3% (475) na B1, 9,0% (169) na B2 e 6,6% (123) nas categorias B3, B4 ou B5.

Perante as normas da ABNT[5], toda referência deve conter a data de publicação, na ausência da mesma, poderá ser substituída pela data de distribuição, impressão. Na impossibilidade de citar a data exata de publicação, pode-se fazer uma aproximação, indicando entre colchetes a data provável ou década. Verificou-se que os discentes pesquisaram em fontes publicadas entre os anos de 1870 até 2012. Destaca-se que o ano de 2009 foi o mais consultado, com 10,1% (422) e 3,4% (142) não apresentaram esse elemento essencial.

CONCLUSÃO

Por meio dessa pesquisa, constata-se a dificuldade de empregar corretamente as referências padronizadas pela ABNT. Observa-se que mesmo com todo aporte científico e acesso às normas da ABNT na mídia digital e no acervo da biblioteca da FURG, bem como as disciplinas ministradas durante a graduação com foco na escrita científica, os discentes do curso de graduação em Enfermagem da FURG, apresentaram em seus TCC falhas na formatação e apresentação das referências. Quanto à qualidade das mesmas, houve predomínio de revistas científicas. Destaca-se que a internacionalização está sendo incentivada, mesmo que lentamente. O objetivo foi alcançado, porém enfrentaram-se dificuldades no que tange a discussão dos dados, pois não há publicações científicas acerca da temática do emprego de referências segundo a ABNT.

CONTRIBUIÇÕES E/OU IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

A enfermagem enquanto ciência em construção deve buscar pelo aprimoramento constante. Assim, suas pesquisas devem ser divulgadas para que as práticas em enfermagem se concretizem. Para tanto a publicação das pesquisas além de qualidade devem estar formatadas segundo as normas do periódico encaminhado. No que tange a academia, os discentes devem seguir a padronização da ABNT. Acredita-se que o trabalho científico enriquece quando suas referências são escritas de forma padronizada, podendo servir de fonte de informação para outros pesquisadores. Portanto este estudo contribui para o avanço científico no âmbito da formação acadêmica. Servindo de alerta para novas elaborações de

PTCC e TCC. É imprescindível um maior aprofundamento e interesse dos discentes quanto ao emprego das normas da ABNT, para que erros, como os observados, não persistam.

REFERÊNCIAS

1. Universidade Federal do Rio Grande. Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem. 2012.

2. Hayden MST, Resck ZMR, Gradim CVC. A pesquisa na graduação em enfermagem: requisito para conclusão do curso. Rev Bras Enferm, Brasília (DF). 2003 jul/ago;56(4):409.

3. Brasil. Presidência da República Casa Civil. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Disposições preliminares. Brasília (DF), 1998.

4. Tagata CM. Ética na Pesquisa Científica – O papel do professor na construção de um cidadão ético. Rev. Ciên. Jur. e Soc. da Unipar. Umuarama. 2008; Jan/jun; 11(1):115-125.

5. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, NBR 6023, p.1, 2002.

6. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, 2006. Disponível em: <http://www.abnt.org.br/imagens/HISTORICO%20ABNT%20-%2065%20ANOS.pdf> Acessado em: 10 abr. 2014.

7. Araújo CA. Bibliometria: evolução história e questões atuais. Em Questão, Porto Alegre. 2006;12(1):11-32.

8. Silva MR, Hayashi CRM, Hayashi MCPI. Análise bibliométrica e cientométrica: desafios para especialistas que atuam no campo. R. Ci. Inf. e Doc. 2011;2(1):110-129.

9. Silva RC. Avaliação da informação científica em Bibliometria aplicada às Ciências da Saúde. In: Congresso Brasileiro de Biblioteconomia, Documentação e Ciência da Informação, Florianópolis (SC). Anais do CBBD, 07-10 jul 2013. Florianópolis: p.3, 2013.

10. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, NBR 14724, 2011.

11. Coimbra-Jr CEA. Produção científica e impacto em Saúde Coletiva. Cad Saúde Pública. 2004 jul./ago.; 20(4):878-9.

12. Bastos VC. Classificação de periódicos no Qualis/Capes. p.1, [2010?]. Disponível em: http://www.biblioteca.ics.ufpa.br/arquivos/QUALIS-rev_26_11.pdf Acessado em: 17 abr. 2014.

OBESIDADE COMO FATOR LIMITANTE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM UTI: REVISÃO DE LITERATURA

OBESITY AS A FACTOR LIMITING THE NURSING CARE IN ICU: LITERATURE REVIEW

Lima, Deise Feijó[186]Barlem,Edison Luiz Devos[2];Duarte, Carla Godinho[3];Rosales, Rita Arim[4]; Costa, Sheila Silveira[5];Pelzer,Marlene Teda[6]

RESUMO
Considerando a obesidade como uma pandemia, associado as estimativas que preveem um aumento na população de obesos no globo, este estudo buscou por meio de literatura cientifica publicada, identificar as dificuldades encontradas pela enfermagem ao prestar cuidados aos pacientes obesos críticos,e que devido as comorbidades,aumentam as internações em unidades de terapia intensiva. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura por meio de pesquisa bibliográfica;foi consultado as bases de dados online Scielo,Lilacs e Bdenf além de sites e bibliografias afins.Os critérios para inclusão dos artigos foram ter sido publicados em português entre os anos de 2000 a 2013. Observou-se que a falta de estrutura física, materiais e equipamentos especializados ao paciente obeso nos hospitais, implicam na qualidade dos cuidados prestados.Conclui-se que essas instituições não estão preparadas para receber o paciente obeso crítico e ao fazê-lo desrespeitam normas dos órgãos responsáveis colocando em risco o paciente e o trabalhador de enfermagem.
Descritores: Obesidade.UTI. Assistência de Enfermagem .

ABSTRACT
Considering obesity as a pandemic, the associated estimates predict an increase in the obese population on the globe, this study through published scientific literature, identify scientific literature on the difficulties encountered by nurses to provide care to obese patients critics, and that due to comorbidities , increase in admissions to intensive care units. This is a integrative review by means of literature, consulted the online databases SciELO, Lilacs and Bdenf. The inclusion criteria were articles have been published in Portuguese in the years 2000-2013. It was observed that the lack of physical infrastructure, specialized materials and equipment to obese patients in hospitals, imply the quality of care. It is concluded that these institutions are not prepared to receive the critically ill patient and in doing so flout standards bodies responsible endangering the patient and the nursing professional.
Descriptors: Obesity.UTI. Nursing Care.

[1] Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva, Mestranda,Membro do grupo Gep-Geron. Universidade Federal do Rio Grande-RS.
E-mail:deisenfermagem@ymail.com
[2]Enfermeiro,Professor, Doutor em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande - RS.
E- mail:ebarlem@gmail.com
[3] Enfermeira, Especialista em Enfer. do Trabalho, Mestranda. Universidade Federal do Rio Grande - RS
[4] Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva, Doutoranda. Universidade Federal do Rio Grande - RS
[5] Enfermeira, Mestranda,Membro do grupo Gep-Geron. Universidade Federal do Rio Grande -RS
[6]Enfermeira,Professora,Doutora,Líder do GEP-GERON/CNPq - Universidade Federal do Rio Grande -RS

INTRODUÇÃO

Com características de doença crônica, progressiva e letal, a obesidade tomou proporções em nível mundial e representa um grande desafio no campo da saúde pública. De origem metabólica e genética, trata-se de um estado patológico de saúde e está associado ao excesso de gordura corporal[1]. Segundo a ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - o percentual de adultos com sobrepeso ou obesidade no mundo subiu de 23% da população na década de 80 para 34% nos dias atuais[2]. Somente na América Latina, esse índice subiu de 30% para 60% no mesmo período.

Conceitua-se com sobrepeso o indivíduo com IMC - Índice de Massa Corpórea - entre 25 - 29,9 Kg/m^2 e obesidade com o IMC maior ou igual a 30 Kg/m^2[2(3)]. No Brasil, dados publicados pelo Ministério da Saúde, através do programa VIGITEL - Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - onde foram pesquisados cerca de 2000 indivíduos em cada uma das 27 capitais brasileiras, mostrou maiores frequências de sobrepeso em homens moradores de Campo Grande - MT, com 61% e entre as mulheres. Recife-PE se destaca com 54%. Na média da população, os dados estimaram que 51 % dos brasileiros estão com excesso de peso, sendo esta estimativa maior entre os homens[4].

O grau de escolaridade dos indivíduos e o nível de desenvolvimento dos países estão intimamente ligados com o aumento progressivo dessa patologia. Estudos mostram que quanto maior o grau de escolaridade, menor o índice de sobrepeso; e que países desenvolvidos e em desenvolvimento, aumentaram seus índices de obesidade em quatro vezes, nas últimas três décadas, uma vez que o consumo de açúcar, gordura animal e alimentos industrializados associados a uma vida sedentária, típica dos grandes centros, são exagerados nesses países [5].

A obesidade trás consigo uma série de complicações patológicas, como a diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, doenças cardiovasculares e ortopédicas, apneias do sono, distúrbios psicológicos e também representa um fator de risco aumentado para diversos tipos de câncer e morte prematura[6]. Em virtude das comorbidades inerentes ao indivíduo obeso, houve um aumento no número de internações hospitalares e cirurgias bariátricas; com isso, a mortalidade desse tipo de paciente - o paciente obeso crítico - é bastante alta e frequente, especialmente quando em pós operatório imediato e necessitam de recuperação em UTI[7]. A taxa de pacientes obesos internados em UTI varia de 9 a 26 % e esse número se dá pelo aumento das cirurgias bariátricas realizadas no país[7].

Com isso, a enfermagem teve que se adaptar e se especializar para proporcionar os cuidados adequados a esse paciente, assim como as instituições tiveram que se reestruturar fisicamente, adquirindo materiais e equipamentos - macas, mesa cirúrgica com adaptações, aparelhos de diagnóstico por imagem, esfigmomanometros,entre outros - específicos para o cuidado e tratamento do paciente obeso [1]. No entanto, a realidade é que a maioria dos hospitais que contam com esse tipo de recurso, são os que trabalham com cirurgia bariátrica e plástica; os demais ainda precisam se adaptar e improvisar para atender a essa clientela que ocupa cada vez mais os leitos de UTI's em função de suas comorbidades.

2.OBJETIVO

Identificar a produção científica sobre dificuldades e/ou fatores limitantes encontrados pela enfermagem ao realizar os cuidados integrais ao paciente obeso crítico.

3.METODOLOGIA

Para a elaboração desta pesquisa, procedeu-se a uma revisão integrativa de literatura por meio de pesquisa bibliográfica. Os trabalhos de revisão integrativa são definidos como estudos que analisam a produção bibliográfica em determinada área temática, dentro de um recorte de tempo, evidenciando novas ideias, métodos, subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada[8].

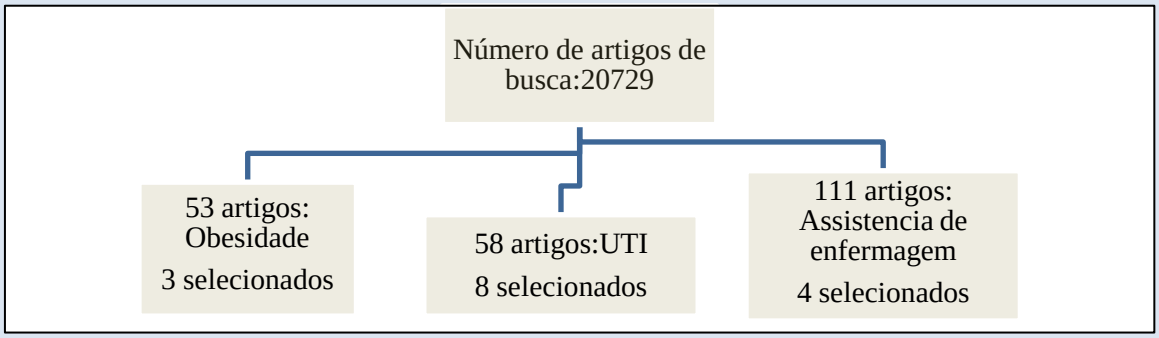
Para tanto, efetuou-se uma revisão das publicações na área da saúde, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), tendo sido consultadas as bases de dados Scientific Eletronic Library Online (Scielo), Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Banco de Dados Especializada na Área da Enfermagem (Bdenf).

Os critérios para inclusão dos artigos foram: redigidos em português, sido publicados entre os anos de 2000 a 2013 e estar disponível online. Na seleção dos artigos deveriam constar as palavras-chave definidas para o estudo: obesidade, unidade de terapia intensiva, assistência de enfermagem, não necessariamente todos.

Usando os unitermos separadamente para a pesquisa do trabalho, foram encontrados um total de 20729 artigos na língua portuguesa. Destes artigos, abordando a temática proposta, foram selecionados 222 artigos, destes, muitos artigos não estavam disponíveis e/ ou apareciam repetidamente. Foram 15 artigos científicos, que corresponderam aos objetivos deste estudo. Após seleção dos artigos, utilizou-se da Análise textual discursiva para análise dos dados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Usando os unitermos separadamente para a pesquisa do trabalho, foi encontrado um total de 20729 artigos na língua portuguesa **(Fig 1),** pesquisados nas três fontes descritas anteriormente. Destes artigos, abordando a temática proposta, foram selecionados 222 artigos, destes, muitos artigos não estavam disponíveis e/ ou apareciam repetidamente. Foram 15 artigos científicos, que corresponderam aos objetivos deste estudo. Os resultados obtidos



foram classificados e organizados segundo título, autor/ano,periódico e base de busca **(Quadro 1),** relacionados a Obesidade como fator limitante aos cuidados de enfermagem em UTI , apresentados abaixo.

Figura 1: Fluxograma referente à coleta de dados

Quadro 1 - Seleção dos artigos classificados por título, autor/ano, periódico e base de busca.Chapecó/SC 2013.

Título	Autor (es)	Periódico	Base de busca na BVS
Determinantes da epidemia mundial da obesidade	BORGES,N.(2010)	Cadernos de Saúde Vol.4 Número especial Obesidade - pp. 11-13	LILACS e SCIELO
Responsabilidade da indústria alimentar, de distribuição e marketing na prevenção da obesidade	GOMES,A. (2010)	Cadernos de Saude Vol. 4 Número especial Obesidade - pp. 15-20	LILACS e SCIELO

Influência das variáveis nutricionais e da obesidade sobre a saúde e o metabolismo	AZEVEDO e BRITO (2012)	Rev Assoc Med Bras 2012; 58(6):714-723	LILACS
Risco nutricional e complicações em obesos hospitalizados submetidos à cirurgia	RASLAN et al. (2007)	ABCD Arq Bras Cir Dig 2007;20(4):266-9	LILACS
Leptina, hipertensão arterial e obesidade: importância das ações de enfermagem	ALVES et al.(2010)	Acta Paul Enferm 2010;23(2):286-90.	BDENF
Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica	COSTA et al. (2009)	Acta Paul Enferm 2009;22(1):55-9.	BDENF
Necessidades nutricionais do doente crítico	COSTA et al.(2012)	Rev Bras Ter Intensiva. 2012; 24(3):270-277	LILACS
Impacto de um programa mínimo de exercícios físicos supervisionados no risco cardiometabólico de pacientes com obesidade mórbida	MARCON et al. (2011)	Arq Bras Endocrinol Metab. 2011;55/5	LILACS
Cuidados Intensivos para	SANCHEZ et al. (2007)	Revista Brasileira de Terapia Intensiva 205 Vol. 19 No 2,	LILACS

Pacientes em Pós Operatório de Cirurgia Bariátrica		Abril-Junho, 2007	
Paciente obeso crítico: desafio no desmame da ventilação mecânica invasiva	SCHIMIDT et al. (2012)	Revista HCPA. 2012;32(1):24-29	LILACS
Assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica: dificuldades do enfermeiro	TANAKA e PENICHE. (2009)	Acta Paul Enferm 2009;22(5):618-23.	BDENF
Enfermagem transoperatória nas cirurgias de redução de peso: revisão integrativa da literatura	RODRIGUES et al.(2012)	Rev Esc Enferm USP 2012;46(Esp):138-47	BDENF
Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica	FELIX et al. (2012)	Rev Bras Enferm, Brasilia 2012 jan-fev; 65(1): 83-91.	BDENF
Acupuntura e enfermagem no cuidado à pessoa obesa	SEBOLD et al. (2006)	Cogitare Enferm 2006 set/dez; 11(3):234-8	BDENF e LILACS
A história de pessoas com obesidade mórbida: uma	SANTOS et al.(2010)	Enfermagem em Foco 2010; 1(3):109-113	BDENF

experiência no sul do Brasil			

Cerca de 27% dos artigos selecionados trouxeram o fator psicológico do paciente obeso como um limitador na prestação da assistência; em se tratando de UTI, logo se prevê pacientes sedados e entubados; mas não é regra, e muitas vezes os pacientes são admitidos na UTI para realizar o pós operatório imediato já extubados, com bom nível de consciência e que não conseguem/podem/querem ajudar, ainda que com movimentos passivos no leito, nas ações de enfermagem.

Um estudo destacou que o diagnóstico de enfermagem mais frequente para o paciente obeso é "Distúrbio da imagem corporal"[(9)]. O paciente obeso muitas vezes já convive em seu ambiente familiar com a depressão, isolamento social, distorção da sua imagem e esses fatores associado ao processo saúde - doença - internação UTI, gera períodos de negação, o que prejudica não somente a sua recuperação como paciente como também o trabalho da equipe de enfermagem [(10,11)].

De maneira geral, no que se trata a assistência de enfermagem ao paciente obeso crítico, os artigos encontrados foram unanimes em suas pontuações; a falta de estrutura física, materiais e equipamentos específicos/ adequados ao paciente obeso, interfere de maneira direta na prestação da assistência realizada. As recomendações da SOBECC - Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, que por sua vez, segue as determinações da ANVISA - Agencia Nacional de Vigilância Epidemiológica, foi descrita em um dos artigos, indicando que as salas cirúrgicas especializadas tenham que medir $36m^2$ e uma sala de apoio de aproximadamente $12m^2$[(1)];

Através dessa revisão ficou evidente que as instituições ainda não estão seguindo as normas estabelecidas pela ANVISA, colocando em risco a segurança/saúde/recuperação do paciente obeso e contribuindo de maneira negativa na qualidade de assistência de enfermagem prestada. Quanto aos aparelhos/equipamentos, é desejável que a mesa cirúrgica especializada suporte até 500 kg (300 - 500kg); a mesma recomendação vale para as camas, prefere-se as elétricas e com possibilidades de mudança de decúbito, o que é indispensável a recuperação do paciente obeso, uma vez que possui risco aumento a úlceras de pressão.

Ressalta-se que, segundo as diretrizes publicadas pela Association of Operative Registered Nurses (AORN), a importância das visitas de enfermagem pré operatórias para avaliar a necessidade do uso de acessórios laterais a mesa desses pacientes; segundo recomendações dessa organização, seria desejável o uso de elevadores hidráulicos para

movimentação/transferência do paciente obeso da maca para o leito[1].

Em nenhum dos artigos selecionados foi citado o uso ou a falta desse equipamento, mas sim, o uso do "passante", que é semelhante a uma maca rígida, de poliuretano dobrável, que facilita a transferência dos pacientes; um inconveniente é que para o sucesso do procedimento,é necessário aproximadamente seis funcionários. Logo, em se tratando de recursos humanos, vale lembrar que o peso do paciente obeso associado a falta de recurso material especializado, sobrecarrega as equipes de enfermagem, colocando em risco a segurança/conforto do paciente/funcionário; compromete diretamente as ações de assistência de enfermagem a serem realizadas.

5. CONCLUSÃO

O estudo nos permitiu observar que ainda existem falhas no sistema público e privado de saúde, uma vez que não se adaptaram de maneira integral as normas e determinações de órgãos federais, acarretando em sobrecarga e desconforto nas equipes de enfermagem, contribuindo diretamente para possíveis falhas na segurança do paciente; existem déficits nos recursos materiais e humanos e que qualidade nos cuidados de enfermagem dependem dessas condições; e que, o processo de cuidar do paciente obeso crítico não está apenas em restringir e policiar dietas alimentares, mas também no resgate da auto imagem e auto estima.

6.IMPLICAÇÕES/CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Este estudo nos instiga a continuar com mais estudos na área do paciente obeso crítico, em função da escassa produção científica sobre o tema e das estatísticas revelarem um considerável aumento nessa população. A enfermagem deve estar preparada,tanto no saber científico para melhor manejar esse paciente e para o redimensionamento de profissionais em uma estrutura adequada para o paciente recebê-lo.

7.REFERENCIAS

1. Tanaka DS, Peniche AG. Assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica: dificuldades do enfermeiro. Acta paul. enferm. 2009;22(5):618-23.

2.Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Nos países em desenvolvimento, a obesidade aumentou quatro vezes em três décadas [Internet]. Rio de Janeiro; 2014.[09/01/2014;acesso em 04/02/2014]. Disponível em http://www.abeso.org.br

3.Costa ACC, Ivo MA, Cantero WB, Tognini JRF. Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. Acta paul. enferm. 2009;22 (1):55-9.

4.Ministério da Saúde.Análises Parciais VIGITEL 2013.Brasília;2013. Disponível em http://rs10bra.opasbrasil.com/arquivos/Oficina_VIGITEL_22N_2013/Analises%20parciais_%20vigitel_2013_%20betine.pdf

5.Wiggins,S. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Obesidade Globalizada.[Internet].Rio de Janeiro;2014.[09/01/2014;acesso em 04/02/2014]. Disponível em http://www.abeso.org.br

6. Alves LMM, Nogueira MS, Mendes IAC, Godoy S. Leptina, hipertensão arterial e obesidade: importância das ações de enfermagem. Acta paul. enferm. 2010;23(2):286-90.

7. Sanchez GD, Gazoni FM, Konishi RK, Guimarães HP, Vendrame LS,Lopes RD.Cuidados intensivos para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. Rev. bras. ter. intensiva. 2007;19(2): 205-209

8.Noronha D, Ferreira SM. Revisões de literatura. In: Campello BS, Condón BV, Kremeer JM. (Orgs.). Fontes de informações para pesquisadores e profissionais. Belo Horizonte: UFMG, 2000, p. 191

9. Felix LG, Soares MJGO, Nóbrega MML. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós operatório de cirurgia bariátrica. Rev. Bras. Enferm. 2012;65(1):83-91.

10. Santos AT, Panata CH, Schmitt J, Padilha MI, Amante LM. A história de pessoas com obesidade mórbida: uma experiência no sul do Brasil. Enferm. foco.2010;1(3):109-113.

11. Seboldt L, Radunz V, Rocha PK. Acupuntura e enfermagem no cuidado à pessoa obesa. Cogitare enferm.2006;11(3):234-8.

OS PRESERVATIVOS MASCULINOS E FEMININOS SOB A ÓTICA DE CASAIS: EM ESTUDO COMPARATIVO

MALE AND FEMALE CONDOMS UNDER THE COUPLES PERSPECTIVE: A COMPARATIVE STUDY

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

RESUMO
Trata-se de uma pesquisa exploratório descritiva, com abordagem qualitativa, realizada com o objetivo de conhecer a percepção de casais acerca dos preservativos masculino e feminino e comparar os dois métodos. Foram sujeitos, estudantes do Programa de Pós-Graduação, formandos da Graduação em Enfermagem e seus parceiros. Coletaram-se os dados entre outubro de 2012 e março de 2013, com questionário respondido anonimamente. Adotou-se o Discurso do Sujeito Coletivo na análise e interpretação. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética, sob nº36/2012. Obteve-se um total de 16 casais, com idades entre 21 e 43 anos. Como principal ponto positivo do preservativo feminino destaca-se a autonomia proporcionada pelo insumo, com relação ao preservativo masculino salienta-se familiaridade com o método e a relação custo-benefício. Nesse cenário, enfermeiros e demais profissionais de saúde, enquanto educadores em saúde podem atuar auxiliando os clientes na tomada de decisão sobre anticoncepção e métodos preventivos de infecções sexualmente transmissíveis.
Descritores: Sexo seguro. Preservativos. Educação em saúde. Enfermagem

ABSTRACT
This is a qualitative descriptive exploratory research, that aimed to know the couples'perceptions about male and female condoms, and compare both methods. Participated in this study, post graduation students, Nursing undergratuates and their partners. Data were collected between October 2012 and March 2013, with an anonymously answered questionnaire. Analysis and interpretation were done using the Discourse of the Collective Subject. The study was approved by the Ethics Committee in Research of FURG under the 36/2012 document. The age of the 16 couples vary from 21 to 43 years. As the main positive point from the female condom, emphasizes the autonomy. Regardind the male condom, stood out familiarity with the method and benefit cost. In this scenario nurses and another health professional, as health educators, can help clientes in decision making, about contraception and Sexually Transmitted Infeccions.
Keywords: Safe sex. Condoms. Health Education. Nursing.

[1] Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande- FURG. Bolsista FAPERGS. Email: Jaqueline.costa@live.com
[2] Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem Gênero e Sociedade (GEPEGS). Tutora do Programa de Educação Tutorial em Enfermagem (PET/Enf). Email: vlogomes@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Os métodos anticoncepcionais de barreira formam obstáculos mecânicos ou químicos à penetração dos espermatozoides no canal cervical, dentre eles cita-se o diafragma, os espermicidas e os preservativos. Sendo que exclusivamente os preservativos oferecem também proteção contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), conhecida como dupla proteção.[1]

O preservativo masculino aparece como um dos métodos mais utilizados para realização de planejamento familiar.[2] Por outro lado, a versão feminina continua sendo um "desafio" para muitos casais, que em grande parte demonstram desconhecimento com relação a este método.[3]

O preservativo masculino é também conhecido como condom, camisinha, camisa-de-vênus.[4] A palavra Condom "seria uma transcrição do verbo latino condare (esconder ou proteger). Poderia também ter surgido do vocábulo latino condus (receptáculo), uma derivação do persa kendu ou kondu, que quer dizer literalmente 'vaso comprido de armazenamento, feito do intestino de um animal'".[5]

Uns dos primeiros registros da utilização de protetores penianos que lembravam o preservativo masculino, ocorreram no Antigo Egito, séculos antes de Cristo, época em que eram confeccionados em tecido ou a partir de intestinos de animais. [6,7] No século X, os chineses utilizavam papel de seda untado em óleo, com o mesmo objetivo. [5] Já em 1523, o médico italiano Gabrielle Fallópio, inventou a bainha de tecido leve, um envoltório peniano de linho, que segundo seu inventor impedia a contaminação por sífilis. A confirmação do potencial preventivo deste material, veio após estudo realizado por Fallópio com 1100 homens que utilizaram o dispositivo, e nenhum ficou infectado.[5,7]

No século XVII, a fabricação dos preservativos era a partir do ceco, bexiga de animais ou de peles finas, assumindo a forma de um saco, costurado em uma de suas extremidades.[7]

O acesso a esses preservativos era restrito, pois possuía um alto custo. Somente por volta do ano de 1840, tornaram-se mais populares com a descoberta da vulcanização da borracha nos Estados Unidos por Charles Goodyear. Com o advento do condom proveniente

da borracha, a função deste insumo deixou de ser apenas preventivo de "doenças venéreas", incorporando a finalidade contraceptiva.[6,7]

Com o advento da pílula anticoncepcional, na década de 60, o preservativo perdeu um pouco sua importância no cenário mundial, pois havia os antibióticos para doenças como sífilis e gonorréia e a pílula era eficiente em evitar uma gravidez indesejada. Nos anos 80, a AIDS, fez com que a camisinha passasse a ser novamente requisitada.[5,7]

Atualmente a camisinha masculina, constitui-se de uma membrana fina, em forma de saco, geralmente confeccionada em látex, que é colocado sobre o pênis ereto, antes da ejaculação e antes de qualquer contato com a boca, ânus ou vagina. Seu principal benefício é a dupla proteção: profilática às IST's e contraceptiva, não possui contra indicações, exceto hipersensibilidade ao seu material de fabricação.[4]

Estudo realizado nos Estados Unidos em 2007 testou esse método de barreira, através da detecção do antígeno prostático na secreção vaginal antes e após o intercurso sexual, concluiu que se utilizado corretamente, apresenta baixos índices de falhas.[8]

Mesmo tendo comprovados benefícios, autores mostram que o uso do preservativo é deixado de lado quando o relacionamento fica estável, sendo as mulheres casadas ou em união estável, apontadas como as mais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis.[9]

A maior parte das dificuldades enfrentadas, nas escolhas referentes à saúde sexual e reprodutiva, tem relação com as diferenças de gênero, estando intimamente ligadas às concepções de vínculo afetivo.[9] Assim, mesmo com o conhecimento de que o preservativo evita a transmissão do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis, seu uso transcende as questões de proteção, pois se trata de um método controlado pelos homens, existindo dificuldades para as mulheres negociarem seu uso.[10]

Com relação ao preservativo feminino, o uso de materiais que o lembram é referido desde a mitologia grega, quando acreditavam que o sêmen do Rei Minos em Creta, era povoado por escorpiões e serpentes. Para se proteger, uma de suas amantes, inseria bexigas de cabra na vagina. Registros do ano de 1850 a.c, documentam a crença de que o uso de um pano impregnado com escremento de crocodilos e mel, dificultava a sobrevivência dos espermatozoides além de servir como uma barreira para o acesso ao útero. O mecanismo de ação se baseava no pH alcalino dessa mistura.[5,6]

O preservativo feminino, também chamado de condom feminino ou camisinha feminina, tem o formato de uma bolsa cilíndrica com dois anéis flexíveis, um encaixa-se no colo uterino e o outro protege a vulva. Foi lançado originalmente em poliuretano, mas há uma

versão atual fabricada em borracha nitrílica, um material que conduz melhor o calor e emite menor ruído durante o ato sexual.[4]

A utilização deste dispositivo dá-se através da inserção do condom na vagina, o que exige certo conhecimento da usuária acerca de seu corpo. Alguns cuidados devem ser seguidos durante seu uso, como realizar higiene das mãos com água e sabão antes da inserção, atentar durante a penetração para certificação de que o pênis encontra-se no interior do dispositivo, colocar antes da relação sexual, e conhecer que o produto é de uso único devendo ser descartado após sua retirada.[4]

No Brasil, a chegada do condom feminino ocorreu em 1997, quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, aprovou sua comercialização. No entanto, a distribuição pelo Ministério da Saúde, iniciou apenas em 2000, restrito a mulheres integrantes de populações consideradas em risco para IST´s/HIV. [11]

A distribuição ainda é um entrave ao uso rotineiro do condom feminino se comparado à versão masculina. Um exemplo disso é a discrepância numérica apresentada em 2005. Naquela época, enquanto foram disponibilizados mundialmente 14 milhões de preservativos femininos, o número de preservativo masculinos atingiu seis bilhões de unidades.[11]

Com relação à eficácia do preservativo feminino, estudo comparativo entre as versões masculina e feminina aponta que os riscos de exposição seminal são similares , assim conclui-se que ambos são correspondentes em eficiência para prevenção de gravidez e IST's. A maior parte das falhas com este dispositivo estão relacionadas ao uso incorreto. A solução apontada é o aumento da frequência de uso, pois resulta em melhora na habilidade das usuárias.[8]

Diversas questões são levantadas quando o assunto é preservativo feminino, uma delas é a representação da sexualidade feminina: "a camisinha exige que se fale abertamente de sexualidade feminina, o que ainda causa muita resistência. Para intensificar a produção e a demanda é preciso também reforçar a ideia de que as mulheres são seres sexuados."[11]

Um importante fator que dificulta o uso de preservativos são os laços afetivos, assim que a confiança é estabelecida, o uso do preservativo declina. Ideia reforçada por um estudo publicado em 2006, que evidenciou que 62,3% dos sujeitos de sua pesquisa deixaram de usar o método quando o relacionamento ficou estável.[12]

De acordo com o contexto literário exposto, através da análise dos dados deste estudo, buscou-se responder à seguinte questão: Qual a percepção de homens e mulheres acerca dos preservativos masculino e feminino?

OBJETIVO

Conhecer a percepção de casais acerca dos preservativos masculino e feminino e comparar os dois métodos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratório descritiva, com abordagem qualitativa. Foram informantes estudantes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (Residências multiprofissionais, mestrado e doutorado) e formandos do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem (EENF) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e seus parceiros.

Após autorização da Coordenação dos Cursos de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem, efetuou-se, em sala de aula, o convite para participação na pesquisa. A concordância foi manifestada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), momento em que receberam um envelope contendo o TCLE para ser assinado pelo parceiro, dois preservativos femininos e dois formulários semiestruturados que deveriam ser respondidos individualmente, um para si e um para o parceiro.

Ao término do preenchimento dos instrumentos, os mesmos foram entregues à pesquisadora em envelopes lacrados. Para inviabilizar a identificação dos informantes os envelopes foram abertos somente após o término de toda a coleta de dados. Essa teve duração de cinco meses, com início em outubro de 2012 e término em março de 2013. Para este trabalho analisou-se apenas uma questão do instrumento, na qual solicitava-se a descrição de pontos positivos e negativos dos preservativos masculino e feminino de acordo com a opinião dos casais.

O Discurso do Sujeito Coletivo foi a técnica adotada para a análise dos dados. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande sob o parecer nº 36/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram informantes 16 casais, com idades entre 21 e 43 anos, sendo que em onze, um dos parceiros era estudante do curso de Pós-graduação e em cinco, um deles era formando de Enfermagem. Todos os sujeitos do estudo mantiveram relações sexuais com parceiros fixos. Nessa análise procurou-se apreender as percepções e impressões dos informantes a partir das vivências prévias agregadas à participação no estudo visto que de todos os sujeitos

participantes apenas um homem havia utilizado o Preservativo Feminino (PF) antes da pesquisa.

Partindo dos dados obtidos, agrupou-se em quatro categorias: Preservativo feminino é bom, Preservativo feminino não é o ideal, Preservativo masculino é bom, Preservativo masculino não é o ideal, nas quais buscou-se separar as opiniões positivas e negativas referentes à cada método.

Preservativo feminino é bom...

Nesta categoria procurou-se agrupar os aspectos positivos relacionados ao uso do preservativo feminino.

Ideia central: o preservativo feminino é eficaz e seguro.

"A camisinha feminina me pareceu mais segura por ser de um material aparentemente mais resistente, além de proporcionar liberdade para a mulher se proteger durante a relação sexual. Também considero a importância da dupla proteção proporcionada pelo PF." Discurso masculino.

Ideia central: é uma excelente alternativa ao preservativo masculino.

"O preservativo feminino se mostra mais seguro, não percebi nele o risco de rompimento do material. Quando o homem se recusa a usar o condom masculino, torna-se uma excelente alternativa à mulher. Para coloca-lo não preciso interromper o ato sexual, o que evita a perda de continuidade da relação. Mesmo considerando o insumo grande, não senti dificuldades para retirá-lo. O PF proporciona maior estimulação à mulher do que a versão masculina, devido ao contato do anel externo com o clitóris. Outra vantagem do PF é a não utilização de látex, material alergênico a algumas pessoas." Discurso feminino.

A partir destes discursos é possível evidenciar que homens e mulheres mantêm sentimento de segurança, inclusive o descreveram como método mais seguro, o que não possui comprovação científica visto que em testes laboratoriais ambos apresentaram performance similar.[8] Quanto as suas características, o método concede proteção contraceptiva e contra IST's/HIV, por isso chamada de dupla proteção.[11]

A autonomia proporcionada pelo insumo é citada como relevante fator de adesão ao uso, visto que possibilita à mulher, o poder de decisão acerca de sua proteção. É neste sentido que cabe disseminar a importância de métodos contraceptivos que facilitem a autonomia feminina, principalmente com relação à escolha pelo sexo seguro.[11]

Outro diferencial é a estimulação ao clitóris, proporcionada pelo anel externo do condom feminino, que torna a relação sexual mais prazerosa para a mulher. Esta questão foi

igualmente levantada em estudo realizado no ano de 2011, no qual mulheres também reconheceram este benefício. [3]

Outra vantagem apresentada foi o material hipoalergênico de que é confeccionada em oposição ao látex, material utilizado na versão masculina, irritante a alguns indivíduos.[1]

Preservativo feminino não é o ideal...

Partindo da opinião dos casais informantes separaram-se os principais motivos de não adesão ao uso do preservativo feminino.

Ideia central: esteticamente não atrai para o uso, além de ser de complicado manuseio.

"A aparência do preservativo, não é nada atraente, além do tamanho, que torna difícil o manuseio e o uso de 'brinquedos' sexuais. Na maior parte da relação sexual senti desconforto com relação ao PF, e considerei seu uso complicado, pois é muito lubrificado na parte externa e praticamente seco na parte interna." Discurso masculino.

Ideia central: Pouco prático e caro.

"*O preço do PF ainda é muito elevado se comparado ao masculino, além de não ser prático, pois senti dificuldades durante a colocação, incômodo durante a relação sexual, com a sensação de que o preservativo iria se interiorizar no canal vaginal. A lubrificação é insuficiente e cessa rapidamente, e de certa forma percebi limitações para realização de algumas posições sexuais."* Discurso feminino.

As principais limitações citadas para o uso da camisinha feminina são o alto custo, aparência muitas vezes citada como grotesca e a falta de familiaridade com o método, também encontrados em estudo realizado anteriormente.[3]

A questão da lubrificação interna citada como insuficiente, é um característica nova neste assunto, visto que outras pesquisas abordaram apenas o excesso de lubrificação contido na face externa do insumo.[3,13]

Para os usuários do preservativo feminino desconforto e dificuldades em sua utilização, são queixas frequentes durante os primeiros usos, fator relacionado à pouca familiaridade com o método, o que gera insegurança. A falta de familiaridade com o método foi igualmente identificada entre estudantes de enfermagem, de Fortaleza, no Ceará, onde mais de 90% dos sujeitos nunca havia utilizado o preservativo feminino.[12] Contrapondo-se a opinião dos informantes, uma pesquisa realizado no Ceará concluiu que não há restrições quanto às posições sexuais durante o uso do preservativo feminino.[10]

Preservativo masculino é bom...

Os discursos nesta categoria foram agrupados objetivando expor as opiniões positivas sobre o preservativo masculino.

Ideia central: Preservativo masculino é popular.

"A camisinha masculina é mais prática e com melhor custo benefício, tem melhor aparência e é mais fácil de carregar e manusear que a feminina. Sinto maior segurança com seu uso, acredito que devido ao maior conhecimento sobre a mesma. Não dificulta a lubrificação tampouco a mobilidade sexual." Discurso masculino.

Ideia central: é um método que agrada a ambos os parceiros.

"É esteticamente mais aceitável e suficientemente lubrificada para agradar ao casal, mais aderente e de fácil colocação. Proporciona conforto e liberdade de movimentos durante o ato sexual, também estão disponíveis em diferentes texturas, aromas e sabores, o que também representa vantagem sobre a camisinha feminina." Discurso feminino.

O preservativo masculino, por ser mais acessível economicamente e também amplamente distribuído nos serviços de saúde alcança uma faixa populacional maior em contraste com o feminino. Com relação à segurança durante o uso, esta é ligada ao contato prévio com o insumo. Nesse sentido, o aumento na frequência de utilização resulta na melhoria da habilidade dos usuários.[8]

Tal método foi citado como prático se comparado ao insumo feminino em trabalho realizado em 2011 no extremo sul do Brasil, no qual foi igualmente destacado o melhor custo benefício.[3] Além do custo, expressivamente mais baixo, o condom masculino apresenta diversidade de texturas, tamanhos e sabores, características que atraem os usuários.

Preservativo masculino não é o ideal...

De acordo com os dados obtidos, esta categoria expõe os principais entraves relacionados ao uso do preservativo masculino**.**

Ideia central: preservativo masculino é incômodo.

"Altera a sensibilidade no ato sexual, e considero seu uso em alguns momentos levemente desconfortável, 'quebra o clima', ter que interromper a relação para colocar o preservativo." Discurso masculino.

Ideia central: Enquanto mulher não me proporciona autonomia.

"Entendo que ela traz menor autonomia feminina pois seu uso depende da vontade do parceiro o que muitas vezes não ocorre, requerendo o convencimento por parte da parceira. Além disso, noto que a camisinha masculina dificulta um pouco a sensibilidade." Discurso feminino.

Mesmo com ampla distribuição na rede pública, sendo disponibilizado nas unidades básicas de saúde, centros de testagem e aconselhamento, serviços especializados e bancos de preservativos, estudos evidenciam a baixa adesão a este método.[14] Investigando os motivos dessa baixa adesão, pesquisa do ano de 2006 relata que 41,5% dos sujeitos do estudo apontaram o desconforto na atividade sexual, 34% afirmaram que condom ocasiona a diminuição da sensibilidade no ato sexual; 17% salientaram sentir irritação vaginal, e por fim 7,5% apontaram como desvantagem, o risco de rompimento[12]. Essas informações vão ao encontro das vivenciadas pelos sujeitos deste estudo que citam a alteração na sensibilidade sexual e o desconforto.

Algumas mulheres citaram a negação do parceiro ao uso do condom masculino, o que demonstra a dominação masculina neste campo. Estudo realizado com alunos Sul-africanos do sexo masculino retrata a dominação do homem na decisão para o uso da camisinha ao divulgar relatos como: "Eu não tenho medo de gravidez, por que existem as pílulas do dia seguinte e eu posso convencê-la a fazer aborto", "Eu acho que a maioria das garotas não se preocupa realmente com o uso do preservativo, por que se você questioná-las acerca do uso elas responderão que a decisão é sua", "elas não se previnem, tanto quanto os rapazes". Esta mesma pesquisa aponta ainda que a comunicação sobre sexo e o uso da camisinha, com as parceiras é mínima, e quando a parceira solicita o uso do condom, o parceiro pode inclusive sentir-se ofendido.[15]

CONCLUSÃO

Conclui-se que a população informante reconhece as principais vantagens associadas ao uso de preservativos. No entanto, evidenciou-se falta de familiaridade com o preservativo feminino, apesar de haver pelo menos um enfermeiro em cada casal de informantes. Tal constatação consiste em uma questão a ser refletida, pois um profissional que não tem muito contato com um método pode não indica-lo nos programas de planejamento familiar, deixando de lado uma importante alternativa para o empoderamento da mulher.

Retomando o condom masculino, igualmente devemos refletir acerca deste método, pois com ampla distribuição gratuita seu uso continua refutado por casais, mesmo entre aqueles com alto nível educacional e conhecimento do panorama das infecções sexualmente transmissíveis no Brasil.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Os enfermeiros enquanto profissionais diretamente ligados à realização de educação em saúde, participando de programas de planejamento familiar e prevenção de IST's, precisam estar bem informados acerca dos principais métodos contraceptivos e ampliar sua divulgação, favorecendo alternativas de prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Enfermeiros e demais profissionais de saúde, estão em posição de advogar em favor do uso de preservativos auxiliando os clientes na tomada de decisão sobre anticoncepção e métodos preventivos de infecções sexualmente transmissíveis.

REFERÊNCIAS

1-Santos CL. et al. Preservativo feminino: uma nova perspectiva de proteção. Revista de Enfermagem UERJ. 2005; 13(02): 270-4.

2- Carvalho MLO, Schor N. Motivos de Rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. Rev Saúde Pública 2005, 39(05):[acesso em 11/12/2012].788-94. Disponível em:http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n5/26300.pdf

3-Gomes VLO, Fonseca AD, Severo TP, Jundi MG. Percepções de casais heterosexuais acerca do uso da camisinha feminina. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2011 Jan/Mar 15(1): 22-30.

4-Poli MEH, Mello CR, Machado RB, Neto JSP, Spinola PG, Tomas G, et al. Manual de anticoncepção da FEBRASGO. Femina. Set 2009. 37(09). 459-492. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/arquivos/femina/Femina2009/setembro/Femina-v37n9_Editorial.pdf

5- Lopes NA. História da medicina - Saúde sexual e reprodutiva: a história do preservativo. Rev. Sexualidade Planeamento Familiar, Lisboa maio/dez. 2003, [acesso em 09/01/2013] n. 37. 31-33, Disponível em: http://redesida.web.ua.pt/dados%5Capf_revista_37.pdf.

6- Grupo de incentivo à vida. A história da camisinha (preservativo/condom de vênus). São Paulo, [2001-11].[acesso em: 07/01/2013]. Disponível em: http://www.giv.org.br/dstaids/camisinha.htm

7-Marinho MB. Entre o funcional e o Lùdico: a camisinha nas campanhas de prevenção da AIDS**.** Interface **-** Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, fev. 2000,[acessado em 09/01/2013],. 4(06); 97-108, Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n6/08.pdf

8- Macaluso M, Richard B, Denise JJ, Andrzej K, Chen MP, Akers R, et al. Efficacy of the Male Latex Condom and of the Female Polyurethane Condom as Barriers to Semen during Intercourse: A Randomized Clinical Trial. American Journal of Epidemiology 2007 [acesso em 15/12/2012]:166(1); 1166:88–96. Disponível em:http://aje.oxfordjournals.org/content/166/1/88.full.pdf.

9- Berquó E, Barbosa RM, Lima LP. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 42(01), [acesso em 09/01/2013];34-44, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000800006.

10-Albuquerque GA, Vilela WV. Uso do preservativo feminino como método contraceptivo: experiências de mulheres em uma unidade básica de saúde no município de Juazeiro do Norte-CE. Revista de Atenção Primária a Saúde. 2011. abr./jun 14(2):185-96.

11- Program for Appropriate Technology in Health, United Nations Population fund. Preservativo feminino: das políticas globais à realidade brasileira. -- Brasília : UNFPA-Fundo de População das Nações Unidas,[On Line] 2011.[Acesso em: 25/01/2013] Disponível em: http://www.sepm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/preservativo_feminino_2011

12-Bandeira VMP, Diógenes MAR. O uso do preservativo masculino e feminino entre alunos de enfermagem da universidade de Fortaleza. Revista de Enfermagem UERJ**,** Rio de Janeiro. jan/mar 2006.[acesso em 15/12/2012] 14(1); 74-9. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a12.pdf

13- Lara DK, Grossman DE, Muñoz JE, Rosario SR, Gómez BJ, García SG. Acceptability and use of the female condom and diaphragm among sex workers in Dominican Republic: Results from a prospective study. AIDS Education and Prevention. 2009.[acesso em 15/05/2013] 21(6); 538–551, 2009. Disponível em: http://guilfordjournals.com/doi/pdf/10.1521/aeap.2009.21.6.538

14-Ministério da Saúde. Insumos de prevenção. 2012. [acesso e, 09/01/2013].Disponível em: http://www.aids.gov.br/pagina/insumos-de-prevencao.

15-Mantell JE, et al. Everywhere you go, everyone is saying condom, condom. But are they being used consistently? Reflections of South African male students about male and female condom use. Health Educ Res. Oct 2011; 26(5):[acessado em: 16/12/2012]: 859–871. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3168335/?tool=pubmed ,

REALIZAÇÃO DO EXAME PERICIAL EM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

THE CREATION OF EXPERT EXAMINATION BY VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE

Cristiane Lopes Amarijo[87]; Daniele Ferreira Acosta[88]; Vera Lúcia de Oliveira Gomes[89]

RESUMO

Objetivo: Objetiva-se conhecer o perfil das mulheres e aspectos relacionados ao exame pericial realizado nas vitimas de violência sexual no município do Rio Grande. **Metodologia**: Os dados foram compilados diretamente de ocorrências policiais, da Delegacia Especializada no Atendimento às Mulheres, do município do Rio Grande, cujas vítimas de violência sexual eram maiores de 18 anos. A coleta de dados ocorreu no período entre outubro de 2011 e março de 2012 por meio de instrumento elaborado no Excel. Para análise utilizou-se a estatística descritiva. Projeto aprovado sob parecer nº 137/2011. **Resultado**: 22 vítimas realizaram o exame pericial, na maioria dos casos, por um médico. Houve predomínio de mulheres jovens, de cor branca e com baixa escolaridade. **Conclusão**: Os dados expõem a necessidade de esclarecimentos às mulheres acerca de seus direitos, sendo o enfermeiro o profissional capaz de acolhe-lhas, nos serviços de saúde, e instrumentalizá-las por meio da problematização acerca do fenômeno e do empoderamento das vítimas.

Descritores: Violência sexual contra a mulher. Violência sexual. Saúde sexual e reprodutiva.

ABSTRACT

The objective is to know the profile of women and issues related to forensic examination conducted on victims of sexual violence in Rio Grande. Methodology: Data were collected directly from police reports, of the Police Service Specializing in the Women, of Rio Grande, whose victims of sexual violence were older than 18 years. Data collection occurred between October 2011 and March 2012 through instrument drawn up in Excel. For analysis, we used descriptive statistics. Project approved under opinion nº 137/2011. Result: conducted the forensic examination 22 victims and the majority had this examination performed by the doctor. There was a predominance of young women, white color and with low education. Conclusion: The data expose the need for information to women about their rights and the professional nurse able to welcome them to him, in health services , and instrumentalize them through questioning regarding the phenomenon and the empowerment of victims.

Descriptors: Sexual violence against women. Sexual violence. Sexual and reproductive health.

[87] Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Bolsista Capes. E-mail: cristianeamarijo@yahoo.com.br

[88] Enfermeira. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Bolsista Fapergs. E-mail: nieleacosta@gmail.com

[89] Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora Titular da Escola de Enfermagem da FURG. E-mail: vlogomes@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher (VCM) tem se constituído como um grave problema de saúde pública, atingindo diversas esferas da sociedade[1]. Dentre as várias formas de violência, destaca-se a sexual, que ultrapassa barreiras culturais, níveis socioeconômicos, limitações individuais, podendo ocorrer tanto nos espaço privado, quanto na esfera pública[2]. Esta modalidade de violência se apresenta como uma maneira brutal de violar os direitos humanos, sexuais e reprodutivos[3] e uma manifestação de domínio do sexo masculino sobre o feminino.

No Brasil a Lei 11.340/2006 cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Define diferentes formas de violência, incluindo a violência sexual que consiste qualquer ato ou conduta que constranja a vítima a presenciar, manter ou participar de relação sexual, mediante intimidação, ameaça ou uso da força, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição[4]. A Lei 12.015/2009 realizou alterações no Código Penal Brasileiro e os crimes contra a dignidade sexual passam a consistir em: estupro, assédio sexual e violação sexual mediante fraude[5].

Uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, com 2.502 brasileiras, na faixa etária de 15 anos ou mais, residentes em 187 municípios de áreas urbanas e rurais, revelou que uma em cada cinco mulheres já sofreu alguma forma de violência por parte de um homem, destas 13,0% foram submetidas ao estupro conjugal e, 11,0% referiram ter sofrido assédio sexual[6].

A maioria dos casos de violência sexual é cometida por parceiros íntimos, fazendo com que a vítima não realize a denúncia, por diversos motivos[3,7-8]. Destaca-se o constrangimento em expor a situação a terceiros, o temor pela obrigatoriedade de sujeição ao exame de corpo de delito, a falta de credibilidade no sistema legal, o medo de ter que se confrontar com o agressor[2-3,7] e do julgamento pelos próprios familiares. Soma-se ainda a vergonha por ter sido submetida à situação, por sentir-se humilhada e muitas vezes culpada[2-3,7].

Quando a vítima mantém o silêncio ela passa a ser cúmplice do. crime sexual[2] considerando que para a criminalização do agressor é obrigatória a realização da denúncia. Essa desencadeia a realização do exame pericial que constitui provas documentais acerca do crime. Desta forma, com esse estudo pretende-se conhecer o perfil das mulheres e aspectos relacionados ao exame de corpo de delito realizado nas vítimas de violência sexual no município do Rio Grande.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa e delineamento transversal, desenvolvido na Delegacia de Polícia Especializada no Atendimento às Mulheres no município do Rio Grande/RS – DEAM/RG/RS. Foram analisadas as ocorrências policiais registradas entre agosto de 2009, quando a delegacia foi inaugurada, a dezembro de 2011. Integraram a amostra deste estudo todas aquelas referentes à violência sexual contra mulheres que tivessem idade igual ou superior à dezoito anos e que constassem nos arquivos da DEAM no período da coleta de dados, entre outubro de 2011 e março de 2012.

Os dados foram coletados em um instrumento, adaptado ao Aplicativo Microsoft Excel®, contendo informações acerca do perfil das vítimas de violência sexual e as características da denúncia e do exame pericial.

Para a análise, utilizou-se a estatística descritiva. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande sob parecer No 137/2011.

RESULTADOS

Dentre os 39 casos de violência sexual denunciados, 22 mulheres realizaram o exame de corpo de delito. Ao analisar o perfil das vítimas houve predomínio daquelas com idade entre 20 e 30 anos (50%), de cor branca (95,5%), com ensino fundamental completo ou incompleto (45%) e com alguma forma de remuneração (31,8%).

Tabela 1 – Distribuição dos casos de violência sexual segundo o perfil das vítimas que realizaram o exame pericial. Rio Grande/RS/Brasil. 2014.

VARIAVEIS	Nº	PERCENTUAL (%)
Idade		
18 ⊢ 20 anos	2	9,1
20 ⊢ 30 anos	11	50
30 ⊢ 40 anos	6	27,3
40 ⊢ 50 anos	1	4,5
50 ⊢ 60 anos	0	0
Acima dos 60 anos ⊢	2	9,1
Cor da pele		
Branca	21	95,5
Não branca	1	4,5

Escolaridade		
Não alfabetizada	**1**	**4,5**
Ensino fundamental	**10**	**45,5**
Ensino médio	**11**	**50**
Remuneração		
Sim	**7**	**31,8**
Não	**1**	**4,5**
Não informado	**14**	**63,6**

FONTE: ocorrências policiais registradas na DEAM/RG/RS, de 2009 a 2011.

No que diz respeito à realização do exame pericial, houve predomínio de profissionais médicos (77,3%).

Tabela 2 – Distribuição dos casos de violência sexual segundo realização do exame pericial, no município do Rio Grande/RS/Brasil.

VARIAVEIS	Nº	PERCENTUAL (%)
Profissional que o realizou		
Médico	**17**	**77,3**
Médica	**4**	**18,2**
Não constava	**1**	**4,5**

FONTE: ocorrências policiais registradas na DEAM/RG/RS, de 2009 a 2011.

DISCUSSÕES

Esse estudo possibilitou revelar o perfil das vítimas que foram acolhidas na Delegacia de Polícia Especializada no Atendimento às Mulheres, do Município do Rio Grande/RS e que realizaram o exame pericial bem como o profissional que o realizou.

O perfil das vítimas, delineado nesta pesquisa, assemelha-se ao encontrado em outra investigação em que a maioria das vítimas era de cor branca, tinha 20 anos ou mais e realizaram exame pericial[8]. De acordo com a literatura as mulheres em idade produtiva e reprodutiva são as mais expostas à violência.

Corroborando com os dados encontrados, em relação ao grau de instrução, a maioria das vítimas atendidas no ambulatório de um hospital universitário de grande porte na cidade de Curitiba/Paraná, também possuía o ensino fundamental[9]. Outra pesquisa que buscou conhecer o perfil e compreender o sentimento das mulheres que sofreram violência doméstica revelou que a maioria também tinha entre 20 e 40 anos. Todavia, ao analisar o grau de

instrução foi observada a prevalência daquelas com maior escolaridade, o que difere deste estudo[(1)].

É comum a associação de diversas expressões da violência[1]. A violência sexual pode ser associada as formas física e psicológica, resultando em transtornos de ordem biológica bem como repercutindo na saúde mental da vítima. Quanto à remuneração constatou-se que 31,8% das mulheres tinham renda própria. A independência financeira é um dos fatores que contribui para que a mulher rompa o ciclo da violência[10].

O exame pericial, geralmente, é realizado no Instituto Médico Legal (IML). Percebeu-se que, apesar de mais de 70% exames terem sido realizados por profissional do sexo masculino, todos foram realizados de forma direta, ou seja, nessa instituição. Contudo, a literatura nos esclarece que o exame de corpo de delito pode ser feito de forma indireta, a partir da análise das informações contidas no prontuário da paciente da instituição que prestou o primeiro atendimento[5]. Essas situações são indicadas em casos de impossibilidade da vítima comparecer ao IML[7].

Portanto, evidencia-se a necessidade de preparo dos profissionais da saúde para atuarem frente à VCM tanto na assistência direta à vítima quanto diante da responsabilidade em realizar a notificação compulsória, o levantamento de histórico completo buscando a comprovação da violência por meio de exame físico adequado. O profissional que assiste a vítima pode ser co-responsável pelo rompimento do ciclo da violência.

A Lei nº 8.862/94 esclarece que o exame de corpo de delito deverá ser realizado por dois peritos oficiais[11]. Para ser um perito oficial o indivíduo deve ter concluído o ensino superior em qualquer área do conhecimento. Após, realiza-se um concurso público para o provimento do cargo de perito. Após aprovação pelo Instituo Geral de Perícias, o candidato faz um curso formação técnico-pericial[12].

Exposto isso, o exame pericial pode ser realizado por perito independente de sua formação acadêmica ou sexo, desde que esteja apto para tal. No entanto, supõe-se que a realização do procedimento por uma profissional do sexo feminino traria menos constrangimento às vítimas de violência sexual.

No Canadá e nos Estados Unidos, por exemplo, foi implantado o programa Sexual Assault Nurse Examiners (SANE - Enfermeiras Examinadoras de Agressão Sexual) cujo exame de corpo de delito é realizado por enfermeiras especializadas. Essa iniciativa tem apresentado efeitos positivos em relação à redução dos traumas gerados pela violência sofrida e na maior adesão ao tratamento[13].

Em alguns países a Enfermagem Forense já foi implantada. Ela vincula os conhecimentos da Enfermagem com questões judiciais. Ao enfermeiro especializado é designada a realização do exame físico, coleta de evidências nas vítimas e nos acusados, documentação completa da ocorrência e dos achados, tratamentos pertinentes às vítima, encaminhamento para especialistas e a educação em saúde. Destaca-se, ainda, o trabalho preventivo com mulheres vulneráveis e em situação de risco. No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem ainda não a reconhece como uma especialidade[14]. Porém, no Rio de Janeiro, a Lei 1.766/90, assegura às vítimas de violência sexual, que a realização do exame de corpo de delito seja feito por médico legista do sexo feminino[15].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos dados, percebeu-se que a metodologia escolhida foi adequada para o alcance do objetivo. Uma das limitações detectadas na presente pesquisa foi a falta de uniformidade nos registros policiais, uma vez que foram encontrados alguns dados incompletos, no que diz respeito às variáveis estudadas.

Os dados expõem a necessidade de esclarecimentos às mulheres acerca de seus direitos, pois se evidenciou que das 39 vítimas de violência sexual, apenas 22 realizaram o exame. Na atual pesquisa não foi possível conhecer o motivo que levou as demais mulheres a não realizarem o corpo de delito.

As mulheres jovens, de cor branca, com baixa escolaridade e com alguma remuneração foram as mais expostas à violência sexual. Assim, torna-se imprescindível a capacitação da equipe de saúde com vistas não somente ao desencadeamento de ações curativas, mas também para que atuem junto às populações, buscando a promoção e recuperação da saúde, além da prevenção das distintas modalidades de violência.

Ainda, é possível promover o empoderamento das mulheres através do fornecimento de informações pertinentes para que tomem decisões de forma consciente, para que conheçam os meios de acessar as redes de apoio e para que possam disseminar o conhecimento acerca dos direitos femininos.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O profissional da saúde, muitas vezes, é o primeiro a prestar um atendimento às vítimas e para que seja realizado de forma efetiva, torna-se imprescindível que o tema seja abordado nos cursos de graduação das áreas da saúde, a fim de capacitar futuros profissionais para o cuidado com vítimas de violência sexual.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem em seu artigo 34 revela que o profissional é proibido de omitir informações sobre qualquer forma de violência. Assim, a subnotificação da violência contra a mulher pelo profissional, em qualquer de suas formas, vai de encontro aos princípios éticos da profissão. Diante disso, é fundamental que os enfermeiros contribuam no desvelar do fenômeno, tendo como uma de suas atribuições a realização da notificação compulsória.

REFERÊNCIAS

1 Ribeiro DKL, Duarte JM, Lino KC, Fonseca MCC. Caracterização das mulheres que sofrem violência doméstica na cidade de São Paulo. Saúde Coletiva. 2009; 6(35):264-268.

2 Diniz NMF, Almeida LCG, Ribeiro BCS, Macêdo VG. Women Victims of Sexual Violence: Adherence to chemoprevention of HIV. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; jan.-fev.; 15(1):7-12.

3 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. 2004; 1(4):31-39.

4 Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.

5 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2011

6 Venturi G, Recamán M, Oliveria S. A mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo: Editora Fundação, Perseu Abramo, 2004.

7 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

8 Oshikata CT, Bedone AJ, Papa MSF, Santos GB, Pinheiro CD, Kalies AH. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(4):701-713.

9 Labrocini LM et al. Caracterização das vítimas e agressores de violência sexual em um serviço ambulatorial. Online Brazilian Journal of Nursing. 2007; 6(0): s.p. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/495/113. Acesso em: 24 abr. 2014.

10 Menezes JP, Moura MAV, Netto LA, Silva GF. Perfil sócio demográfico R. pesq.: cuid. fundam. Online. 2010. out/dez; 2 (Ed. Supl.): 418-422

11 Brasil. Lei nº 8.862, de 28 de março de 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1989_1994/L8862.htm

12 Arnoni H. Como se tornar um perito criminal? Revista Mundo Estranho. Editora Abril S.A. Disponível em: http://mundoestranho.abril.com.br/materia/como-se-tornar-um-perito-criminal Acessado em: 8 abr. 2014.

13 Gomes A. Papel do Enfermeiro perante Abuso Sexual na Mulher. Disponível em: http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3566:papel-do-enfermeiro-perante-abuso-sexual-na-mulher&catid=216:julho-a-agosto-2010 Acessado em: 22 abr. 2014.

14 Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Enfermagem Forense: possibilidades para a profissão. 2011. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/node/33820. Acessado em: 22 abr. 2014

15 Plum T, Carazza A. Vítimas de violência doméstica encontram ajuda no parlamento. Jornal da ALERJ. pg 05. Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. ANO III N°109. Rio de Janeiro, de 6 a 12 de dezembro de 2005.

RELAÇÃO ENTRE AS ORIENTAÇÕES RECEBIDAS DURANTE O PRÉ-NATAL E O ESTABELECIMENTO DO ALEITAMENTO NO PERIODO DE INTERNAÇÃO

RELATIONSHIP BETWEEN THE GUIDELINES RECEIVED DURING THE PRENATAL AND ESTABLISHMENT OF BREASTFEEDING DURING HOSPITALIZATION

Luiza Rocha Braga[90]; Nalú Pereira da Costa Kerber[91]; Carmen Carballo Dominguez[92]; Eloísa da Fonseca Rodrigues[93]; Liane Rodrigues Borges[94]; Marcia Marcos de Lara[95].

RESUMO

A promoção do Aleitamento Materno deveria ser vista como ação prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças. O objetivo deste estudo é investigar se as orientações recebidas sobre aleitamento materno durante o pré-natal tem relação com a efetividade da amamentação. É uma pesquisa transversal, documental, descritivo-exploratória, desenvolvida no município do Rio Grande/RS, em um hospital universitário. Das 90 mulheres assistidas no período de março à setembro de 2013 pelo projeto Sinaleira da Amamentação, 26 afirmam ter recebido orientações durante o período pré-natal, 59 afirmam não ter recebido nenhuma informação acerca do aleitamento materno durante o pré-natal, e 5 não o realizaram. O êxito no aleitamento materno esta vinculado com a existência de apoio profissional, o fornecimento de informação adequada pode ser um fator de proteção do aleitamento materno e deveria ser acessível para mulheres com dificuldade de acesso a informação necessária para estabelecimento do aleitamento.

ABSTRACT

The promotion of breastfeeding should be seen as a priority for improving the health and quality of life of children action. The aim of this study is to investigate whether the received breastfeeding during prenatal relates to the effectiveness of breastfeeding. It's a cross, documentary, descriptive and exploratory research conducted in the city of Rio Grande / RS in a university hospital. Of the 90 women attended from March to September 2013 Breastfeeding by traffic lights project, 26 claim to have received counseling during the prenatal period, 59 say they have received no information about breastfeeding during prenatal and 5 not screened. The successful breastfeeding is linked with the existence of professional support, the provision of adequate information can be a protective factor of breastfeeding and should be accessible to women with limited access to information necessary to establish breastfeeding.

Palavras chaves: aleitamento materno, puerpério, pré-natal, enfermagem.

---

[90] Acadêmica de Enfermagem/FURG, bolsista EPEM do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. (luizarochab@gmail.com)

[91] Doutora em Enfermagem, docente da Escola de Enfermagem/FURG, orientadora do presente estudo. (nalukerber@hotmail.com)

[92] Enfermeira, mestrando do PPGENF, membro do grupo de pesquisa Viver Mulher.

[93] Enfermeira, Mestre, membro do grupo de pesquisa Viver Mulher

[94] Academica de Enfermagem/FURG, bolsista EPEM do grupo de pesquisa Viver Mulher.

[95] Academica de Enfermagem/FURG, bolsista EPEM do grup de pesquisa Viver Mulher.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é a estratégia mais vantajosa e natural de vinculo e nutrição, além de ser a interferência mais econômica e eficaz para diminuir a morbimortalidade infantil, permitindo um grande impacto do ponto de vista nutricional e na saúde integral do binômio mãe/bebê [1].

Conforme enfatizado pela Organização Mundial da Saúde e baseado em evidências científicas, é recomendada a prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e a continuação deste, havendo o acréscimo de alimentos complementares até os dois anos de vida ou mais. Entretanto, existem inúmeros fatores envolvidos nesse processo e que podem ocasionar dificuldades e contribuir para a suspensão do aleitamento antes do período recomendado, como o desconhecimento da mãe acerca do assunto. Sendo assim, é de extrema importância que a mulher seja orientada e assistida para que possa desempenhar o AM de forma tranquila.[2]

A atenção a esse processo como um todo deve ser iniciada durante o pré-natal, de modo a obter o sucesso do AM. Durante o período do pré-natal, as mulheres devem ser informadas dos benefícios que uma amamentação eficaz pode trazer, devem ser orientadas acerca das técnicas corretas de amamentação, além das desvantagens do uso de outros alimentos.[3]

A assistência prestada durante o período pré-natal conglomera um conjunto de procedimentos educativos e clínicos que visam promover a saúde do binômio mãe/bebê e identificar precocemente eventos que possam colocar em risco a saúde dos mesmos.[4] A enfermeira é apta para realizar consultas de pré-natal, podendo acompanhar gestantes de baixo risco, sendo atribuídas a ela uma gama de ações que englobam a solicitação de exames, a realização do exame obstétrico, encaminhamentos necessários, promoção e orientação sobre técnicas do AM e estabelecimentos do vinculo entre mãe e bebe. [5]

Realizar ações educativas que abranjam mulheres de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deve ter atenção especial e redobrada, para que seja bem assistida e possa vivenciar este período de forma positiva, tendo menores riscos de complicações no período do puerpério e mais sucesso no período da amamentação. [6]

Todas as informações fornecidas a mulher durante esse período são de suma importância para uma gestação saudável, assim como para a manutenção do AM, principalmente nos primeiros dias do nascimento. A falta de incentivo à pratica da amamentação pode se tornar um agravante para o desmame precoce e por consequência. Interferir no estado nutricional da criança. [7]

OBJETIVO

Investigar se as orientações recebidas sobre aleitamento materno durante o pré-natal tem relação com a efetividade da amamentação entre as puérperas atendidas pelo projeto Sinaleira da Amamentação, na maternidade de um Hospital Universitário do sul do Brasil.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa transversal, documental, descritivo-exploratória, de abordagem quanti-qualitativa[8]. Foi desenvolvida no município do Rio Grande/RS, em um hospital universitário de médio porte, que possui o título de hospital amigo da criança, e que tem a única UTI neonatal do município.

Os sujeitos do estudo foram puérperas internadas na maternidade do Hospital Universitário, assistidas pelo projeto "Sinaleira da Amamentação". Este é um projeto de extensão que visa o apoio às puérperas que tiveram seu parto nesse hospital e tem como metodologia de trabalho a utilização de critérios de avaliação do aleitamento materno baseado nas cores do semáforo de trânsito. A interpretação se processa da seguinte forma: a cor vermelha significa a presença de alguma intercorrência, a cor amarela representa um sinal de alerta para situações indefinidas referentes à amamentação, e a cor verde sinaliza o aleitamento satisfatório.

O projeto é realizado através de visitas diárias realizadas por acadêmicas de enfermagem, que já passaram pela disciplina de Saúde da Mulher. É feito uma escala mensal, adequando horários para que se possa ter acadêmicas durante todos os dias da semana na unidade de Maternidade. Durante as visitas feitas a mulheres internadas é avaliada a pega correta, sanado duvidas e dadas orientações acerca do aleitamento materno.

Serão utilizados os registros do projeto Sinaleira da Amamentação, afeitos ao período de março a setembro de 2013, perfazendo um total de 90 mulheres assistidas pelo projeto.

As atividades realizadas nesse projeto são documentadas em um instrumento próprio, o qual contém informações sobre as puérperas, as condições do aleitamento.

Para este estudo, foram utilizados os dados da situação da amamentação, classificada através das cores, e as orientações recebidas durante o pré-natal. Foi feita a comparação entre esses achados com o objetivo de ter conhecimento acerca da efetividade dessas orientações no processo de aleitamento no período pós-parto.

A análise será processada por meio dos métodos de estatística descritiva e da análise de conteúdo[9].

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Das 90 mulheres assistidas no período de março à setembro de 2013 pelo projeto Sinaleira da Amamentação, 26 afirmam ter recebido orientações acerca do aleitamento materno durante o período de pré-natal, 59 afirmam não ter recebido nenhuma informação acerca do aleitamento materno durante o pré-natal, e 5 não realizaram o pré-natal.

Das 26 puerperas que afirmam ter recebido, 16 foram avaliadas com a cor verde pelo projeto, ou seja, mantinham o aleitamento exclusivo, e o realizavam com excelência, 8 foram avaliadas com a cor amarela, que mostra que o aleitamento está sendo realizado, porém há dificuldades, e 2 foram avaliadas na cor vermelha, que expõe que há alguma intercorrencia que impede a amamentação. Segundo relato destas puerperas que afirmam ter recebido orientações, estas expõem que as informações foram passadas através do enfermeiro, do médico e do assistente social, sendo que 9 afirmam que estas orientações foram passadas pelo enfermeiro, 12 afirmam que foi o médico e 2 afirmam que foi a assistente social que realizou estas orientações, e 3 puerperas não souberam identificar que profissional que realizou as orientações.

Dentre as orientações passadas as mulheres podemos citar : a relação socioeconômica do aleitamento materno, a passagem de anticorpos da mãe para o bebe, o estabelecimento do vinculo e os cuidados com o seio. Ao analisar estes dados podemos ver que ainda há uma lacuna muito grande há ser preenchida no que diz respeito a orientações sobre o tema, pois menos da metade das mulheres assistidas pelo projeto no período receberam orientações sobre aleitamento, e destas 26 apenas 16 foram avaliadas com a cor verde, ou seja, mostra que apesar do recebimento de orientações, estas não estão sendo efetivas. Também pode-se analisar, que há uma falta de identificação dos profissionais, e também falta de conexão entre os mesmos, pois duas puerperas afirmaram que receberam informações completamente distintas de dois profissionais de saúde. Isso mostra a importância do dialogo entre a equipe e como a falta do mesmo pode prejudicar o atendimento.

Das 8 mulheres avaliadas com a cor amarela que afirmam ter recebido orientação, 6 afirmam que as orientações não foram suficientes, e 2 relatam que receberam informações mas não sabem informar quais. As 2 mulheres avaliadas na cor vermelha, relatam que receberam informações efetivas, mas afirmam que não conseguem amamentar por causa de fissuras mamárias e dificuldade na pega.

Das 59 que não receberam orientações acerca do aleitamento materno no pré-natal, 28 foram avaliadas na cor verde, 25 na cor amarela, e 6 na cor vermelha. Destas que foram avaliadas na cor verde, 19 afirmam que foram orientadas na maternidade por profissionais de

saúde, mas não souberam identificar se eram profissionais médicos ou enfermeiros, 8 afirmam que foram orientadas dentro do centro obstétrico, porém não identificaram o profissional que a orientou, e apenas 1 afirmou que as orientações foram através de familiares, pode-se analisar que, apesar da falta de orientação durante o pré-natal, as orientações dadas dentro do hospital são efetivas, visto que, mais de metade das mulheres que não receberam orientações apresentaram efetividade na amamentação.

Dentre as 25 mulheres avaliadas com a cor amarela, 17 apresentavam dificuldade na pega, 3 verbalizaram não ter paciência para amamentar, e 5 não expuseram o que dificultava a amamentação. Pode-se ver que o não recebimento prévio de informação acerca do aleitamento, configura uma dificuldade de estabelecimento do mesmo.

As 6 mulheres que apresentaram classificação de cor vermelha, 4 relataram possuir fissuras nas mamas, devido a pega incorreta, e 2 apresentavam mamilo invertido, dificultando a pega.

As 5 mulheres que não realizaram pré-natal, 3 foram avaliadas na cor verde, e 2 avaliadas na cor amarela.

Todas as mulheres que foram atendidas pelo projeto foram orientadas, independente da situação da amamentação, e o critério para a escolha da cor dada a mulher era feito após a observação da mamada.

Tais resultados mostram a importância das orientações acerca do aleitamento materno, mostrando como a falta de orientação durante o período de pré-natal pode influenciar no não estabelecimento do aleitamento materno exclusivo. Além, os resultados mostram a lacuna que os profissionais de saúde deixam em relação ao AM, num grupo de 90 mulheres, 59 não receberam nenhuma informação acerca do aleitamento durante o pré-natal, o que posiciona 65,5% do total de mulheres assistidas pelo projeto no período de março a setembro de 2013.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo tornou-se possível confirmar a importância da orientação sobre amamentação no pré-natal para elevar os índices do aleitamento materno, através de diversas estratégias de ação, bem como conhecer a situação deste tema em diferentes ambientes do cenário de atenção à saúde. A amamentação não é apenas importante para a saúde do bebê, mas é de suma importância, também, para a saúde e recuperação pós-parto da mãe.

Através do referencial teórico foi possível adquirir informações sobre a amamentação e suas vantagens para o binômio mãe-filho, bem como a atuação da equipe de enfermagem frente ao trabalho educacional e de orientações para proporcionar um melhor desenvolvimento deste binômio.

Observou-se que quase a totalidade dos artigos que abordam o tema prioriza as necessidades das ações dos profissionais de saúde em enfermagem que agem no processo decisório de incentivo ao aleitamento materno e promoção da saúde, objetivando a redução da morbi-mortalidade infantil e desmame precoce. Portanto é fundamental que os pais e familiares tenham conhecimento da importância do aleitamento materno para o bom desenvolvimento da criança. Cabe aos profissionais de saúde devidamente capacitados, orientar e apoiar as mães que sofrem algum tipo de intercorrência na lactação para que haja um menor índice de desmame causado por fatores passiveis de prevenção.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Como conclusões deste estudo, podemos destacar que o êxito no aleitamento materno esta diretamente vinculado com a existência de apoio profissional, visto que, o fornecimento de informação adequada pode ser um fator de proteção do aleitamento materno e deveria ser acessível especialmente para mulheres com menor nível de estudos ou com dificuldade de acesso a informação necessária para estabelecimento do aleitamento.

Com a realização deste estudo tornou-se possível afirmar a importância da orientação sobre amamentação no pré-natal para elevar os índices de aleitamento materno.

Considero importante relatar a pouca frequência em que o profissional enfermeiro foi citado tanto pelas puerperas entrevistadas, quanto pelos artigos pesquisados. A importância desse profissional nas praticas educativas no pré-natal ressalta a necessidade de realização de mais estudos que envolvam esta temática

Uma limitação encontrada na realização deste estudo é o uso indevido dos descritores pelos autores das publicações estudadas, e dos poucos estudos realizados pela enfermagem na área.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

2. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. J Pediatr. 2000; 76(3):238-52.

3. World Health Organization. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: World Health Organization; 1998.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Benefícios do Aleitamento Materno. Brasília, DF. 2011

5. Ministério da Saúde (BR). Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Bases de ação programática. Brasília (DF); 1984. (5)

6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. II Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e Distrito Federal [Internet]. Brasilia

7. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. J Pediatr. 2003; 79(5):385-90.

8. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Ed 70; 2009.

9. Peternelli, L A Estatística descritiva

RELATO DE EXPERIÊNCIA: A BUSCA ATIVA COMO FORMA DE APROXIMAÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM COM ADOLESCENTES COM HIV/AIDS

EXPERIENCE REPORT: A SEARCH ACTIVE APPROACH AS A MEANS OF NURSING STUDENTS WITH TEENS WITH HIV / AIDS

[1]Natalia Barrionuevo Favero; [2]Graciela Dutra Sehnem; [3]Fabiani Weiss Pereira; [4]Adriana Bessler König Andersson; [5]Amanda Guimarães Ferreira, [6]Edson Devos Barlem

RESUMO

Objetivo deste estudo é relatar a experiência de discentes do curso de graduação em enfermagem na realização da estratégia de busca ativa para adolescentes vivendo com HIV/aids. O relato de experiência é uma forma de mostrar as experiências vividas, tanto as impressões reais, quanto psicológicas e críticas, destacando a participação e o ponto de vista do enunciador sobre o que é relatado. Os encontros ocorreram em abril de 2014, utilizando um automóvel oficial da secretaria de saúde do município. Foram abordadas as famílias em suas residências, e realizaram-se orientações a respeito da necessidade de se fazer o acompanhamento das ações que o Serviço de Assistência Especializada (SAE) oferece para esses pacientes. Foram realizadas 13 visitas em busca ativa. A experiência na realização da busca ativa foi algo inovador para os acadêmicos, proporcionou espaços para o conhecimento de novas realidades, na medida em que possibilitou a elaboração de sentimentos em relação ao momento vivido, compartilhando emoções, partindo disso, pode-se perceber o quão é importante a realização das buscas e do acolhimento, para oferecer suporte e esclarecimento aos adolescentes sobre as atividades proporcionadas pelo SAE.

Descritores: Adolescente. Enfermagem. Visita domiciliar.

ABSTRACT

Objective of this study is to report the experience of students from the undergraduate nursing in achieving the active search strategy for adolescents living with HIV/AIDS. The experience report is a way to show both actual impressions, and psychological and critical experiences, highlighting the participation and point of view about what the enunciator is reported. The meetings took place in April 2014, using an official car from the city health department. Families were approached at their homes, and took place guidelines regarding the need to follow up on the actions that the Specialized Assistance Service (SAE) offers these patients. 13 visits were made in active search. Experience in conducting an active search was something new for academics, provided spaces for knowledge of new realities, in that it enabled the development of feelings for the moment lived, sharing emotions, leaving it, one can realize how is important to conduct the searches and the host to support and enlightenment to teenagers about the activities offered by SAE .

Descriptors: Adolescent. Nursing. Home visit.

INTRODUÇÃO

Segundo estimativas realizadas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais aproximadamente 718 mil pessoas vivem com HIV/Aids no Brasil. Considerando os dados acumulados de 1980 a junho de 2013, foram notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom um total de 686.478 casos de aids, dos quais 445.197 (64,9%) são do sexo masculino e 241.223 (35,1%) do sexo feminino[4].

Em relação aos adolescentes, atualmente a epidemia de aids mantém-se como um desafio aos profissionais de saúde, tanto no campo de prevenção, já que constata-se por meio dos boletins epidemiológicos o aumento no número de casos de aids nesta população que apresenta incidência elevada com total de 16.464 casos de aids no sexo masculino e 8.622 casos de aids no sexo feminino, notificados no Sinan até junho de 2013, como também em relação ao tratamento daqueles que convivem com a doença desde a infância[4].

A adolescência é uma etapa da vida de transformações, biológicas, psíquicas e sociais podendo ser compreendida como um processo de construção de identidade, onde os indivíduos neste período da vida perpassam a travessia do mundo infantil para o mundo adulto referenciado por familiares, pares, amigos, professores e profissionais da saúde[3].

Dessa forma, contextualizando a doença aids no cotidiano de adolescentes, essas transformações podem apresentar-se de maneira diferente daqueles que não possuem a doença, já que trata-se de uma população com peculiaridades devido, principalmente, ao uso e adesão aos antirretrovirais, revelação de diagnóstico, exercício da sexualidade, perspectivas de vida, entre outras questões.

Nesse contexto faz-se essencial o papel dos profissionais de saúde, entre esses, os enfermeiros, com o intuito de assegurar um atendimento eficaz e de qualidade, fornecendo estrutura e boas condições aos adolescentes de forma que esses se sintam acolhidos e caso constatem sua falta ao serviço, que possam realizar a busca ativa. Considerada uma forma de encontro e aproximação entre profissional e paciente com o objetivo de resgate do mesmo.

No que diz respeito aos direitos à saúde constam tanto na Constituição Federal de 1988 quanto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, ambos atualizados, que todas as crianças e adolescentes têm direito à convivência familiar e comunitária[3]. Esses direitos são considerados política pública também, disposta no Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (2007-2015). Garantir esse direito com absoluta prioridade é dever da família, da sociedade, da comunidade em geral e do Estado.

Frente a essas premissas, discentes e docentes do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), em parceria com o Serviço de Assistência Especializada em DST/aids (SAE) do município de Uruguaiana-RS, se inseriu nas comunidades para desempenhar a estratégia de busca ativa em adolescentes que vivem com HIV/aids, incentivando-os a participar do "Grupo de adolescentes vivendo com HIV/aids do município de Uruguaiana-RS".

Na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) existem políticas com o desafio de construir práticas de cuidados pautadas por uma lógica territorial, para transpor ações para mais perto do "mundo dos usuários" e seus modos de vida uma delas é a estratégia de busca ativa[5].

OBJETIVOS

Relatar a experiência de discentes do curso de graduação em enfermagem na realização da estratégia de busca ativa para adolescentes vivendo com HIV/aids.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a estratégia de busca ativa desempenhada para realização do "Grupo de adolescentes vivendo com HIV/aids do município de Uruguaiana-RS", desenvolvido por discentes e docentes do curso de graduação em enfermagem UNIPAMPA campus Uruguaiana, em parceria com o SAE.

O SAE do Município de Uruguaiana é um local que proporciona atendimento de segunda à sexta feira, exclusivamente, a portadores de doenças sexualmente transmissíveis, HIV e aids, contando com uma equipe multidisciplinar composta por 20 profissionais, dentre eles enfermeiros, médicos, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, odontólogos e outros profissionais que atuam no setor administrativo. Os atendimentos, nesse serviço, perpassam a realização de consultas com os profissionais da equipe multidisciplinar, a oferta de medicamentos antirretrovirais que compõem o esquema de tratamento dos portadores de HIV/aids e a realização de grupos com adolescentes, sendo essa atividade uma parceria entre o referido serviço e a UNIPAMPA.

A idealização da realização da busca ativa emergiu pela evasão desses usuários do SAE, a fim de resgatar estes pacientes e reforçar a importância do autocuidado e as práticas educativas para adesão ao tratamento medicamentoso. Acredita-se que existe a necessidade de um espaço onde se desenvolva a estratégia de busca ativa para convidar e incentivar os adolescentes a participarem dos Grupos de adolescentes.

As atividades de busca ativa tiveram início com a busca dos adolescentes na comunidade abrangente do SAE, por meio de consultas aos prontuários, respeitando a faixa etária dos nascidos após o ano de 1996 até 2004, posteriormente ao levantamento desses prontuários foram confeccionadas listas, separando os pacientes de acordo com o endereço constava no prontuário, subdivididos pelos bairros, nestas listas também foram anexados algumas informações como nome de familiares e os que possuíam o contato telefônico para facilitar a busca. Em seguida foram confeccionados convites com data, hora e local para o encontro, com o intuito de convidá-los a participar do grupo.

A estratégia de busca ativa foi protagonizada por discentes e docentes da UNIPAMPA, um ou mais funcionários do SAE e um motorista da secretaria municipal de saúde. Os encontros ocorreram em abril de 2014, utilizando um automóvel oficial da secretaria de saúde.

Num primeiro momento foram abordadas as famílias em suas residências apresentando-se os objetivos do Grupo para Adolescentes, sintetizando que o mesmo tem a finalidade de amenizar as dúvidas e os mitos em relação à adolescência. Posteriormente, realizaram-se orientações a respeito da necessidade de se fazer o acompanhamento das ações que o SAE oferece para esses pacientes. No terceiro momento, foi realizada a atualização dos dados cadastrais dos adolescentes com a intenção de manter o vínculo e sugerindo novos contatos. E por fim, foram entregues os convites.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O serviço possui um total de 1207 prontuários, o que corresponde ao número de pacientes que recebem atendimento especializado no local. Desse total de prontuários, 1045 são de pacientes adultos, 70 são de adolescentes e 92 são de crianças. No que se refere aos adolescentes, 27 são meninos e 43 são meninas.

Durante as consultas aos prontuários, totalizou-se 17 adolescentes, respeitando a faixa etária dos nascidos após o ano de 1996 até 2004, destes 6 eram meninos e 11 meninas, sendo que 4 meninos possuíam o contato telefônico no prontuário e um estava com este critério incompleto. Em relação às meninas, 5 possuíam o contato telefônico, porém 3 estavam desvinculadas do serviço com comunicado de ter migrado de cidade. Totalizando 13 selecionados para realização das visitas em busca ativa.

A experiência na realização da busca ativa foi algo inovador para os acadêmicos, pois os oportunizou adentrar no universo dos pacientes e então visualizar a dimensão da condição humana que alguns adolescentes vivem na sociedade. Permitindo-os, relacionar os lugares, os

territórios, os espaços que os adolescentes habitam com a formação e construção do seu cotidiano. Pressupondo que as realidades de alguns adolescentes coexistem de acordo com a realidade precária e a desvantagem de recursos e condições de vida.

A presença de ambientes tumultuados, rodeados pela pobreza e pela falta de recursos não impediu que os momentos dos encontros das famílias e dos adolescentes se concretizassem. De modo geral, para encontrar todos os endereços foi uma tarefa complicada devida a desinformação e não sinalização das ruas e bairros do município. Porém, esses contratempos foram compensados pela boa receptividade das famílias e dos próprios adolescentes, já que quando os acadêmicos os encontravam, sentiam-se acolhidos.

Os adolescentes e seus familiares mostravam-se interessados pelas atividades, e aceitavam os convites para participarem dos grupos. Alguns familiares relatavam que essas atividades poderiam ser um alicerce para que adolescentes aceitem suas condições de saúde e enfrentassem algumas dificuldades, principalmente as associadas à adesão a terapia antirretroviral.

A busca ativa, também contribui para incentivar a promoção da saúde dos adolescentes, sendo assim aproveitou-se a oportunidade para convidá-los a participar do grupo para adolescentes que desenvolvem educação em saúde. Tentou-se, dessa forma, oferecer subsídios para que a família pudesse perceber o adolescente como um sujeito transformador de sua realidade, incentivando-o a participar deste grupo.

Busca ativa é um método estratégico de efetivação do acesso, o qual pode ser capaz de potencializar ações de caráter preventivo, inclusive prevenindo o agravamento de algumas situações. Neste sentido, o termo busca ativa, associa-se as atividades desenvolvidas na desinstitucionalização de forma integral. Comparando-se aos princípios do SUS o termo é entendido como um movimento de ir contracorrente da demanda, no sentido que a busca ativa permite que os profissionais selecionem as necessidades dos pacientes e fragmentem para além dos agravos de notificação. Resultando em uma expectativa de modelo, capaz de identificar e acessar o mundo dos usuários visualizando suas necessidades [V]. Além disso, é uma ferramenta de proteção social considerada essencial para o planejamento local e para a ação preventiva e ainda, permite compreender melhor a realidade social, para nela atuar [VI].

Vivenciar esta experiência permitiu que os acadêmicos refletissem o quanto é essencial à realização de busca pelos pacientes, já que por meio da busca ativa foi possível a realização de educação em saúde com aproximação e formação de vinculo entre acadêmicos e os adolescentes.

CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

A forma como este trabalho foi realizado através da busca ativa proporcionou aos acadêmicos espaços para o conhecimento de novas realidades, na medida em que possibilitou a elaboração de sentimentos em relação ao momento vivido, compartilhando emoções, partindo disso, pode-se perceber o quão é importante à realização das buscas e do acolhimento, para oferecer suporte e esclarecimento aos adolescentes sobre as atividades proporcionadas pelo SAE.

Desta forma aprenderam que, como futuros profissionais, precisamos buscar alternativas diferenciadas para cada situação quando desejamos trabalhar educação para a saúde. Um atendimento específico para determinado grupo pode fazer toda a diferença nos resultados alcançados, tanto no que se refere ao sucesso quanto ao não atingimento das metas estabelecidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da busca ativa oportunizou aos discentes de enfermagem vivenciar a responsabilidade de participar de atividades com pacientes anônimos e como realizar a busca ativa por meio da visita domiciliar as famílias e aos adolescentes.

No que tange a dificuldade mais significativa para a realização das buscas, destaca-se o item localização contido nos prontuários dos usuários, pois muitos encontravam-se com informações incompletas. Esta situação refletiu no atraso do levantamento dos dados, dificultando o contato prévio. Outro fator relevante foi à dificuldade de acesso as residências para a busca ativa e entrega do convite do grupo.

Contudo, os acadêmicos acreditam que o trabalho tem forte impacto para os adolescentes, pois as atividades grupais permitiram aproximar os adolescentes ao SAE, e a academia ao serviço de saúde, isso porque possibilitou a formação de vínculo entre equipe e os pacientes, fortalecendo os saberes científicos e populares, aproximando as diferentes realidades.

Recomendam-se que os profissionais de saúde, entre eles, os de enfermagem, reflitam sobre as estratégias de cuidado, e de como podem ser desenvolvidas práticas educativas que levem ao empoderamento dos sujeitos, a partir do processo de troca de saberes entre profissionais, pacientes e acadêmicos e assim o SAE seja de fato a “porta de entrada”, para que os adolescentes sejam acolhidos e recebam um cuidado integral e com qualidade.

Percebeu-se que durante as buscas ativas realizadas foi possível interagir não só com os adolescentes, de maneira isolada, mas com o mundo que o cerca, seu espaço e território.

Pode-se entender e conhecer as relações que esses adolescentes criam com sua morada, familiares e sociedade, assim como o grau de envolvimento com os mesmos. Também permitiu avaliar o sofrimento psíquico desses adolescentes e de seus familiares, suas condições e qualidade de vida. Enfim, enxergá-los de forma integral, além disso, pode-se explanar essa experiência de busca ativa e visita domiciliar com outros estudantes e professores inseridos em outras instituições de ensino, isso evidencia o quão importante é, que o conhecimento seja transmitido e perpassado para outros.

REFERENCIAS

1. Cruz, E.F. Infâncias, adolescências e AIDS. Educação em Revista, Belo Horizonte, n. 46, p. 363-84, dez.; 2007.3(4):2412-25.

2. Brasil. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 2009.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

4. Brasil. Ministérios da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. Boletim epidemiológico - Aids e DST. Brasília: Ministério da saúde. 2013.

5. Lemke, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 0-0, 2010.

6. Ferreira, Isaias Nery; Evangelista, Maria do Socorro Nantua; Alvarez, Rosicler Rocha Aiza. Distribuição espacial da hanseníase na população escolar em Paracatu-Minas Gerais, realizada por meio da busca ativa (2004 a 2006). **Rev. bras. epidemiol**, v. 10, n. 4, p. 555-567, 20

TRABALHOS DE CONCLUSÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DOS DESCRITORES

THE FINAL PAPER OF THE NURSING DEGREE: BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF THE DESCRIPTORS

Daiane Broch[96]; Juliana Piveta de Lima[97]; Rochele Maria Zugno[98]; Matheus Ferreira de Oliveira[99]; Luana Amaral Mortola[100]; Daniele Ferreira Acosta[101]

RESUMO

Trata-se de um estudo bibliométrico que objetivou analisar os descritores utilizados nos Trabalhos de Conclusão de Curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. **Metodologia**: Estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por todos aqueles defendidos, pelos acadêmicos, entre 2010 e 2012. Os dados foram coletados por meio de um formulário e a análise realizada por meio do SPSS e análise descritiva. **Resultados e discussões**: Os 106 trabalhos analisados contabilizaram um total de 376 termos. Desses 333 (88,5%) eram descritores e 43 (11,4%) palavras-chave. Do total dos trabalhos, 64 possuíam as palavras indexadas no DeCS (61,5%). Observou-se o predomínio do uso do descritor "enfermagem". **Conclusão**: através deste estudo foi possível identificar aspectos em relação à produção científica de discentes e docentes da escola de enfermagem. **Contribuições para a Enfermagem**: contribuir para o aprimoramento dos TCCs, bem como chamar atenção da importância do rigor metodológico nas pesquisas científicas.
Descritores: Enfermagem. Descritores. Pesquisa.

ABSTRACT

This is a bibliometric study aimed to analyze the descriptors used in the final paper of the Nursing Degree at the Federal University of Rio Grande . **Methodology:** An exploratory - descriptive study with a quantitative approach, trimming of a larger project that integrates the analysis of abstracts and references used in the finals papers. The sample was composed of all the works defended by the scholars between 2010 and 2012. **Results and discussions:** The 106 studies analyzed accounted for a total of 376 terms. Of these 333 (88.5 %) were descriptors and 43 (11.4%) keywords. From the total of papers, 64 had the words indexed in DeCS (61.5 %). There was a predominance of the use of the descriptor "nursing".**Conclusion:** Through this study it was possible to identify aspects regarding scientific production for learners and teachers of nursing school. **Contributions to Nursing:** contribute to the

[96] Acadêmica da 6ª série do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Bolsista do Programa de Educação Tutorial de Enfermagem (PET/Enfermagem). Email: daiane_broch@hotmail.com

[97] Acadêmica da 4ª série do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Bolsista CNPq.

[98] Acadêmica da 4ª série do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Bolsista PET Enfermagem.

[99] Acadêmico da 3ª série do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Bolsista PET Enfermagem

[100] Acadêmica da 8ª série do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Bolsista PET Enfermagem.

[101] Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem Gênero e Sociedade (GEPEGS). Bolsista Fapergs. Email: nieleacosta@gmail.com

improvement of the TCCs as well as draw attention to the importance of methodological rigor in scientific research.
Descriptors: Nursing. Descriptors. Investigation.

INTRODUÇÃO

As pesquisas científicas são ferramentas indispensáveis para o compartilhamento do saber reificado bem como para o aprimoramento da formação. No cenário acadêmico citam-se os Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) que visam, entre outros, estimular e desenvolver a as habilidades cognitivas, de leitura e escrita dos graduandos.

Geralmente, os cursos de Enfermagem têm em seu Quadro de Sequência Lógica (QSL) a disciplina de TCC, período em que é desenvolvida a pesquisa; atividade acadêmica obrigatória para a conclusão do curso. Na Escola de Enfermagem (EENF) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) os formandos em enfermagem também precisam desenvolver esse trabalho, sob orientação de um docente[1]. Tal disciplina é oferecida semestralmente, de acordo com o período de ingresso dos acadêmicos no curso, em março ou em agosto.

A formação generalista do enfermeiro permite, por meio de uma visão crítica, que o mesmo seja um agente de mudança e de transformação do processo de ensino-aprendizagem e do cuidado de enfermagem. Deste modo o desenvolvimento do TCC de enfermagem estimula o futuro profissional a ser reflexivo e capaz de utilizar as pesquisas na solução de problemas pertinentes à enfermagem, no desempenho das funções assistenciais, administrativas e educacionais[1].

Além disso, frente às exigências atreladas à competência técnica e científica, na especificidade das profissões; a capacidade de utilizar as pesquisas, e a metodologia científica, surge como suporte para o enfermeiro atender as necessidades de saúde da população bem como suprir as lacunas do conhecimento, no campo científico.

Nesse sentido, com o intuito de avaliar a produção científica encontra-se a pesquisa bibliométrica. É um recurso estatístico utilizado na análise de um corpo de literatura para revelar o desenvolvimento histórico de campos de assuntos e mensurar padrões de autoria, publicação e uso da informação publicada[2]. Este método vem sendo utilizado em diversas áreas do conhecimento e sustentado por revelar o padrão de pesquisas e a identificação de tendências[3].

Seu campo de aplicação mais frequente e mais relevante é a identificação das características temáticas da literatura[4]. A análise apoia-se em estudos realizados nas bases de dados bibliográficas, indexadores, descritores, resumos, em diretórios e catálogos de títulos de

periódicos e em referências e citações[5]. Geralmente é através do uso de descritores que se encontra o material de pesquisa, ou seja, a busca por estudos semelhantes[6].

Essa metodologia permite, portanto, de modo mais sucinto, realizar a análise de descritores, utilizados em estudos, a fim de averiguar as temáticas mais pesquisadas, a criação de estrutura lógica para a busca bibliográfica, enfim, a avaliação quantitativa e qualitativa desses termos.

OBJETIVO

Analisar os descritores utilizados nos TCC de enfermagem da FURG defendidos nos anos de 2010 a 2012.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa do tipo bibliométrico. É um trabalho prático originado do “Curso de Redação Científica" promovido pelo Programa de Educação Tutorial em Enfermagem (PET) da EENF aos acadêmicos de enfermagem e do PET, realizado em julho de 2013.

Para a seleção dos trabalhos utilizou-se como critérios de inclusão aqueles defendidos a partir de 2010, com base na nova reformulação do QSL do curso, até 2012, e que estivessem disponíveis no acervo da escola. Os dados foram coletados entre novembro a dezembro de 2013.

Os dados foram colhidos por meio de um formulário contendo: identificação, ano, número de descritores, consta no Decs, não consta do Decs, utilização de palavras-chave, coerência dos descritores com o resumo (dicotômica: sim ou não). Para a análise dos dados utilizou-se o software SPSS e a estatística descritiva. A estatística descritiva tem por finalidade resumir, descrever, totalizar e apresentar graficamente os resultados da pesquisa[7].

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 107 trabalhos apresentados e publicados no período selecionado, houve perda de apenas um, o qual se tentou contato com o autor, sem sucesso. Na tabela 1 apresenta-se o número de trabalhos defendidos por ano.

Tabela 1. Número de Trabalhos de Conclusão de Curso analisados por ano. Rio Grande. RS. 2014.

Nº de Trabalhos	**Ano**
1º semestre 2010	18
2º semestre 2010	18
1º semestre 2011	15
2º semestre 2011	18
1º semestre 2012	21
2º semestre 2012	16
Total	**106**

Nos 106 trabalhos analisados encontrou-se um total de 376 termos. Desses 333 (88,5%) eram descritores e 43 (11,4%) eram palavras-chave. De acordo com a média calculada, foram utilizadas em torno de três palavras por trabalho (entre descritores e palavras-chave).

Foi possível observar, em alguns trabalhos, o uso equivocado de palavras-chave e descritores, evidenciando o descuido, ou mesmo, o desconhecimento da diferença entre ambas. Do total dos trabalhos, 64 (61,5%) possuíam as palavras indexadas no DeCS, 32 (30,1%) tinham pelo menos uma palavra-chave - misturavam palavras-chave e descritores e 10(9,6%) usaram somente palavras-chaves Das 43 palavras-chave encontradas, cinco apareceram duas vezes: acompanhante, adolescentes, auditoria, imagem, puerpério; o restante apenas uma vez.

Para resgatar estudos na área da saúde é importante destacar a diferença entre palavras-chave e descritor.

> A primeira não obedece a nenhuma estrutura, é aleatória e retirada de textos de linguagem livre. Para uma palavra-chave tornar-se um descritor ela tem que passar por um rígido controle de sinônimos, significado e importância na árvore de um determinado assunto. Já os descritores são organizados em estruturas hierárquicas facilitando a pesquisa e a posterior recuperação do artigo[8: 4]

É preciso esclarecer que não se quer, com este trabalho, dizer se os termos estão corretos ou errados, mas, com base nos achados, discutir os equívocos, que muitas vezes, passam despercebidos bem como reforçar a necessidade de seguir o padrão metodológico que norteia os trabalhos científicos.

É preciso seguir uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, entre outros tipos de materiais. Esse vocabulário estruturado encontra-se nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), criado pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) que tem por finalidade facilitar a busca de temáticas específicas, nos acervos online.

Desenvolvido a partir do MeSH (Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine) conta com 31.580 descritores, sendo 26.936 do MeSH e 4.644 exclusivamente do DeCS. Os conceitos que compõem o DeCS são organizados em uma estrutura hierárquica permitindo o processo da pesquisa em termos mais abrangentes ou mais específicos[9].

Na elaboração dos TCC, cita-se o professor, orientador, como sujeito capaz de guiar o formando fazendo-o refletir sobre a pesquisa de um modo geral, sobre os aspectos éticos, sobre suas responsabilidades com a divulgação dos resultados do estudo, problematizando a pesquisa como possibilidade de mudança e de inovação.

> A Metodologia Científica, mais do que uma disciplina, significa introduzir o discente no mundo dos procedimentos sistemáticos e racionais, base da formação tanto do estudioso quanto do profissional, pois ambos atuam, além da prática, no mundo das ideias. Podemos afirmar até: a prática nasce da concepção sobre o que deve ser realizado e qualquer tomada de decisão fundamenta-se naquilo que se afigura como o mais lógico, racional, eficiente e eficaz[10: 17].

A enfermagem tem se apropriado de conhecimentos técnicos-científicos para consolidar a profissão como ciência. Dentre os desafios para alcançar tal condição destaca-se a preocupação com o processo de formação do enfermeiro, incluindo a produção do conhecimento através da educação para a pesquisa como base de sustentação à sua prática em campo clínico[11].

Foram utilizados 156 descritores diferentes. A análise quantitativa dessas palavras permitiu concluir que 108 descritores distintos apareceram somente uma vez, 11 descritores apareceram três vezes, 25 descritores apareceram duas vezes, 2 descritores apareceram quatro vezes, 5 descritores apareceram cinco vezes, 3 descritores apareceram sete vezes (idoso, processo de enfermagem, saúde da mulher), 1 descritor apareceu dez vezes (saúde da família), 1 descritor apareceu setenta e oito vezes (enfermagem). Na tabela apresentam-se aqueles utilizados com maior frequência.

Tabela 2. Descritores utilizados nos trabalhos por frequência. Rio Grande. RS. 2014.

Descritores	**N**	**%**
Enfermagem	78	23,4
Saúde da família	10	3,0
Processo de enfermagem	7	2,1
Idoso	7	2,1
Saúde da mulher	7	2,1
Visita domiciliar	5	1,5
Adolescente	5	1,5
Estudantes de enfermagem	5	1,5
Família	5	1,5
Programa de Saúde da Família	5	1,5
Outros	199	59,75
Total	**333**	**100%**

Com a grande variedade de descritores disponíveis o autor escolhe os termos mais adequados, que representem o seu estudo. Todavia, a aplicação destes descritores não se resume apenas na busca de artigos que possam embasar a redação de artigos científicos ou ser usados na sustentação de opiniões. Pelo contrário, eles têm uma aplicação muito mais ampla, ou seja, podem ser incorporados à prática clínica diária[8].

Na análise dos termos utilizados nos TCC observou-se o predomínio do uso do descritor enfermagem (23,4%). Tal resultado reflete na visibilidade da profissão, no reconhecimento da enfermagem como ciência, preocupada com os indicadores de saúde da população, com o conhecimento do saber popular e o aprofundamento do saber reificado.

O processo de formação do enfermeiro deve incorporar a pesquisa como atividade, com vistas à evolução da prática de enfermagem e de saúde[11]. Assim, o uso do descritor "enfermagem", associado a outros termos, também expressa as diferentes áreas que o enfermeiro atua, nesse caso, os discentes e docentes da EENF da FURG.

Os outros descritores utilizados com maior frequência como Saúde da família (3,0%), Processo de enfermagem (2,1%), Idoso (2,1%) e Saúde da mulher (2,1%) mostram relação com os diferentes grupos de pesquisa existentes na EENF[1] como o NEPES (Núcleo de estudos e pesquisas em enfermagem e saúde), GEPOTES (Grupo de estudos e pesquisas em organização do trabalho da enfermagem e saúde), GEPEFES (Grupo de estudo e pesquisa em família, enfermagem e saúde), Grupo de Pesquisa Viver Mulher e GEP – GERON *(*Grupo de estudo e pesquisa em gerontogeriatria, enfermagem/saúde e educação). Tal resultado, de certa forma, pode conferir a EENF da FURG um perfil próprio influenciado, certamente, pelas características do município do Rio Grande.

Educar através da pesquisa incita o graduando a sanar dúvidas por meio da produção científica. Ser pesquisador é um desafio cotidiano, vivenciar a pesquisa como objeto de avanço do conhecimento na saúde e, sobretudo, na enfermagem, é uma grande contribuição tanto para o pesquisador e graduando quanto para a própria profissão[11].

CONCLUSÃO

Através deste estudo foi possível identificar aspectos em relação aos descritores utilizados nas pesquisas do curso de enfermagem. Um dos pontos a destacar foi o uso misto de descritores e palavras-chave em alguns TCCs bem como termos que não estavam no Decs. O uso equivocado desses termos pode impedir que se encontre trabalhos com a mesma temática de interesse, além de não caracterizar o estudo realizado.

Houve predomínio do descritor "enfermagem" nos trabalhos, o que permite inferir sobre a preocupação dos graduandos, junto com os orientadores, sobre a visibilidade da profissão. Outros descritores utilizados parecem caracterizar temáticas que vão ao encontro dos grupos de pesquisa, presentes na escola de enfermagem.

Torna-se necessário estabelecer um olhar crítico para as pesquisas, verificando a consonância entre os descritores, a temática e os objetivos do trabalho. Por meio do rigor metodológico, utilizado nas pesquisas, é possível conhecer e caracterizar as tendências e lacunas no campo reificado.

CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM:

Com este estudo, acredita-se contribuir para o aprimoramento dos TCCs, para difundir aos acadêmicos as temáticas que vem sendo trabalhadas na escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande bem como para chamar atenção acerca da importância do rigor metodológico nas pesquisas científicas.

REFERÊNCIAS

1- Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Projeto Político-Pedagógico do Curso de Enfermagem. Rio Grande, 2005. Disponível em <http://www.eenf.furg.br/> Acesso em 5 dez. 2013.

2- Pinheiro RC, Pizzani L, Martinez CMS, Hayashi MCPI. Produção científica sobre avaliação da visão em crianças: um estudo bibliométrico na base de dados LILACS. Rev. Educ. Espec. 2012; 25(42): 143-166.

3- Santos RNM. Produção científica: por que medir? O que medir? Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação. Campinas, jul./dez. 2003, 1(1): 22-38.

4- Mugnaini R. Caminhos para adequação da avaliação da produção científica brasileira: impacto nacional versus internacional [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2006.

5- Ravelli APX, Fernandes GCM, Barbosa SFF, Simão E, Santos SMA, Meirelles BHS. A produção do conhecimento em enfermagem e envelhecimento: estudo bibliométrico. Texto Contexto Enferm. jul./set. 2009; 18(3): 506-12.

6- Araújo RJA, Arencibia JR. Informetría, bibliometría y cienciometría: aspectos teórico-prácticos. ACIMED [online]. ago.2002; 10(4): 5-6.

9- DeCS. Descritores em Ciências da Saúde. São Paulo: BIREME/OPAS; 2004. Disponível em http://decs.bvs.br/.

7- Apolinário F. Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa. São Paulo: Thompson, 2006.

8- Brandau R, Monteiro R, Braile DM. Importância do uso correto dos descritores nos artigos científicos. jan./mar. 2005; 20(1): 7-9.

10- Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

11- Oliveira AC. A trajetória do pesquisador em enfermagem. Rev. Min. de Enferm. jan./mar. 2010; 14(1): 9-10